

Estudio sobre otras formas de violencia ejercida sobre las mujeres que atentan contra su capacidad y derecho a la reproducción y aproximación e intervención de la Administración local en la materia

*Aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción
forzada, gestación por sustitución y crímenes en nombre del
"honor"*



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



Plan de Recuperación,
Transformación y 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

Estudio sobre otras formas de violencia ejercida sobre las mujeres que atentan contra su capacidad y derecho a la reproducción y aproximación e intervención de la Administración local en la materia. Aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada, gestación por sustitución y crímenes en nombre del "honor"

1ª edición octubre 2022

Elaborado por **RED2RED** para la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)

Dirección de la 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

Agradecimientos	xi
Listado de abreviaturas	xi
I. PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN.....	1
1. Presentación del informe.....	2
Objeto de estudio.....	2
Equipo de investigación.....	3
Estructura del informe.....	4
2. Introducción	6
2.1. La existencia de “otras violencias” contra las mujeres	6
2.2. Objetivos del diagnóstico	11
2.3. Metodología	11
2.3.1. Enfoque metodológico	11
2.3.2. Principios de trabajo	16
II.EL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.....	17
3. Violencia contra la capacidad y el derecho a la reproducción.....	18
3.1. Caracterización y tipologías	18
3.2. Formas de VR	19
3.3. Derechos sexuales y reproductivos	26
3.4. Vinculación de la VR con otras violencias	28
4. AEAF: Aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada	32
4.1. Perspectiva de partida	32

4.2.	Aborto forzado	34
4.2.1.	Aproximación al problema	34
4.2.2.	Aborto selectivo como práctica de selección del sexo	38
4.2.2.1.	Descripción del fenómeno.....	38
4.2.2.2.	Causas y consecuencias.....	41
4.3.	Esterilización forzada o coercitiva	44
4.4.	Anticoncepción forzada	46
4.5.	Consecuencias de la AEAF	48
5.	AEAF: mujeres víctimas y sus necesidades	52
5.1.	Las mujeres con discapacidad y mujeres con enfermedad mental	53
5.2.	Otras mujeres afectadas por la AEAF	58
5.2.1.	Mujeres víctimas de la explotación sexual	58
5.2.2.	Mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de protección internacional ...	60
5.2.3.	Mujeres gitanas y de otros grupos étnicos.....	67
5.3.	Necesidades de las mujeres víctimas de AEAF	70
5.3.1.	Necesidades comunes	70
5.3.2.	Necesidades según el perfil de afectadas	74
6.	AEAF: marco normativo e institucional	76
6.1.	Contexto internacional y europeo	76
6.1.1.	Marco general de partida	76
6.1.2.	Contexto Europeo.....	78

6.2.	Derechos de las mujeres con discapacidad	82
6.3.	Marco normativo español	84
6.3.1.	Normativa estatal	84
6.3.2.	Referencias autonómicas.....	91
6.3.3.	Otras referencias institucionales	94
7.	AEAF: mapeo de la atención a las mujeres víctimas	103
7.1.	La intervención de las EELL	103
7.1.1.	Acciones locales en materia de VCM	103
7.1.2.	EELL: Experiencias de atención en AEAF	106
7.2.	Organizaciones especializadas: atención AEAF	110
7.2.1.	Características de las entidades	110
7.2.2.	Actuaciones en materia de AEAF	111
	Experiencias de interés	114
7.3.	Análisis de las prácticas consultadas	117
7.3.1.	Resumen de las experiencias.....	118
	Experiencia 1: SAVIEX: Servicio de Apoyo a Mujeres y Niñas con Discapacidad Víctimas de Violencia de Género de Extremadura (Cermi Extremadura)	118
	Experiencia 2: Centro de Rehabilitación Psicosocial San Fernando De Henares (CRPS).....	119
	Experiencia 3: Proyecto Construyendo Sexualidades del Ayuntamiento de los Realejos y la Asociación Sexualidad y Discapacidad	120
	Experiencia 4: Servicio Alba de atención y acompañamiento a mujeres sordas. Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE).....	121
	Experiencia 5: Canal de apoyo socio-legal a mujeres con parálisis cerebral víctimas de violencia de género. Confederación ASPACE.....	122

Experiencia 6: Observatorio de la Mujer. Plena inclusión Madrid	123
Experiencia 7: Unidades de Asistencia Especializada a mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género en la comunidad. Confederación de Entidades de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Andalucía (CODISA PREDIF Andalucía)	124
7.3.2. Aprendizajes y retos de la atención a mujeres víctimas	125
7.3.2.1. Detección de la violencia y el acceso a la atención	125
7.3.2.2. Itinerarios y procedimientos de atención	131
7.3.2.3. Acciones de prevención y sensibilización	140
8. Gestación subrogada o por sustitución	143
8.1. Caracterización de la gestación subrogada o por sustitución	143
8.1.1. Dimensiones y aspectos clave	143
8.1.2. Prevalencia del problema.....	149
8.2. Las mujeres víctimas y las consecuencias de esta VR.....	152
8.2.1. Características de las mujeres víctimas	152
8.2.2. Consecuencias de la gestación subrogada.....	155
8.2.3. Necesidades de las mujeres víctimas de GS.....	162
9. GS: marco normativo e institucional	167
9.1. Marco internacional y europeo.....	167
9.1.1. Marco general de partida	167
9.1.2. Contexto europeo.....	175
9.2. Marco normativo español	179
9.2.1. Normativa estatal	179
9.2.2. Referencias autonómicas.....	185

10. GS: mapeo y experiencias de acción	187
10.1. Consulta a entidades locales y organizaciones y personas expertas.....	187
10.1.1. Características de las EELL y organizaciones participantes.....	187
10.1.2. Actuaciones en materia de GS	188
10.2. Experiencias de interés	190
11. Violencia o Crímenes en nombre “del honor”	194
11.1. Descripción del problema y tipologías.....	194
11.2. Características y necesidades de las víctimas	197
11.2.1. Principales colectivos afectados.....	197
11.2.2. Necesidades de las víctimas	208
11.3. Marco normativo e institucional.....	211
11.3.1. Contexto internacional y europeo	211
11.3.2. Marco normativo español	217
12. CNH: Experiencias de interés.....	221
12.1. Resultado de las encuestas a EELL y organizaciones	221
12.1.1. La intervención de las entidades locales.....	221
12.1.2. La intervención de organizaciones y personas expertas	222
12.2. Análisis de las prácticas internacionales consultadas.....	226
12.2.1. Experiencias de Alemania y del Reino Unido	226
12.2.1.1. Reino Unido.....	227
Experiencia 1: HALO PROJECT.....	228

Experiencia 2: IKWRO	229
Experiencia 3: Karma Nirvana	231
12.2.1.2. Alemania	232
Experiencia 4: TERRE DES FEMMES	233
Experiencia 5: PAPATYA	234
12.2.2. El caso particular de Suecia	235
Experiencia 6: Centro Nacional contra la Violencia y la Opresión relacionada con el Honor	237
13. Conclusiones	242
III. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS PARA LA INTERVENCIÓN	252
14. Propuestas para mejorar el conocimiento y el uso del <i>big data</i>	253
14.1. Mejorar la producción de conocimiento	253
14.2. Herramientas de <i>big data</i>	257
15. Propuestas para la intervención	261
15.1. Reforzar el marco institucional de las “otras violencias”	261
15.2. Atención integral y coordinada	264
15.2.1. Derechos e integralidad de la atención	264
15.2.2. Accesibilidad universal	266
15.3. Principios de atención/intervención con las víctimas	268
15.4. Indicadores para facilitar la detección	271
15.5. Garantizar el acceso a recursos/servicios	273
15.6. Facilitar la acreditación de las víctimas	274
15.7. Potenciar la integralidad y la coordinación	275

15.8.	Contar con recursos humanos y materiales suficientes.....	278
15.8.1.	Perfiles profesionales.....	278
15.8.2.	Formación y capacitación continua	279
15.8.3.	Infraestructuras de atención.....	280
15.9.	Reparar a las víctimas	281
15.10.	Potenciar el papel de las asociaciones y el movimiento feminista	283
15.11.	Prevenir y sensibilizar	284
16.	Recomendaciones en relación a ATENPRO.....	288
16.1.	Introducción al servicio	288
16.2.	Valoraciones y propuestas	292
16.3.	Funcionamiento y operativa del Servicio.....	293
16.4.	Sobre la comunicación interpersonal y el acompañamiento	298
16.5.	Sobre la evaluación de logros.....	299
17.	Propuestas para un modelo de intervención local	300
17.1.	Prevención	301
17.1.1.	Prevención secundaria: detección temprana y diagnóstico	301
17.1.2.	Educación y sensibilización	303
17.2.	Atención integral.....	306
17.2.1.	Asistencia social integral y reparación.....	306
17.2.2.	Protección y acceso a la justicia	310
17.3.	Coordinación y protocolos	312

17.3.1. Órganos de coordinación y colaboración.....	312
17.3.2. Protocolos y herramientas análogas	314
IV. BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS	317
18. Bibliografía	318
Anexo 1. Entidades locales participantes en la encuesta.....	346
Anexo 2. Organizaciones y personas expertas participantes en la encuesta.....	350
Anexo 3. Entrevistas: listado de experiencias e informantes.....	352

Índice de gráficos

Gráfico 1. Estadística de condenados por aborto 2013-2021. Unidades: infracciones.....	35
Gráfico 2. Procesos de esterilización a personas con discapacidad en España (2008-2020). ...	45
Gráfico 3. Mujeres que utilizan un método anticonceptivo: porcentaje según tipo (año 2018)	47
Gráfico 4. EELL: violencias que sí ha podido conocer en el desarrollo del trabajo en la entidad local.....	104
Gráfico 5. EELL: actuaciones que se realizan en la actualidad con las víctimas de violencia (en general)	104
Gráfico 6. EELL: grupos de mujeres o vulnerabilidades están más presentes en el enfoque de trabajo actual de la entidad	106
Gráfico 7. Experiencia de la organización en tipos de VCM	110
Gráfico 8. Organizaciones especializadas: grupos de mujeres o vulnerabilidades más presentes en su trabajo actual	111
Gráfico 9. Solicitudes presentadas en las oficinas consulares españolas para la inscripción de menores nacidos mediante técnicas de gestación por sustitución por países (2010-2022)....	150
Gráfico 10. Evolución del número de solicitudes para inscribir bebés nacidos por GS en los consulados españoles por años (2010-2022).....	151
Gráfico 11. Áreas de conocimiento y/o intervención de las entidades expertas consultadas	188

Gráfico 12. CNH: grupos de mujeres más vulnerables presentes en el trabajo de las organizaciones 223

Gráfico 13. ATENPRO: evolución temporal del número de usuarias en activo (2010-2023) ..288

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Definiciones: artículo 3 del Convenio de Estambul8

Ilustración 2. Distribución de las EELL participantes en la encuesta según CCAA (% sobre el total) 13

Ilustración 3. Ratio de masculinidad al nacimiento por provincia (año 2021). Unidades: número de hombres por cada 100 mujeres (%) 39

Ilustración 4. Distribución del número de mujeres beneficiarias de protección internacional en el Sistema de acogida por Comunidades Autónomas. Total estancias. Total nacional a 31/3/2023.66

Ilustración 5. Pictogramas-SAAC sobre VS contra mujeres y niñas 127

Ilustración 6. Difusión de charla informativa. SAVIEX -CERMI Extremadura..... 141

Ilustración 7. Difusión de formación especializada. CODISA PREDIF Andalucía..... 141

Ilustración 8. Mapa de la vulnerabilidad (*) potencial a los CNH en España (por provincias). % de mujeres extranjeras** sobre el total de población femenina.202

Ilustración 9. Mapas de la vulnerabilidad (*) potencial a los CNH en España, por provincias y según región de origen de las mujeres (África; subcontinente indio; Oriente Medio). % de empadronadas (por país de nacimiento**) sobre el total de población femenina.204

Ilustración 10. Esquema de funcionamiento de ATENPRO (julio 2023)292

Ilustración 11. Extracto de la Ficha de Usuaria-Protocolo de Actuación ATENPRO296

Ilustración 12. Esquema de un modelo básico de acción 316

Índice de tablas

Tabla 1. Número de cuestionarios realizados y respuestas obtenidas	13
Tabla 2. Aborto (delito): penas de prisión según duración de la pena (2012-2021). Unidades: Penas	36
Tabla 3. Mujeres que utilizan un método anticonceptivo: porcentaje según tipo y grupo de edad (2018)	48
Tabla 4. EELL: disponibilidad de protocolos sobre violencia contra las mujeres.....	105
Tabla 5. Principales retos en la intervención en materia de VR según tipo de entidades	139
Tabla 6. Modalidades actuales de gestación subrogada	148
Tabla 7 Servicios y prestaciones básicas de Asistencia social integral y reparación (Catálogo de referencia de políticas y servicios en materia de violencia contra las mujeres 2022)	308

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

Listado de abreviaturas

ACNUDH	OHCHR
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AEAF	Aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada
ATENPRO	Servicio Telefónico de Atención y Protección a las víctimas de la violencia de género
CAR	Centros de Acogida de Refugiados
CBC	Center for Bioethics and Culture (Centro de Bioética y Cultura)
CCAA	Comunidades Autónomas
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CDPD	Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad
CDPD	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination against Women (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer)
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CESE	Comité Económico y Social Europeo
CETI	Centros de Estancia Temporal para Inmigrantes
CGPJ	Consejo General del Poder Judicial
CIAMS	Coalición Internacional por la Abolición de la Maternidad Subrogada
CNH	Crímenes en nombre del "honor"
CP	Código Penal
CREADE	Centros de Recepción, Atención y Derivación
CRPD	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
D.G.	Dirección General
DDHH	Derechos Humanos
DGRN	Dirección General del Registro y el Notariado
DGVG	Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género
DSR	Derechos sexuales y reproductivos
EELL	Entidades locales
EEUU	Estados Unidos
EEVM	Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas (2022-2025)

FCSE	Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Guardia Urbana, Policía Municipal o Local, policías autonómicas, Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil)
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
GS	Gestación subrogada o gestación por sustitución
IOM	ver OIM
IOM	ver OIM
ISS	Servicio Social Internacional
LOSSRIVE	Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo
LSE	Lengua de signos española
MDID	Mujeres con discapacidad intelectual o del desarrollo
MGF	Mutilación Genital Femenina
MISSM	Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
MVV	Mujer víctima de violencia
MVVM	Mujeres víctimas de la violencia de género
NNUU	Naciones Unidas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OHCHR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OIM	Organización Internacional de las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	ver NNUU
PECVG	Pacto de Estado contra la Violencia de Género
PEIEMH	Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (2022-2025)
PI	Protección Internacional
PRTR	Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia
RAIEPP	Red Académica Internacional de Estudios sobre Prostitución y Pornografía
RECAV	Red Estatal Contra el Alquiler de Vientres
RRSS	Redes sociales (Instagram, Twitter, Facebook, etc.).
SSR	Salud sexual y reproductiva
STEDH	Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos (también conocido como "Tribunal de Estrasburgo")

TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
UN	United Nations (Naciones Unidas)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNHCR	ver ACNUR
VBH	Violencia basada en el honor
VCM	Violencia contra las mujeres
VVCM	Víctimas de violencia contra las mujeres
VVBH	Víctimas de violencia basada en el "honor"
VG	Violencia de género
VR	Violencia reproductiva
VS	Violencia sexual
VVCM	Víctimas de violencia contra las mujeres
VVG	Víctimas de violencia de género

I. PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN

1. Presentación del informe

Objeto de estudio

El *Estudio sobre otras formas de violencia ejercida sobre las mujeres que atentan contra su capacidad y derecho a la reproducción (aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada, gestación por sustitución, crímenes en nombre del "honor") y aproximación e intervención de la Administración local en la materia*, tiene objetivo principal **mejorar la comprensión sobre los tipos menos conocidos de violencia contra las mujeres y plantear propuestas de acción desde el ámbito local**.

La Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) ha desarrollado esta investigación gracias a la financiación del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) que cuenta con los fondos de la Unión Europea Next GenerationEU. El marco institucional de financiación es el de la inversión 4 del Componente 22 del PRTR, y por tanto se ha guiado en lo establecido en el Real Decreto 1042/2021, por el que se regula la concesión directa de una subvención a la FEMP para dicho objeto¹ gracias al impulso del *Plan España te protege contra la violencia machista* (2021).

Asimismo, el estudio contribuye a los objetivos de otros instrumentos de política pública, tanto al ODS5 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas en España, como a la implementación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011) en nuestro país.

La FEMP promueve de forma transversal-el principio de igualdad de oportunidad entre mujeres y hombres en todas las políticas del ámbito local, y trabaja activamente por el desarrollo e innovación de actuaciones para erradicar la violencia contra las mujeres como parte de las políticas locales de igualdad.

¹ Real Decreto 1042/2021, de 23 de noviembre, por el que se regula la concesión directa de una subvención a la Federación Española de Municipios y Provincias para la modernización y ampliación de los dispositivos de atención y protección a las víctimas de violencia machista en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, BOE núm. 282, de 25 de noviembre de 2021.

La FEMP incide, en línea con la Declaración Mundial sobre las Mujeres en el Gobierno Local (UCLG, 2021)², en que **el gobierno local juega un papel crucial en la garantía de los derechos reproductivos de las mujeres** como proveedor de servicios y de condiciones de vida aceptables.

Desde el año 2004 la FEMP es responsable de la gestión del **Servicio Telefónico de Atención y Protección a las víctimas de la violencia de género (ATENPRO)**³ cuya titularidad recae en la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (Ministerio de Igualdad). **ATENPRO requiere de su modernización** para la optimización de los servicios que presta en el ámbito de la lucha contra la violencia machista en todas sus formas y dimensiones. Este estudio quiere contribuir a este objetivo facilitando propuestas para un modelo integral de actuación contra la violencia machista que abarque todas las violencias, también las menos conocidas que, en este caso, se refieren a las violencias reproductivas y los denominados crímenes en nombre “del honor”.

En adelante, para facilitar la lectura se utilizan con frecuencia las abreviaturas (consultar Listado de abreviaturas), de este modo se empleará **AEAF** para denominar el aborto forzado, esterilización forzada, anticoncepción forzada; la abreviatura **GS** está referida a la gestación por sustitución o subrogada; y **CNH** para los denominados como crímenes en nombre del “honor”.

Equipo de investigación

El estudio ha sido desarrollada por el área de Innovación y Políticas Públicas de RED2RED y ha contado con un amplio equipo interdisciplinar de investigadoras: Clara Inés Guilló Girard (dirección), 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.

² Declaración conjunta 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. (Acceso).

³ De acuerdo con su Protocolo actual, ATENPRO, “persigue, como objetivo fundamental, que la víctima se sienta segura y acompañada mientras dure el proceso que le permita retomar las riendas de su vida facilitando el contacto con un entorno de seguridad y posibilitando la intervención inmediata, con movilización en su caso, de los recursos de atención que fuesen necesarios”.

Junto a este equipo, varias entidades y personas expertas han aportado valiosas orientaciones al trabajo: ACCEM; Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR); Alicia Márquez-Fundación de Solidaridad Amaranta; Eva Menéndez Sebastián- UNHCR Spain; Rubia Naz-Asociación de Mujeres Paquistaníes PakMir; Valeria Tosi; y Rebeca Tur Baraja. A todas ellas le agradecemos su implicación en el proyecto.

Además, queremos dar las gracias a todas las personas y entidades que con su generosidad han participado en las encuestas (Anexo 1 y Anexo 2) y en las entrevistas (Anexo 3), y a Joaquín Corcobado Romo y Gala Castellanos Poza del Área de Ciudadanía y Derechos Sociales de la Dirección General de Igualdad y Política Institucional de la FEMP por su trabajo de coordinación.

Estructura del informe

El presente Informe está dividido en cuatro bloques de contenido. El primero contiene la Presentación del informe (capítulo 1) y la Introducción de la temática y la metodología empleada para su desarrollo (capítulo 2).

El segundo bloque agrupa desde el capítulo 3 hasta el capítulo 13 y constituye *El Diagnóstico de Situación*. El capítulo 3 introduce el tema la violencia contra la capacidad y el derecho a la reproducción de las mujeres y las niñas (VR). Los capítulos 4, 5, 6 y 7, se centran en el aborto forzado, la esterilización forzada y la anticoncepción forzada (AEAF) como formas específicas de violencia. Por su parte, la gestación subrogada (GS) abarca los capítulos 8, 9 y 10. Finalmente, los crímenes cometidos en nombre "del honor" (CNH) o violencia basada en el honor (VBH) ocupa los capítulos 11 y 12. En el desarrollo de estas tres temáticas se comienza describiendo el problema y su tipología para, a continuación, describir los principales grupos de mujeres afectadas y sus necesidades. Después, al marco institucional les sigue el mapeo de experiencias realizado y el análisis de algunas prácticas de interés concretas.

El tercer bloque, *Recomendaciones y propuestas para la intervención*, aglutina 4 capítulos, que recorren las recomendaciones elaboradas para la acción local, la valoración realizada sobre las potencialidades de mejora del servicio ATENPRO para la VR y los CNH y sus futuros desarrollos, y, finalmente, una propuesta de modelo de intervención integral de carácter local sobre las violencias a las que se dirige el estudio (la violencia reproductiva y los crímenes en nombre "del honor").

El cuarto bloque del Informe presenta las referencias bibliográficas y fuentes consultadas para la elaboración del estudio (capítulo 18) y la relación de anexos con información complementaria.

2. Introducción

2.1. La existencia de “otras violencias” contra las mujeres

La violencia contra las mujeres **se expresa en diferentes ámbitos y de forma interrelacionada**. Algunas de estas expresiones son bien conocidas por la sociedad y existe una considerable sensibilización al respecto. Ejemplos de ello son la violencia en las relaciones de pareja o expareja (conocida en España como *violencia de género*)⁴, la violencia sexual que ocurre en el ámbito público (ej. en espacios de ocio) o la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.

No obstante, **existen otras formas de violencia que son poco conocidas**, a las que las instituciones públicas han prestado poca atención hasta fechas recientes. Su desconocimiento se debe a la normalización e invisibilidad que la violencia contra las mujeres sigue teniendo en el mundo, lo que **alerta sobre los esfuerzos institucionales que aún son requeridos para lograr sociedades justas entre mujeres y hombres**.

La falta de información no significa que su alcance sea menor, ni que sus consecuencias sean más leves. Al contrario, la invisibilidad de la violencia -en cualquiera de sus formas- implica que **las víctimas están más desprotegidas** y que las figuras agresoras cuentan con **mayor impunidad**.

Entre estas formas de violencia se encuentran los denominados **como crímenes en nombre “del honor” (CNH) y la violencia reproductiva**. Respecto a esta última, el estudio se centra exclusivamente en el **aborto forzado, la esterilización forzada y la anticoncepción forzada (AEAF)** y en la **gestación por sustitución o gestación subrogada (GS)**.

Aunque la violencia contra las mujeres (**VCM**) supone un *continuum* de violencias interrelacionadas (Kelly, 1988) y cualquier mujer y niña puede ser víctima de las mismas, las formas de violencia que nos ocupan afectan sobre todo -pero no exclusivamente- **a mujeres**

⁴ En España esta violencia es conocida como “violencia de género” a partir de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta denominación se mantuvo en el Real Decreto-ley 9/2018 de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado en materia de Violencia de Género, el 13 de septiembre de 2018.

con discapacidad, a mujeres pertenecientes a etnias y diásporas de regiones específicas, y a otras mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad.

Este último sería el caso de las mujeres más jóvenes, mujeres empobrecidas, mujeres gitanas, mujeres que buscan protección internacional por razones de género, o las víctimas de la explotación sexual por situación de trata o prostitución.

Es por estas razones que la aplicación de la interseccionalidad (Crenshaw, 1989; Collins, 1990; Collins y Bilge, 2019) dentro del enfoque integrado de género resulta una condición imprescindible para la detección y actuación de estas violencias.

En los últimos años se están produciendo grandes avances en la visibilidad de todas las formas de VCM; tanto en la mejora del conocimiento social como en las normas que protegen los derechos de las víctimas, por lo que las políticas públicas que se dirigen a su erradicación y atención pueden mejorar. En este sentido, **el marco institucional de acción** contra las violencias machistas en el Estado español y en la Unión Europea⁵ es cada vez más amplio⁶ pero debe seguir desarrollándose.

Para la acción institucional contamos con un instrumento fundamental, que es el **Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica** (2011); más conocido como **Convenio de Estambul**⁷. Junto con él, se espera una futura Directiva Europea sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (propuesta del Parlamento Europeo y del Consejo (COM/2022/105 final) del año 2022).

El marco de esta investigación se circunscribe a los principios del Convenio de Estambul que, de acuerdo con el Consejo de Europa (2023):

- **Sus fundamentos** son: prevenir la violencia, proteger a las víctimas y entablar acciones judiciales contra los agresores; crear conciencia y cambiar la mentalidad de las

⁵ Para conocer el marco regulatorio y normativo de la Unión Europea en materia de violencia contra las mujeres puede consultarse la información del Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE) (acceso).

⁶ Puede verse un panorama explicativo del marco institucional español dentro de la *Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025* (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2022) (acceso).

⁷ El Convenio de Estambul forma parte de este marco institucional junto con otros instrumentos, por ejemplo, el Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (STE n.º 5, 1950) y sus Protocolos, el Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos (STCE n.º 197, 2005) y el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual (STCE n.º 201, 2007).

personas, al hacer un llamamiento a todos los miembros de la sociedad, en particular los hombres y niños, para que cambien su actitud.

- Es considerado un llamamiento para que exista una mayor **igualdad entre mujeres y hombres**, dado que la violencia contra la mujer está profundamente arraigada en la desigualdad de género en la sociedad y se ha perpetuado a través de una **cultura de tolerancia y negación**.
- El término "mujer" **incluye a las niñas menores de 18 años**.

Ilustración 1. Definiciones: artículo 3 del Convenio de Estambul

a) Por «violencia contra la mujer» se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y se designarán todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada;

b) Por «violencia doméstica» se entenderán todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima;

c) Por «género» se entenderán los papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente construidos que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres;

d) Por «violencia contra la mujer por razones de género» se entenderá toda violencia contra una mujer porque es una mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada;

e) Por «víctima» se entenderá toda persona física que esté sometida a los comportamientos especificados en los apartados a y b;

Fuente: Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011

- Es extensivo en su definición de **las formas de violencia** (artículo 3; véase ilustración inferior). Abarca las menos conocidas por la sociedad e indica -junto con las

recomendaciones de su mecanismo institucional de seguimiento, denominado GREVIO⁸- la obligatoriedad de **su consideración en las políticas de todos los niveles**.

- El Convenio exige a los Estados Partes **criminalizar o sancionar las siguientes conductas**⁹: violencia doméstica (violencia física, sexual, psicológica o económica); acoso; violencia sexual, incluida la violación y el acoso sexual; matrimonio forzoso; **crímenes “de honor”**; mutilación genital femenina; y **aborto y esterilización forzosa**.
- **Enfatiza la participación** de todos los organismos y servicios estatales pertinentes, con objeto de afrontar la violencia de forma coordinada. Esto significa que los organismos y las ONG no deberían actuar de forma aislada, sino establecer protocolos de cooperación (Consejo de Europa, 2012:2).

El Convenio de Estambul fue **ratificado por España**¹⁰ **en el año 2014** y se considera por tanto normativa propia del Estado.

- Su entrada en vigor **implica la alineación de la normativa y programas públicos** a lo largo del país. Este es un proceso que está llevando más tiempo del deseado. Su implantación progresiva está suponiendo la **necesaria actualización de las políticas públicas a un marco de intervención más extenso y eficaz** sobre la violencia contra las mujeres, que abarque las formas menos conocidas de violencia.
- Desde hace dos décadas **España ha destacado por su iniciativa legislativa** en materia de igualdad entre mujeres y hombres, el reconocimiento de los derechos del colectivo LGTBQ+ y la lucha contra la violencia contra las mujeres¹¹. En la actualidad, si bien sus políticas tratan de actualizarse para mejorar su alineación con el Convenio de Estambul, se requiere de un mayor impulso respecto a la violencia reproductiva y respecto a los crímenes en nombre “del honor”. Ello es patente en el marco institucional vigente que, a pesar de los avances, **no refleja suficientemente la acción sobre estas violencias**.

⁸ Grupo de Expertos en la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (GREVIO). Es un órgano de expertos independientes Primer Informe de Evaluación 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).

⁹ Alude al resto de instrumentos internacionales respecto a otras violencias, como son la trata de seres humanos y la explotación sexual.

¹⁰ Véase: Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011; BOE núm. 137, de 06/06/2014 (acceso).

¹¹ Toda la normativa referente a igualdad y a la violencia contra las mujeres está compilada por el Boletín Oficial del Estado en el *Código de Igualdad* (acceso) y el *Código de Violencia de Género y Doméstica* (acceso) respectivamente.

- En cuanto a los impulsos recientes, nos referimos al Pacto de Estado en materia de violencia de género (renovado el 25/11/2021)¹², a la Estrategia Estatal para Combatir las Violencias Machistas 2022-2025 (EEVM), y a varios cambios legislativos recientes como el Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania¹³; la Ley Orgánica, 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual; la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo; y a otras normas que han modificado la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género¹⁴.

Junto con el Instrumento de ratificación del Convenio de Estambul (2014), España dispone del **Pacto de Estado contra la Violencia de Género (PECVG)** (renovado en 2022) y la **Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas (EEVM) 2022-2025**, aprobada por el Consejo de Ministras y Ministros, celebrado el 22 de noviembre de 2022. De acuerdo con el Ministerio de Igualdad, esta estrategia constituye un instrumento de planificación y ordenación de todas las actuaciones de las políticas públicas destinadas a prevenir y combatir todas las violencias contra las mujeres

La EEVM 2022-2025 alude a estas *otras formas* de VCM y por lo tanto favorece el impulso de nuevas actuaciones. De esta forma, gracias al Convenio de Estambul y otras iniciativas europeas posteriores al mismo, junto con la EEVM y los instrumentos propios de algunas Comunidades Autónomas (CCAA), **disponemos de suficientes herramientas para poder intervenir con mayor eficacia sobre todas las formas de violencia, también las menos visibles para la sociedad, y desde todos los niveles de la administración.**

¹² Véase un resumen del Pacto en la web oficial de la DGVG (acceso).

¹³ Incluye un modelo de acreditación unificado de la condición de víctima de trata de seres humanos o de explotación sexual y la atención telefónica a las víctimas en el 016, entre otras medidas.

¹⁴ Véase el contexto institucional de cambios y reformas normativas que se detallan en la EEVM 2022-2025.

2.2. Objetivos del diagnóstico

Los objetivos del diagnóstico tienen una **naturaleza exploratoria y descriptiva**, dado el desconocimiento que existe sobre las formas de violencia que nos ocupan. Es un estudio que también tiene un **carácter propositivo**, pues se realizan recomendaciones y propuestas para la intervención local sobre las mismas.

Los objetivos que fueron establecidos para el diagnóstico son los siguientes:

- **Describir la situación actual** que existe en España sobre las formas de violencia ejercida sobre las mujeres que atentan contra su capacidad y derecho a la reproducción, incluidos los crímenes en nombre del "honor"; fundamentalmente en relación a las necesidades, situaciones y potenciales usuarias del servicio ATENPRO, sus hijas e hijos.
- Mejorar el conocimiento existente sobre **la intervención y las necesidades de las entidades locales** sobre estas violencias desde una perspectiva integral.
- **Realizar propuestas** para su aproximación e intervención por parte de servicios de atención social de carácter municipal y para el posible itinerario de intervención que podrían ofertar las Entidades Locales adheridas a ATENPRO.
- Contribuir a la definición, organización, diseño y desarrollo de **la plataforma** que albergará la atención y protección de todas las formas de violencia contra las mujeres impulsada por la FEMP.
- Identificar **pautas para la formación y atención** por parte de las y los profesionales de la atención a las usuarias de ATENPRO, sus hijas e hijos.

2.3. Metodología

2.3.1. Enfoque metodológico

Se trata de un estudio de carácter **exploratorio y descriptivo** que ha empleado un enfoque metodológico mixto (cuantitativo y cualitativo) en relación al uso de técnicas de recogida y análisis de la información.

La triangulación metodológica (Denzin, 2017) se debe a la distinta naturaleza de los datos disponibles y de los diferentes objetivos del estudio. De este modo, además de la búsqueda y análisis de fuentes secundarias, se ha empleado la encuesta y la entrevista semiestructurada.

- **La encuesta** se ha empleado como técnica de consulta bajo una perspectiva distributiva para identificar las experiencias y las opiniones de organizaciones expertas y entidades locales.

En cuanto al **análisis estadístico**, las fuentes que miden o registran información sobre violencia contra las mujeres son muy limitadas, y en el caso de las tipologías que nos ocupan son prácticamente inexistentes. Ninguna se dirige al estudio de la prevalencia de las mismas. A pesar de ello, se ha realizado una explotación propia de algunas preguntas de la Macroencuesta de Violencia sobre la Mujer (DGVG, 2019). Así mismo, se han consultado fuentes institucionales (como la estadística del padrón continuo, la estadística sobre interrupciones voluntarias del embarazo, la encuesta nacional de fecundidad, el registro de la Dirección General de Españoles en el Exterior y de Asuntos Consulares, entre otros).

- La perspectiva cualitativa, enfocada al estudio de la experiencia y el análisis de contenido se ha realizado a través del **análisis documental** y de las **entrevistas semiestructuradas** a personas expertas y personal técnico de servicios que atienden a las víctimas desde diferentes perspectivas.

La investigación **se ha desarrollado en tres fases** que han abarcado de marzo a agosto de 2023.

Fase I: revisión de literatura y encuesta

La primera fase se inicia en marzo de 2023. Se centró en la localización y análisis de fuentes secundarias especializadas y en la búsqueda de personas expertas y entidades locales con experiencias de interés. Esto último supuso un primer mapeo de prácticas y la elaboración del marco muestral necesario para las encuestas y las entrevistas.

Las encuestas se realizaron en línea a través de una plataforma profesional del 26 de mayo al 13 de junio de 2023. El **trabajo de campo con las EELL** se realizó gracias a la colaboración de la FEMP, que envió una carta de invitación por correo electrónico con el enlace pertinente a través de su base de datos. Se distribuyó a 7.410 entidades locales. Además, se remitió una versión en inglés al Consejo de Municipios y Regiones de Europa (CCRE/CEMR) para que fuese distribuida entre sus asociados. Se obtuvieron 288 respuestas, de las cuales 9 fueron entidades locales europeas (de Reino Unido, Francia y Bélgica). En cuanto a la encuesta a **las organizaciones y personas expertas**, se distribuyó a través de un procedimiento similar directamente desde RED2RED a partir de un marco muestral de 150 referencias. Se obtuvieron 108 respuestas.

En total se implementaron los siguientes **5 cuestionarios**:

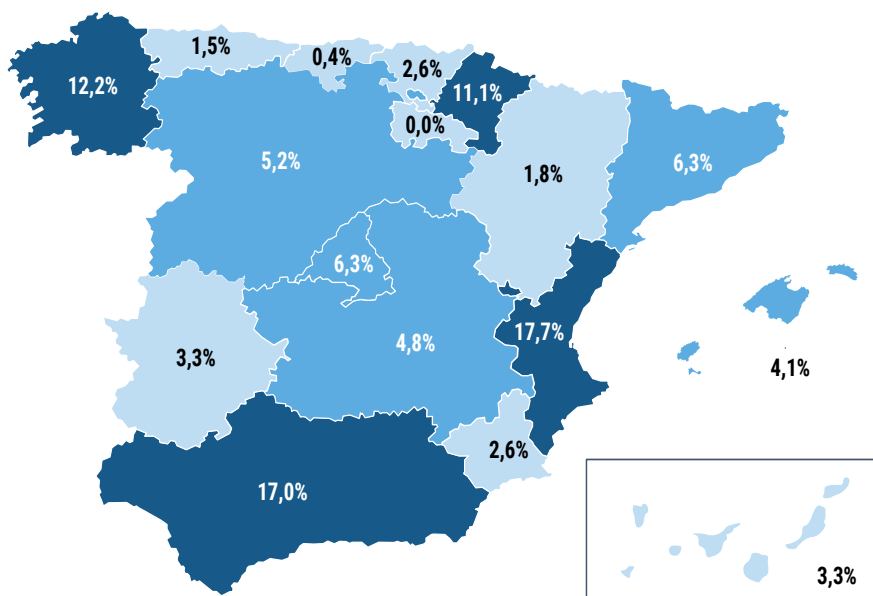
Tabla 1. Número de cuestionarios realizados y respuestas obtenidas

Encuesta	Respuestas
A Entidades locales	288
• españolas	279
• europeas	9
A Organizaciones y personas expertas	108
• sobre Violencias Reproductivas	73
• sobre Gestación Subrogada	17
• sobre Crímenes de Honor	18

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo

La distribución de las EELL de la **muestra final por CCAA** puede verse de forma gráfica en la ilustración siguiente.

Ilustración 2. Distribución de las EELL participantes en la encuesta según CCAA (% sobre el total)



Red2Red (2023). Encuesta a entidades locales sobre otras formas de violencia contra las mujeres

Los cuestionarios tuvieron un nivel de finalización desigual y no todas las preguntas eran obligatorias. Dado la naturaleza de las violencias estudiadas, casi la totalidad de las preguntas tenían un carácter abierto y por tanto era un cuestionario marcadamente cualitativo. Al mismo tiempo, diferentes servicios de una misma entidad local u ONG podían responder a un mismo

cuestionario desde distinta *expertise*. Por ello el número de respuestas difiere del número de EELL (229) y organizaciones (49) participantes en las encuestas (ver Anexos 1 y 2).

Fase II y III: experiencias de interés (entrevistas) y análisis relacional

La segunda fase de la investigación se centró en el análisis de experiencias de atención a víctimas de VR y CNH, fundamentalmente a través de entrevistas semiestructuradas. **Se ha realizado un total de 17 entrevistas en las que tomaron parte 25 informantes expertas** (ver Anexo 3).

Algunas entrevistas fueron individuales y otras tenían un carácter de triangulación, por lo que tomaron parte varias profesionales. Todas constaron del consentimiento previo informado y fueron grabadas en audio/video y transcritas de forma literal. La duración media fue de 2 horas y se llevaron a cabo entre junio y julio de 2023.

Las principales dificultades del trabajo de campo han estado relacionadas con la **falta de experiencias expertas por parte de entidades locales y de ONG**. No existen servicios públicos especializados en estas temáticas y hay pocas experiencias desde la sociedad civil organizada y del movimiento asociativo de mujeres y feminista.

En el caso de la VR, en general, las experiencias locales están relacionadas con la VS y VG en el ámbito de la pareja/expareja y sus consecuencias en el ámbito reproductivo, pero carecen de la especificidad del Convenio de Estambul. Por esta razón se ha acudido en mayor medida a las entidades de discapacidad -o mujer y discapacidad- que sí realizan servicios expertos y trabajan en coordinación con servicios públicos. Son las entidades con mayor trayectoria y *expertise* en VR. Todas las mujeres pueden beneficiarse de ello, tengan o no discapacidad.

Se identificaron **7 prácticas de interés** en cuyo análisis han participado **10 informantes**. En el Anexo 3 se describe su perfil, son las siguientes:

(1) Servicio de Apoyo a Mujeres y Niñas con Discapacidad Víctimas de Violencia de Género de Cermi-Extremadura; (2) Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Fernando de Henares (CRPS); (3) Proyecto Construyendo Sexualidades del Ayuntamiento de los Realejos -Asociación Estatal Sexualidad y Discapacidad; (4) Servicio Alba de atención y acompañamiento a mujeres sordas de la CNSE; (5) Canal de apoyo socio-legal a mujeres con parálisis cerebral víctimas de violencia de género de la Confederación ASPACE; (6) Observatorio de la Mujer de Plena inclusión Madrid; (7)

Unidades de Asistencia Especializada a mujeres con discapacidad víctimas de VG de CODISA PREDIF Andalucía.

En el caso de **gestación subrogada o por sustitución**, el perfil de entidades y expertas en la materia en nuestro país se centra en la denuncia y concienciación sobre esta práctica, pero no en el trabajo con víctimas. Por ello se ha recurrido a investigadoras que sí están en contacto con víctimas en el extranjero.

No se han localizado organizaciones formales en España ni en la Unión Europea que ofrezcan servicios de apoyo institucionales para las víctimas, reconociéndolas como tales, pues no está recogido como delito en muchos países de nuestra región y no hay mayor desarrollo institucional al respecto. El trabajo realizado, ha implicado el estudio de fuentes secundarias y de la atención realizada por expertas a víctimas fuera de España (ver Anexo 3).

Respecto a la violencia conceptualizada como **crímenes en nombre "del honor"** (CNH), su abordaje en España no se realiza bajo esta perspectiva, sino que se hace de modo segmentado respecto a fenómenos concretos, y sobre todo en torno a los dos ámbitos más conocidos: la mutilación genital femenina (MGF) por un lado, y los matrimonios forzados por otro. Eso se debe a la falta de especificidad normativa y las carencias institucionales sobre esta violencia.

Dado que, en paralelo a esta investigación, **la FEMP impulsaba otro estudio que recoge matrimonios forzados y MGF**, esta investigación se ha centrado en experiencias internacionales que trabajan en el ámbito local y tienen una trayectoria sólida en la atención a las víctimas de CNH. Además de entrevistar a dos expertas españolas, se ha analizado varias prácticas -la del centro de Crisis PAPATYA de **Alemania** e IKWRO de **Reino Unido** mediante entrevistas (ver Anexo 3)-, y se ha estudiado -a través de fuentes secundarias- otros ejemplos: el del Centro Nacional contra la Violencia y la Opresión relacionada con el Honor (*Nationellt centrum mot hedersrelaterat våld och förtryck*) de **Suecia**, y tres experiencias de interés de ONG en el **Reino Unido**.

Finalmente, ante la falta de un marco institucional más concreto sobre estas *otras formas de violencia*, y dada la inespecificidad de muchas de las experiencias en España, se decidió fortalecer la recogida de datos desde un **enfoque prospectivo**, que mejorara la calidad de la información y las recomendaciones para la acción.

Por este motivo, se realizaron entrevistas para valorar las **potencialidades de atención a otras violencias en servicios consolidados y estrategias institucionales** de atención a mujeres víctimas de violencia. De este modo, se ha consultado a la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (Ministerio de Igualdad), UNHCR Spain (ACNUR), Cruz Roja Española y el Ayuntamiento de Madrid (ver Anexo 3).

La **última fase del estudio** se centró en el análisis interrelacional de la información y la elaboración de propuestas y recomendaciones para un modelo local de intervención a partir de los datos analizados y la información recopilada.

2.3.2. Principios de trabajo

La investigación se ha llevado de acuerdo con los siguientes criterios:

- **Enfoque de género interseccional y perspectiva feminista**, como teoría crítica y ética. Reconociendo que las experiencias en torno al género de las personas difieren en función de su intersección con otras variables de desigualdad; las cuales implican discriminaciones múltiples. Reconociendo la labor y el papel de las organizaciones locales de mujeres para el impulso y desarrollo de políticas de igualdad.
- **Garantía de derechos y centralidad sobre la víctima, sus hijas e hijos**. Prestando especial atención a la no discriminación y a las situaciones de mayor vulnerabilidad: socioeconómica, por edad, cultural, origen étnico o racialización, por el tipo de discapacidad o situación administrativa de extranjería.
- **Atención a los retos señalados por el GREVIO** en sus recomendaciones e informes en relación a España sobre: la evaluación (art.6 y 11), la interseccionalidad (art.4.3), la coordinación (art.7), y al cumplimiento efectivo de la de diligencia debida (art.5).
- **Especificidad de la política local de igualdad**, teniendo en cuenta sus competencias y su centralidad en la vida de las víctimas; así como las diferencias que existen respecto a la pluralidad territorial y política en España, de tamaño de hábitat, y el carácter rural de algunas entidades locales.

II.EL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

3. Violencia contra la capacidad y el derecho a la reproducción

3.1. Caracterización y tipologías

Hace casi dos décadas, el *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer de las Naciones Unidas* (2006) concluyó que **el control sobre la sexualidad y la capacidad de reproducción de las mujeres es uno de los medios por los que se mantienen la dominación masculina y la subordinación de las mujeres** en nuestra sociedad y en todas las culturas.

La ONU estableció, en el primer estudio de ámbito mundial de este tipo, que a desigualdad de género entre hombres y mujeres trasciende cualquier acción individual. La violencia contra las mujeres (VCM) implica que cualquier ejercicio de violencia, “en virtud de sus funciones punitiva y de control, también refuerza las normas de género vigente”, por lo que toda violencia contra las mujeres perpetúa dicha desigualdad (ONU, 2006: párrafos 72 y 73).

La violencia contra la capacidad y el derecho a la reproducción o violencia reproductiva (en adelante, **VR**) es una forma de violencia contra las mujeres que refiere a cualquier forma de **abuso, coacción, discriminación, explotación o violencia que pone en peligro la autonomía reproductiva de una persona** (UNFPA, 2021; 2022).

En España, la EEVM 2022-2025 recoge que, la violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo “se puede definir como todo acto basado en la discriminación por motivos de género que atente contra la integridad o la autodeterminación de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamiento y oportunidad, incluidos el aborto y la esterilización forzosos” (DGVG, 2022: 50).

La autonomía reproductiva alude a la capacidad y ejercicio de la anticoncepción, el embarazo y el número de hijos que se quieren tener y cuándo. Afecta directamente a la capacidad de disfrutar de una **vida sexual satisfactoria y sin riesgos**; lo cual es un ámbito indisoluble de los **derechos sexuales y reproductivos** (**DSR**) de todas las personas y, por tanto, de la salud sexual y reproductiva (**SSR**).

3.2. Formas de VR

A partir de los hallazgos del estudio, consideramos que la VR puede caracterizarse en torno a la siguiente tipología que comprende las **6 formas o tipologías fundamentales**¹⁵:

1. falta de atención a la salud sexual y reproductiva;
2. obstáculos o prohibición a la anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo;
3. violencia ginecológica y obstétrica en torno al parto;
4. prácticas nocivas (ej.: matrimonio infantil, matrimonio forzado; mutilación genital femenina; inspección de la virginidad);
5. gestación por sustitución o gestación subrogada;
6. anticoncepción, aborto y/o esterilización forzados para el control menstrual y/o el impedimento del ejercicio libre de la maternidad

La presente investigación se centra exclusivamente en las dos últimas tipologías. No obstante, para comprender la dimensión e importancia del conjunto de formas en las que se manifiesta la VR, se explican -brevemente- sus principales características, dado que existe una interrelación entre las distintas tipologías de VR.

-1- La primera forma de VR alude a **la falta de atención a la salud sexual y reproductiva** de las personas.

Dicha atención debe proveerse desde la sanidad pública, de manera **universal y gratuita**. Debe dirigirse **a todas las personas** con independencia de su identidad y orientación sexual, y debe procurarse **a lo largo de toda la vida**.

Hace referencia, fundamentalmente, al acceso a servicios públicos socio-sanitarios especializados, incluyendo los destinados a la menstruación y los trastornos relacionados con la menstruación; información y orientación sexual y de planificación familiar; atención y prevención a las infecciones de transmisión sexual; y el acceso a la reproducción asistida¹⁶.

¹⁵ La violencia reproductiva es un ámbito de investigación incipiente desde las ciencias sociales, con mayor trayectoria en el ámbito sanitario y por parte de las organizaciones de defensa de los DSR de las mujeres. Ello supone que en función del conocimiento que se vaya generando en un futuro esta tipología puede cambiar y verse ampliada. Por ejemplo, algunas de las expertas consultadas consideran que algunas las prácticas comerciales que fomentan la donación de óvulos podrían considerarse dentro de esta conceptualización de VR.

¹⁶ Para tener un panorama de la situación en España véanse los trabajos de: Federación de Planificación Familiar Estatal, et al. (2017). Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. Informe en línea (acceso); y el trabajo de la Asociación Mujeres para la Salud (AMS). 2017). Informe Los servicios de ginecología que deseamos las mujeres. Documento en línea (acceso).

-2- La segunda tipología, si bien puede considerarse parte de la primera, aglutina varias formas específicas de especial relevancia: por un lado, **la prohibición y/o los obstáculos para acceder a métodos de anticoncepción y de interrupción voluntaria del embarazo** (IVE); y por otro, el **embarazo forzado**.

El embarazo forzado es una violación de derechos humanos. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha señalado de forma reiterada que todas las formas de anticonceptivos modernos tienen una tasa de fallo, que los embarazos no intencionales se producen a cualquier edad y que los sistemas de salud deben de garantizar el aborto seguro. Es además una forma **en la que se manifiestan otras VCM**, como son las prácticas nocivas, las violencias sexuales y la violencia en el ámbito de la pareja.

El embarazo forzado es **especialmente preocupante cuando acontece a niñas y adolescentes** porque suele ser un indicador de violación y abusos sexuales. Tal y como señala el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, en sus siglas en inglés), “a los riesgos propios del embarazo en edades tempranas, se suman los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia, la culpabilización, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo que se manifiesta cuando ese abuso no fue detectado. El embarazo es así una continuidad de la situación del abuso que le dio origen. Si no pudo ser contado, o si fue silenciado por el entorno, el embarazo también estará rodeado de ocultamiento y estigma” (UNICEF 2018:17).

En nuestro país, la dificultad de **acceso a los métodos de anticoncepción y a la IVE** tiene diversas causas¹⁷. Existe una alta variabilidad en la garantía de estos derechos en los territorios que abarcan las comunidades autónomas¹⁸. La Sociedad Española de Contracepción (SEC, 2019), en uno de sus informes previos al cambio de legislación actual, señalaba que, las principales causas son: las dificultades de accesibilidad, financiación y formación tanto de profesionales como de usuarias/os.

¹⁷ Para conocer datos sobre la situación actual véase: 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 línea (acceso).

¹⁸La organización territorial de España consta de tres niveles: el Estado u organización central, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales. El territorio está organizado en 17 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Para acceder a información sobre su funcionamiento véase el Ministerio de Política Territorial (acceso).

La normativa actual que regula estos derechos, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (junto con la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo), es demasiado reciente en su aplicación y no hay datos aún respecto a su impacto en la situación española.

En el Preámbulo II a la norma, se pone de manifiesto la **necesidad de mejorar la protección y la garantía de los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva** de manera integral. Respecto a las IVE, señala que la mayoría se acaban produciendo en centros extrahospitalarios de carácter privado (el 78,04 % en el año 2020), por lo que “estamos muy lejos de que se pueda garantizar” dicha intervención en centros públicos.

Respecto a los impedimentos a **la IVE**, es importante señalar que la normativa relativa a los plazos de aborto libre (dentro de las primeras 14 semanas de gestación) ha sido declarada constitucional en España. La sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional del 9 de mayo de 2023¹⁹ así lo refleja y ha indicado “la obligación de las administraciones públicas de asegurar la prestación de interrupción voluntaria del embarazo” como parte de “ese deber positivo de velar por la efectividad de los derechos fundamentales”. Además, subraya la importancia de la incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias, educativas y sociales para la salud sexual y reproductiva.

-3- La tercera tipología de VR es **la violencia gineco-obstétrica o violencia contra la mujer en la atención al parto**²⁰, que comprende el conjunto de intervenciones ginecológicas u obstétricas inadecuadas o innecesarias sobre las mujeres, en relación al parto (cesáreas, episiotomías o partos instrumentales injustificados).

En general tiende a definirse como una violencia contra la mujer “consistente en una acción u omisión que atenta contra los derechos de salud, reproductivos y sexuales de la mujer, y abarca

¹⁹ Véase la sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional: 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 (acceso).

²⁰ Esta es la denominación empleada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (CEDAW) en relación a estas prácticas. La Relatoría Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de las Naciones Unidas (2019) indica que el término todavía no se recoge explícitamente en el derecho internacional de los derechos humanos, por lo también emplea “violencia contra la mujer durante la atención del parto”.

los periodos de gestación, alumbramiento, puerperio y ciclos reproductivos” (Guerrero-Sotelo, et al., 2019: 27). Desde la perspectiva crítica feminista se considera una “apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (...)” (Bellón-Sánchez, 2015:93).

En el año 2014 la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) ya alertó sobre su **relevancia mundial**: “un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante”. Además, la OMS indicó que “es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo” (OMS, 2014: 1). Lo que implica tener en cuenta que hay mujeres cuyas circunstancias les hacen ser más vulnerables ante dichas prácticas.

Así mismo, la Relatoría Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de las Naciones Unidas, en el *Informe sobre un 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* (2019), recoge que “se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático”.

Por su parte, en España, la **Estrategia Estatal contra las Violencias Machistas** (EEVM) 2022-205 menciona esta práctica y señala que no existen estadísticas oficiales que permitan analizar el alcance real de este tipo de violencia en nuestro país. España ha sido reprobada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (en adelante, CEDAW) en tres ocasiones por este tipo de VR.

La ausencia de datos nacionales, y la necesidad de paliarla, ha sido evidenciada al Estado español por el Comité (CEDAW/C/75/D/138/2018), que ha instado al Estado - entre otras cuestiones- a la realización de estudios y a la implementación de medidas correctivas (CEDAW/C/84/D/154/2020, Dictamen del Comité del 7 de marzo de 2023).

A lo largo del territorio nacional, diferentes asociaciones de mujeres relacionadas con el ámbito de la salud han denunciado estas prácticas de VR, entre ellas, la asociación El Parto es Nuestro y el Observatorio de Violencia Obstétrica. Es necesario indicar que la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia

machista de la Comunidad Autónoma de Cataluña²¹ ha sido la primera norma europea en reconocer la existencia de la violencia obstétrica como violencia de género. Desde el año 2007, en América Latina numerosos países han legislado en su normativa sobre VCM sobre la violencia obstétrica (véase Bellón Sánchez, 2015).

-4- La cuarta forma de VR está relacionada **las prácticas nocivas** que tienen especial impacto en la salud sexual y reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres.

Algunas de estas prácticas son el matrimonio infantil, el matrimonio forzado, la mutilación genital femenina (MGF), el aplastamiento de los pechos, y las pruebas de virginidad. Muchas son consideradas como violencia sexual, por lo que suelen encontrarse categorizadas de tal modo²². Además, están **profundamente vinculadas a los crímenes en nombre “del honor”** (ver capítulo 11).

Los Estados tienen la obligación de **eliminar, prevenir y proteger** a las mujeres de estas prácticas. Ello se menciona de forma explícita en varios tratados internacionales de derechos humanos, así como en la Convención de Estambul, ratificada por España en el 2014. En esta línea, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR, en sus siglas en inglés) ha reiterado la importancia de que los Estados “elaboren y aprueben programas de concienciación integrales para cuestionar y cambiar las actitudes, tradiciones y costumbres culturales y sociales que son la causa subyacente de las formas de conducta que perpetúan las prácticas nocivas” (OHCHR, s.f.).

²¹ Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. publicada en: DOGC, núm. 5123, de 08/05/2008, y BOE, núm. 131, de 30/05/2008 (acceso). Art4. d) Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer

²² En la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se recoge de hecho de esta forma: “La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo, incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y la comercialización y el tráfico de niñas/os y mujeres, los abortos y embarazos forzados, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra infecciones, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad. Estas agresiones tienen sus profundas raíces en las desigualdades de género y en las relaciones de poder, siendo a su vez una de las manifestaciones más desgarradora de la misma” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011:53).

En relación a **las pruebas de virginidad**, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que es una forma de discriminación de género y se trata de una **práctica acientífica, ineficaz y humillante** que constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres. Dado su prevalencia en España y su relación con los CHN, se ha considerado de interés profundizar en sus características.

La inspección de la vagina en búsqueda del himen²³ se basa en la creencia de que el aspecto de los genitales femeninos puede revelar si se han tenido relaciones sexuales (vaginales). Se realiza por personas clave de la comunidad o a través de profesionales sanitarios a los que se les asigna un conocimiento en la materia.

Dichas pruebas, que **carecen de validez científica**, pueden causar dolor, inducir a cirugías²⁴ dolorosas e innecesarias, y tienen consecuencias sociales perjudiciales para las niñas y mujeres en caso de obtener una interpretación negativa (no “ser virgen”), por lo que **están relacionadas con la violencia o crímenes en nombre “del honor”**.

En el año 2018 **las Naciones Unidas realizaron un llamamiento mundial²⁵ para que todos los gobiernos prohíban dicha práctica y se trabaje con las comunidades donde se realiza para erradicarla**. En España esta prohibición está aún pendiente de concretarse, no se recoge en la ENSSR, la EEVM, ni tampoco en la legislación vigente.

De acuerdo con la ***Declaración para Eliminar los Test de Virginidad*** (WHO, ONU Mujeres, OHCHR, 2018:7), la “*virginidad* no es un término médico ni científico, sino un concepto social, cultural y religioso que refleja la discriminación de género contra las mujeres y las niñas; (...) se basa en el estereotipo de que la sexualidad femenina debe reducirse al matrimonio. Esta noción es perjudicial para las mujeres y las niñas a nivel mundial”; y por tanto “los gobiernos, los profesionales de la salud y las comunidades deben actuar para eliminar esta práctica”.

Asimismo, ha puesto de manifiesto que, para muchas mujeres, “tiene consecuencias negativas físicas, psicológicas y sociales a corto y largo plazo, tales como ansiedad,

²³ El himen es una membrana elástica que tienen algunas mujeres, no todas nacen con ella, y de tenerla se puede romper de forma accidental o al practicar ciertos deportes. No tiene relación con la “virginidad” ni con la ausencia de relaciones sexuales que, de hecho, van más allá de la penetración vaginal.

²⁴ Las intervenciones quirúrgicas bajo la denominación de “reconstrucción del himen” (himenoplastia), recrean una membrana para cubrir parcialmente la vagina y tratar de asegurar que se produzca un sangrado en las pruebas futuras de virginidad o en la primera relación sexual con penetración vaginal en el matrimonio.

²⁵ Se trata de un llamamiento multiagencia: World Health Organization, UN Human Rights Office, UN Women, “Eliminating virginity testing – An interagency statement” (acceso); (acceso a la nota de prensa en castellano).

depresión y estrés postraumático. En casos extremos, las mujeres o las niñas pueden intentar suicidarse o ser asesinadas en nombre del *honor*” (WHO, ONU Mujeres, OHCHR, 2018:5).

-5- La quinta tipología de VR es la relativa a **la gestación por sustitución o gestación subrogada (GS)**.

Esta forma de violencia reproductiva alude al **conjunto procedimientos** por los que una mujer acaba gestando uno o varios embriones (tiene un embarazo), fruto de la fecundación de su propio óvulo o la transferencia de embriones, y da a luz a uno o varios niños/as para una empresa, para otra persona o para una pareja.

En la GS dichos procedimientos **van más allá del embarazo y el parto**; abarcan las prácticas comerciales de captación de clientes, la localización de la madre gestante (altruista o comercial), los acuerdos o contratos entre las partes, los procedimientos médicos y logísticos necesarios previos para lograr la concepción y para preparar hormonalmente a la madre gestante, y también a lo largo del embarazo o embarazos (incluyendo abortos espontáneos y abortos forzosos), en el parto y en el postparto, así como el traslado y registro de las/los menores nacidos, y la gestión de la situación de desamparo o cuidado de aquellas criaturas que son rechazadas por la parte compradora. En España **es una práctica ilegal**. Es una de las formas en las que profundiza este estudio (véanse capítulos 8, 9 y 10).

-6- La sexta tipología de VR abarca el control de la menstruación y el impedimento del ejercicio libre de la maternidad mediante **la esterilización forzada, el aborto forzado y/o anticoncepción forzada (AEAF)**.

Se trata de una VR que sufren **en mayor medida las mujeres con discapacidad y las mujeres con enfermedad mental**, aunque no exclusivamente.

La anticoncepción coercitiva y la esterilización son prácticas fuertemente asociada a **estereotipos sobre la maternidad y la sexualidad** concebidos bajo nociones capacitistas y racistas por lo que están afectadas muchas más mujeres. Por su parte, el aborto forzado puede producirse bajo las mismas premisas, pero también puede ser un indicador de un fenómeno más complejo, la selección del sexo del bebé con sesgo de género; que se considera una forma más de discriminación hacia las mujeres y se materializa en una manifestación de violencia contra las madres y las niñas.

La AEAF además puede ser un **indicador de la presencia de otras violencias**, fundamentalmente de violencia sexual y de violencia en el ámbito de la pareja/expareja.

Aunque **el presente estudio se centra en las dos últimas tipologías** es importante resaltar que todas ellas se enmarcan en la violación de **los derechos sexuales y reproductivos**²⁶ (DSR) de las mujeres.

3.3. Derechos sexuales y reproductivos

Los DSR forman parte de la noción integral de la salud humana y por ello se incluyen en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la **Agenda 2030** de las Naciones Unidas (2015). Su protección y promoción competen a todas las instituciones.

UNFPA determina que una **buena salud sexual y reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

Los DSR están recogidos como **derechos humanos fundamentales** en los acuerdos internacionales del *Programa de Acción*²⁷ *mundial* de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 (CIPD)²⁸, cuyos compromisos fueron renovados en la Cumbre de Nairobi en 2019 (CIPD +25), y en la *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* aprobada en la Conferencia Mundial de las Mujeres de 1995, renovada en sus sucesivas cumbres internacionales de seguimiento de las Naciones Unidas.

²⁶ Para tener más información sobre DSR véase el trabajo de UNFPA (acceso). Puede accederse a una infografía compilatoria de los DSR en su web (acceso).

²⁷ La CIPD "pidió garantizar que todas las personas tengan acceso a una atención integral de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar voluntaria, los embarazos seguros y los servicios de parto, así como la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. También reconoció que la salud reproductiva y el empoderamiento de la mujer son interdependientes, y ambos son necesarios para el progreso social. El Programa de Acción afirmó que: "La participación plena e igualitaria de la mujer en la vida civil, cultural, económica, política y social, a nivel nacional, regional e internacional, y la erradicación de todas las formas de discriminación por razón de sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional" (Naciones Unidas, s.f.). CIPD: acceso al texto de la conferencia.

²⁸ En 1999 y 2014 se celebraron dos períodos extraordinarios de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para evaluar la aplicación de la CIPD de 1994 y adoptar medidas de fortalecimiento.

Los DSR tienden a ser referenciados de forma resumida en una **Carta de derechos sexuales y reproductivos**, como es la promovida por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), que contiene los siguientes 10 artículos (FPFE, 2010)²⁹:

1. Derecho a la igualdad
2. Derecho a la autonomía sexual
3. Derecho a la libertad e integral corporal
4. Derecho a decidir sobre las distintas opciones reproductivas
5. Derecho a la información
6. Derecho a la educación sexual
7. Derecho a la atención y protección de la salud sexual y de la salud reproductiva
8. Derecho a la privacidad y a la confidencialidad
9. Derecho a optar por los diversos modos de convivencia
10. Derecho a la participación y libertad de opinión

Las **violaciones de derechos cometidas en este ámbito** contra las mujeres fueron puestas de relevancia hace casi dos décadas en el informe final del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2006) de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR)³⁰. Esta denuncia está en línea con lo señalado al respecto por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (véase capítulo 6).

En este sentido, la OHCHR recuerda que la salud sexual y reproductiva de las mujeres “está relacionada con múltiples derechos humanos, como el derecho a la vida, el derecho a no ser torturada, el derecho a la salud, el derecho a la intimidad, el derecho a la educación y la prohibición de la discriminación. Esto significa que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres” (2023).

Las violaciones a la autodeterminación reproductiva de las mujeres constituyen **crímenes muy graves** de acuerdo con el derecho internacional humanitario. En este sentido, el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional³¹ (1998; en vigor desde el 2002) define por primera vez en

²⁹ Los derechos sexuales, específicamente, han sido también recogidos de modo más concreto en una carta ampliada; véase Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), 2010.

³⁰ Véase Asamblea General de las Naciones Unidas, Nota del Secretario General (2006) El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental del 13 de septiembre del 2006 A/61/338 (acceso).

³¹ Instrumento de Ratificación del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, hecho en Roma el 17 de julio de 1998. BOE núm. 126, de 27 de mayo de 2002 (acceso).

este marco la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, la esterilización forzada y otras formas de violencia sexual como crímenes contra la humanidad y crímenes de guerra. El Estatuto de Roma determina que estos delitos están al mismo nivel de los crímenes internacionales más atroces, constitutivos en muchos casos de tortura y genocidio.

3.4. Vinculación de la VR con otras violencias

La violencia reproductiva **tiene su propia especificidad**, no obstante, es con frecuencia un **indicador de otras VCM**; sobre todo, de la presencia de prácticas nocivas, violencias sexuales y de la violencia en las relaciones de pareja.

Las **prácticas nocivas** se refieren fundamentalmente, como ya se ha explicado en el apartado anterior, al matrimonio infantil, el matrimonio forzado, la mutilación genital femenina y las pruebas de virginidad. La mayoría de estas prácticas tienden a conceptualizarse como “violencia sexual”. Se hará referencia a varias de ellas con mayor detalle en el capítulo 11.

La **violencia sexual** para ser perpetrada requiere con frecuencia del ejercicio específico de la violencia reproductiva, dado que los embarazos pueden ser un indicador de violación y puede dificultar el ejercicio continuado del abuso sobre las niñas, adolescentes y mujeres víctimas. De esta forma, son víctimas de VR a consecuencia de la anterior las víctimas de la explotación sexual en cualquiera de sus formas. Ello alude a la situación de las mujeres en situación de prostitución, en la industria de la pornografía y otros derivados comerciales, y sobre todo aquellas en situación de trata, tanto con fines de explotación sexual como explotación laboral³².

Dentro de la **violencia de género en el ámbito de la pareja/expareja**, la reproducción es una dimensión más de abuso junto con la física, la psicológica, la sexual y la económica. En la reproducción, por tanto, también se produce control por parte del maltratador. Se realiza tanto forzando el uso de la anticoncepción, el aborto o la esterilización para impedir futuros embarazos como, todo lo contrario, impidiendo que la víctima acceda o use métodos de planificación familiar provocando embarazos

³² Véase al respecto el estudio promovido por la FEMP (2023) sobre violencias sexuales.

forzados. A pesar de que la violencia en la pareja/expareja ha sido la más estudiada, la dimensión reproductiva está poco explorada, por lo que hay pocos datos.

Tanto la violencia sexual como la física y la psicológica ejercida por un hombre que es -o ha sido- pareja de una mujer pueden tener **graves consecuencias en el ámbito reproductivo**: provocar abortos por el miedo y el estrés o por las propias agresiones; causar daños en la mujer y el feto; y puede producir embarazos fruto de las violaciones.

Hay pocas posibilidades de explotación de la **Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019** de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (en adelante, DGVG) en relación a la VR; no obstante, se ha realizado una explotación estadística respecto a algunas de las consecuencias de la violencia sufrida, en concreto, el **aborto involuntario** que puede verse como una consecuencia análoga al aborto forzado. Los resultados obtenidos se explican a continuación³³.

En la **Macroencuesta 2019 el aborto involuntario** aparece como una posible consecuencia de la violencia sexual ejercida por las parejas actuales o pasadas de las mujeres, así como por otras personas distintas a la pareja.

Según los datos del año 2019, los abortos involuntarios debidos a la pareja actual son prácticamente inexistentes entre las mujeres que responden la encuesta (4 casos). Esto no significa que este tipo de violencia no exista, sino que es muy probable que, si sucede, la pareja actual se haya convertido en una pareja del pasado y, por tanto, no se contabilice en esta categoría. Lo anterior es apoyado por el hallazgo de que los abortos involuntarios son algo más frecuentes (se pasa a n=53) cuando se pregunta si fueron causados por parejas pasadas.

Debido al número de casos, no se pueden apreciar diferencias significativas según edad o país de nacimiento de las mujeres que han sufrido un aborto

³³ Para personas diferentes a la pareja actual o pasada, agresores hombres, de violencia sexual, se filtró por las conductas que pueden tener como consecuencia un embarazo no deseado. Así, considerando otros tipos de violencia sexual fuera de la pareja, se han analizado las respuestas a la pregunta M3P2 y a los ítems:

- Le ha obligado a mantener relaciones sexuales amenazándole, sujetándole o haciéndole daño de alguna manera. Por relaciones sexuales queremos decir penetración vaginal o anal con pene u objetos, o sexo oral.
- Le ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando era incapaz de rechazarlas debido a que usted estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas.
- Ha mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenía miedo de lo que esa persona le podría hacer si se negaba.
- Le ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando Ud. no quería.
- Le ha obligado a realizar alguna otra práctica de tipo sexual que yo no le haya mencionado ya.

involuntario por violencia de género. No obstante, la proporción de casos entre otras nacionalidades distintas a la española parece mayor, al igual que los casos entre personas que en la actualidad se encuentran entre los 30 y los 49 años. Estas conjeturas deben tomarse como meras hipótesis a explorar en futuras ediciones.

La gran mayoría de los casos encontrados no son recientes, puesto que el 79% (41 casos de un total de 52) ha sucedido hace más de 4 años. Esto parece reforzar la idea de que las mujeres que han sufrido un aborto involuntario por violencia de su pareja ya no están con la persona agresora.

Respecto al acceso a servicios sanitarios por episodios de violencia física o sexual vividos con parejas pasadas en casos de abortos involuntarios encontramos la siguiente situación:

- 19 de las encuestadas (35.85% del total) tuvieron que permanecer en el hospital,
- el mismo número (35.85% del total) recibieron atención médica por parte de los servicios médicos, como consultas médicas o enfermería, pero no necesitaron hospitalización.
- 7 personas (13.21% del total) dicen no haber necesitado atención sanitaria,
- 6 personas (11.32% del total) consideraron que sí deberían haberla recibido, pero no lo hicieron.

Los datos de abortos involuntarios causados por otras personas ajenas a la pareja muestran también pocos casos. En concreto, se registraron 10 casos, lo que impide realizar un análisis más detallado por edad o país de nacimiento.

Basándonos en los datos recopilados, el número total de abortos involuntarios reportados es de 67. De estos, 4 de los casos (aproximadamente el 5.97%) corresponden a abortos involuntarios relacionados con parejas del pasado. 53 de los casos (aproximadamente el 79.10%), están vinculados a la pareja actual, mientras que los 10 restantes, provienen de fuera del ámbito de la pareja.

En total, 222 mujeres de las 9568 a las que se les ha preguntado por violencia sexual, declaran que han sufrido alguna de las agresiones que podrían implicar un embarazo no

deseado. Esto constituye un 2,3%. De nuevo, no se aprecian diferencias significativas por edad o país de nacimiento. La muestra es escasa.

Preguntadas sobre si esos incidentes de tipo sexual ocurrieron antes o después de que la mujer cumpliera los 15 años, el 35% (78 casos de un total de 222) señala que ocurrieron antes y el 18% (40 casos de un total 222) que ocurrieron tanto antes como después de cumplir 15 años. En total, un 53,1% (118 casos de un total de 222) de las mujeres que sufrieron alguna de estas violencias sexuales declara que sucedieron antes de cumplir 15 años.

Sería de interés que **futuras ediciones de la Macroencuesta pudiesen incluir cuestiones sobre VR** y la relación de las violencias sexuales y de pareja con el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las víctimas.

En general, según el último informe disponible de **la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer** (2019) el panorama sobre el uso de la atención sanitaria es preocupante. El 80,6% de las mujeres que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja actual y el 60,3% de quienes sufrieron esta violencia por parte de alguna pareja pasada, manifiesta que **no recurrieron a servicios sanitarios**, lo que contribuye a la falta de registro. Si bien, "ello no debe interpretarse como falta de severidad en la violencia sufrida y sus consecuencias ya que, la mayor parte de las relaciones sexuales forzadas no producen lesiones físicas" (DGVG, 2019).

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

4.1. Perspectiva de partida

El aborto, la esterilización y la anticoncepción no voluntarias, coercitivas o forzadas (AEAF) son formas de violencia que representan una **vulneración de los DSR** de las mujeres y una **práctica de sometimiento y anulación de la voluntad que trasciende el derecho a la maternidad**.

En el Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de las NNUU, *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y a violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (OHCHR, 2019) se señala que la esterilización forzada y el aborto forzado son tratamientos médicos que **se practican en todo el mundo sin consentimiento informado**.

El Informe de la Relatora indica que son **practicados por profesionales de la salud por diversas razones**, como, por ejemplo, aduciendo al **beneficio del denominado interés superior** de la mujer o basándose en la creencia de que ciertos colectivos de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, como las mujeres gitanas/romaníes, las mujeres indígenas, las mujeres con discapacidad o las mujeres que viven con el VIH, **no son “dignas” de procreación, son incapaces de tomar decisiones responsables sobre la anticoncepción, no están en condiciones de ser “buenas madres” o no es aconsejable que tengan descendencia** (OHCHR, 2019).

El uso de **anticonceptivos de forma coercitiva** se produce por las mismas razones y tiene secuelas similares (Mertus y Heller, 1992; Sparrow, 2011; Benson, 2014). Si bien el acceso a métodos de planificación familiar debe estar garantizado por las políticas de salud pública, también debe prevenirse su uso como herramienta de control del cuerpo de las mujeres. Por lo tanto, no se puede ignorar el contexto histórico de las prácticas coercitivas relacionadas con la anticoncepción, especialmente las dirigidas a grupos desfavorecidos.

Estas prácticas **abarcen todo un espectro, desde casos extremos, manifiestos e intencionados de esterilización involuntaria hasta intentos más sutiles de influir en la toma de decisiones** de las mujeres en materia de anticoncepción mediante incentivos económicos o

la adopción de otras medidas para fomentar indebidamente la elección de un método específico” (Benson, 2014)³⁴.

Estas *intervenciones médicas* han sido analizadas por el Comité para de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y los tribunales internacionales regionales de derechos humanos y han sido calificadas como **formas de violencia de género contra las mujeres** que pueden causar daños físicos y psicológicos y que incluso pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.

Las investigaciones en la materia señalan que **la AEAF se produce en todo el mundo**, incluyendo el ámbito norteamericano (Stern, 2005; Murray, et al., 2019; Kluchin, 2017; Volscho, 2010) y el de la Unión Europea (Patel, 2017; Stejskalová y Szilvasi, 2016; Albert y Szilvasi, 2017). En los países del entorno occidental, aunque ya no forman parte de programas públicos masivos, la esterilización forzada **sigue aplicándose sobre mujeres vulnerables** (mujeres con discapacidad principalmente); sobre todo, mediante la coerción y falta de información y por tanto, sin el debido consentimiento por parte de las mujeres.

La AEAF puede producirse por **falta de información o de consentimiento informado** o mediante el ejercicio de **amenazas o la coerción, la violencia psicológica o las agresiones físicas**.

Apenas existen datos sobre la situación en España de la AEAF, dado que aún no se ha consolidado en objeto de investigación. Es de hecho, una temática que no ha contado con el reconocimiento social que merece y no tiene suficiente visibilidad. En este sentido, resulta de interés señalar la existencia de proyectos de investigación internacionales³⁵ que permiten considerar líneas futuras de investigación.

No obstante, sí es necesario señalar que en los últimos años se han desarrollado investigaciones de gran interés sobre la violación de los DSR de **las mujeres con discapacidad, cuyos resultados nos permiten sacar aprendizajes para todas las niñas y mujeres**.

³⁴ Traducción propia del original en inglés. La autora se refiere fundamentalmente a los Estados Unidos de América (EEUU), y sobre todo al fenómeno del anticonceptivo por implante subdérmico Northplant y otras marcas similares, aunque tuvo un impacto global porque se produjo en múltiples países.

³⁵ El Laboratorio de Esterilización y Justicia Social (*Sterilization and Social Justice Lab*) en EEUU es un ejemplo de ello. Ha recuperado la historia de la esterilización eugenésica y denuncia sus consecuencias y prácticas vigentes.

Es importante señalar que **los perpetradores** de la AEAF son -con frecuencia- los hombres que son parejas de las víctimas y por tanto está asociada a la violencia de género en la pareja. No obstante, en otros casos, como ocurre con las mujeres con discapacidad, también lo son los familiares e instituciones de cuidado. Asimismo, para la ejecución de dichas prácticas (sobre todo en el caso de las esterilizaciones) hay que tener en cuenta que se requiere de la participación directa de servicios médicos, y por lo tanto involucra a profesionales sanitarios. En el caso de mujeres que presentan otras vulnerabilidades, los agresores pueden ser figuras más amplias.

4.2. Aborto forzado

4.2.1. Aproximación al problema

El **aborto forzado** se emplea para realizar la interrupción no deseada de un embarazo a través del consumo de fármacos específicos o de un procedimiento médico, dependiendo de la semana de gestación. Es decir, el aborto puede ser farmacológico o quirúrgico.

En la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, el aborto forzoso se define como una "Forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo que consiste en la práctica de un aborto a una mujer sin su consentimiento previo e informado, a excepción de los casos a los que se refiere el artículo 9.2.b) de la Ley 41/2002, de 14 noviembre".

Cualquier mujer que sea víctima de violencia por parte de su pareja/expareja puede estar sujeta a un aborto coercitivo, así como aquellas que se encuentran en situación de prostitución y trata -tanto con fines de explotación sexual como laboral, y las víctimas de violencia sexual en general. También lo pueden ser las mujeres en situación de vulnerabilidad, como son las mujeres con discapacidad, enfermedad mental, en prisión, con VIH y las adolescentes embarazadas.

El caso de las mujeres que son víctimas de la VG en el ámbito de la pareja/expareja, ha sido considerado en el punto 3.4., si bien el aborto involuntario (como consecuencia de una agresión o la propia situación de violencia) no es el mismo fenómeno que el aborto forzado.

Además, se encuentran en riesgo las mujeres con orígenes culturales donde persiste la preferencia del sexo masculino y prevalecen **prácticas de selección del sexo a través del**

aborto selectivo. A esta cuestión se le prestará especial atención dada la situación de invisibilidad de este problema en España.

Con independencia de la causa que interrumpe el embarazo de forma coercitiva, es importante considerar que los abortos forzados **pueden producirse tanto en entornos sanitarios seguros como inseguros.**

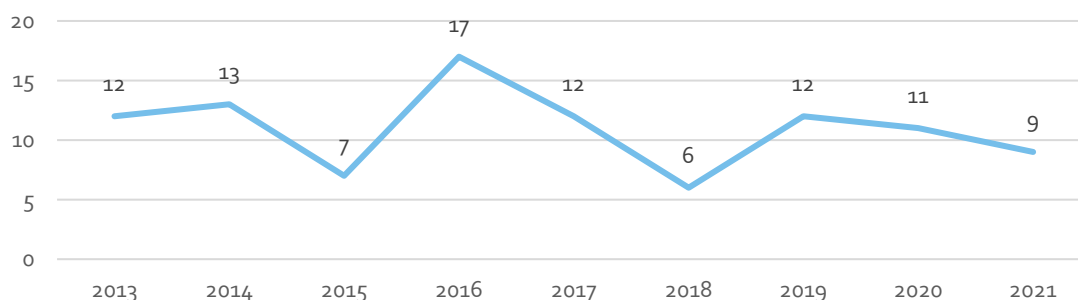
El aborto inseguro ocurre cuando el embarazo es interrumpido por personas que carecen de las habilidades necesarias, o en un entorno que no cumple los estándares médicos mínimos, o ambos (OMS, 2021).

De acuerdo con datos de la OMS “cada año, entre el 4,7% y el 13,2% de las muertes maternas se deben a un aborto peligroso. Se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones” (2021). De acuerdo con las estimaciones realizadas en 2012, en los países en desarrollo se atiende de forma hospitalaria a 7 millones de mujeres para tratar las complicaciones causadas por un aborto peligroso (OMS, 2021). Se desconoce el alcance de los datos de abortos forzados en comparación con las interrupciones voluntarias en entornos inseguros.

Los datos disponibles que nos acercan a la prevalencia del problema son muy insuficientes. Las **estadísticas sobre interrupciones** del embarazo se fundamentan en la voluntariedad del acto (IVE) y las estadísticas judiciales son poco específicas. El resto de encuestas en materia de fecundidad, salud o violencia, no recogen la VR.

En cuanto a los datos relativos al **delito de aborto forzoso**, éstos proceden del Ministerio de Justicia (Registro Central de Penados). No están desagregados por sexo y muestran un escaso registro del fenómeno (véase gráfico inferior).

Gráfico 1. Estadística de condenados por aborto 2013-2021. Unidades: infracciones



Elaboración propia. Fuente: Explotación del INE del Registro Central de Penados (Ministerio de Justicia)

En general, **las condenas** por aborto alcanzan un número poco significativo y no es posible profundizar en el fenómeno. En el año 2021, solamente hubo 1 pena de prisión (ver tabla siguiente).

Tabla 2. Aborto (delito): penas de prisión según duración de la pena (2012-2021). Unidades: Penas

	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
De 0 a 2 años	1	4	1	3	7	3	0	4	4
De más de 2 a 5 años	0	0	3	0	1	0	0	0	0
Más de 5 años	0	2	1	1	1	2	3	1	2

Fuente: INE, 2023 (a partir del Registro Central de Penados del Ministerio de Justicia)

En cuanto a las interrupciones de embarazo, **los motivos para las IVE son diversos**, en algunos casos muy complejos. En España, se enmarcan dentro del derecho a la interrupción libre del embarazo en un sistema de plazos.

En la actualidad resulta imposible conocer si se producen por causa de la VR (por una selección sesgada del sexo, por otra causa de coerción en un contexto de violencia machista); en cualquier caso, **la prohibición del aborto se considera ineficaz y contraproducente**.

El Sistema Nacional de Salud prevé un procedimiento de información a las mujeres embarazadas para su toma informada de decisiones, pero **no hay un protocolo específico de detección de violencia reproductiva** (el protocolo de violencia de género -en el ámbito de la pareja/expareja- se aplica en función de la sensibilización y formación del profesional sanitario).

Los datos sobre IVE realizadas en España son supervisados por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad. Se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica por el cual se registra cada IVE que se practica, a través de la notificación del personal médico responsable de a la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma donde se lleva a cabo la intervención, quien a su vez introduce los datos en la aplicación correspondiente³⁶. La información referida a la embarazada

³⁶ Véase el procedimiento en detalle en la metodología de los datos estadísticos del Ministerio de Sanidad relativos a promoción y prevención (acceso).

como la del centro en el que se realiza el aborto, es considerada confidencial y su explotación estadística es limitada.

En España, las IVE se producen fundamentalmente **en centros privados**. Las motivaciones registradas se mantienen constantes a lo largo del tiempo (2012-20221) y son (para el último año disponible, 2021) las siguientes: a petición de la mujer 90,98%, grave riesgo para vida o la salud de la embarazada 5,58%, riesgo de graves anomalías en el feto 3,12%, anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable 0,29% y varios motivos 0,03%. Las IVE se producen a lo largo de la vida fértil de las mujeres, si bien se producen en mayor número entre los 20 y 34 años, donde se concentra el 62,8% (Ministerio de Sanidad, 2021).

En el año 2021, el 67,15% de las IVE realizadas lo fueron a mujeres con **nacionalidad española**. El 74,15%, tenía una nacionalidad europea (incluida la española). Los datos sobre IVE realizados al resto de mujeres residentes indican que el 5,03% procedían de África, el 18,4% de América Central, Caribe o América del Sur, y el 2% de un país asiático.

Según datos del anuario del Ministerio de Sanidad (2021), **72,4% de las IVE se realizaron con 8 semanas o menos de gestación** y en centros sanitarios privados del ámbito extrahospitalario (casi 8 de cada 10). Estas IVE **difícilmente pueden estar relacionadas con el aborto selectivo** como práctica de selección del sexo, dado que no es factible conocer el sexo del feto. Más del 89% de las IVE farmacológicas notificadas en 2020 se practicaron durante las primeras 8 semanas de gestación; y de éstos, el 70,62% en centros sanitarios extrahospitalarios (Dirección General de Salud Pública, 2022).

Por lo general, **los test de cribado múltiple** (análisis de sangre de la mujer gestante combinados con ecografía), que permiten conocer el sexo del feto, se realizan a partir de la décima semana de gestación. Suelen enmarcarse por tanto **al final del primer trimestre de embarazo e inicios del segundo**. Por lo que, para proceder a un aborto selectivo sería más adecuado -en todo caso- hablar de posibles abortos producidos entre las nueve y las catorce semanas de gestación (o más). En España éstos representan el 22,4% de las IVE realizadas (año 2021). El 5,1% de las IVE se realizan con 15 y más semanas.

No hay ninguna relación entre el método de interrupción del embarazo y el aborto selectivo o forzado. En toda España, el 62,3% de las IVE se produjeron a través de una intervención quirúrgica; el 36,9% farmacológica; y del resto (0,8%) no se recoge información o se empleó otro método (D.G. de Salud Pública, 2022).

4.2.2. Aborto selectivo como práctica de selección del sexo

Las prácticas culturales nocivas que imponen la preferencia del nacimiento de niños sobre niñas promueven la realización de **abortos coercitivos** cuando en el análisis prenatal del sexo (por ecografía u otras pruebas de cribado prenatal) detecta que se trata de un feto "femenino" (cromosomas XX en el par 23).

Si bien en el contexto del presente diagnóstico se considera una práctica dentro del aborto forzado, en realidad la selección del sexo, puede tener lugar antes del embarazo (con clasificación de espermatozoides para la fertilización in vitro), o tras el nacimiento (infanticidio o negligencia infantil). Esto último se evidencia por el exceso de mortalidad entre las niñas y/ o por el abandono persistente de niñas.

El Parlamento Europeo, en su Resolución sobre el Genocidio (2016) considera esta práctica como un **delito y violación de los derechos humanos** que contribuye a la violencia contra las mujeres y puede enmarcarse como tal en el Convenio de Estambul.

4.2.2.1. Descripción del fenómeno

UNFPA (2020) estima que alrededor de 140 millones de mujeres están "desaparecidas" en todo el mundo, como resultado de la preferencia por los hijos varones. Los nacimientos de mujeres que no se producen ascienden a casi **1,2 millones anuales** en todo el mundo.

Según datos del Banco Mundial (Anukriti et al., 2021) la cifra anual de abortos selectivos por sexo aumentó de casi cero a fines de la década de 1970 a 1,6 millones por año entre 2005 y 2010 en todo el mundo (citado en Bongaarts y Guilimoto 2015). Aunque en India y China acontecen la mayor parte de los abortos selectivos por sexo, se han documentado proporciones sesgadas de sexos al nacer en una amplia gama de países, incluidas poblaciones asiáticas en los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, Grecia y **España**.

Los datos sobre el **índice de masculinidad al nacer** permiten hacer una aproximación cuantitativa al problema³⁷.

Como constante poblacional se da una proporción aproximada de nacidos/asignados "niños" de entre 102 y 106 bebés por cada 100 bebés nacidas/asignadas "niñas". Por lo tanto, cuando

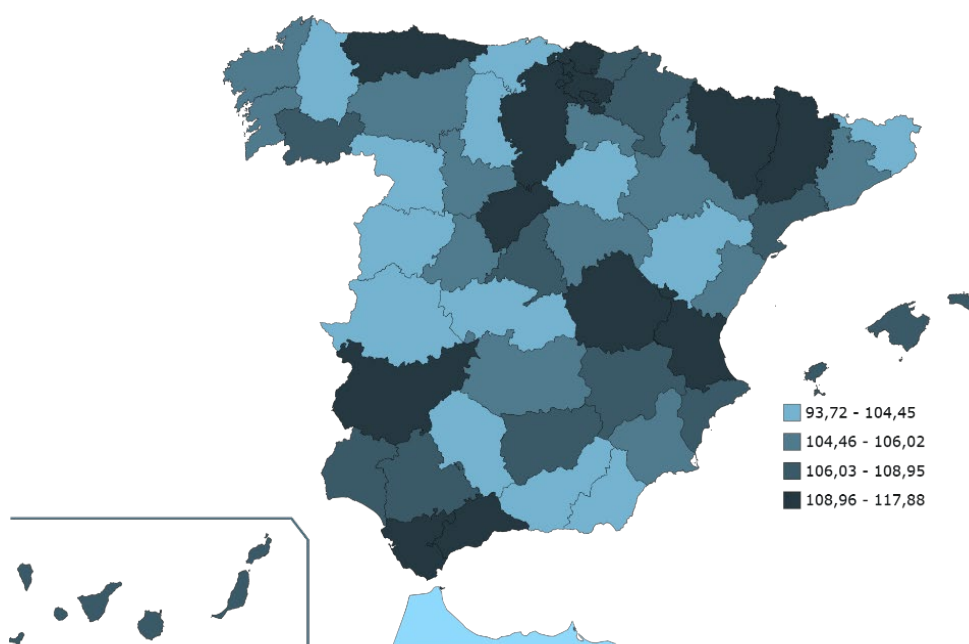
³⁷ También la muerte temprana de niñas en la primera infancia es un indicador empleado.

hay una marcada asimetría, se considera una señal de que se podría estar produciendo una selección de sexo. Algunos de los países y territorios que presentan desequilibrios de este tipo son (UNFPA, 2020; para datos del año 2017):

- China 114,3
- India 109,8
- Nepal 107,3
- República de Corea 105,6
- Singapur 106,5
- Viet Nam 112,2
- Armenia 111,7
- Azerbaiyán 113,4
- Georgia 106,5
- Albania 108,3
- Montenegro 107,2

En España no existen datos al respecto. Potencialmente, dado la persistencia de esta práctica nociva en algunos países, **podría estar afectando a mujeres descendientes o procedentes de algunas comunidades de diásporas** que mantengan dichos valores; tal y como ocurre en otros países de Europa y Norte América (UNFPA, 2020).

Ilustración 3. Ratio de masculinidad al nacimiento por provincia (año 2021). Unidades: número de hombres por cada 100 mujeres (%)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2023

En nuestro país, **la ratio de masculinidad al nacimiento** (ver gráfico anterior) muestra, para el total nacional en el año 2021, un porcentaje de 106,7 niños nacidos/asignados por cada 100

niñas (INE, 2023). Es decir, un dato dentro de la normalidad poblacional. No obstante, hay provincias muy asimétricas.

En cuanto a las provincias que superan dicha referencia estatal, se trata de las diez siguientes:

- Ceuta 117,88
- Asturias 109,23
- Cuenca 114,52
- Huesca 109,18
- Badajoz 110,88
- Bizkaia 109,06
- Valencia/València 110,42
- Huelva 108,95
- Burgos 110,02
- Balears, Illes 108,50
- Cádiz 109,95
- Santa Cruz de Tenerife 108,36
- Segovia 109,31
- Albacete 108,05
- Málaga 109,29
- Sevilla 107,49
- Araba/Álava 109,28
- Madrid 107,41
- Lleida 109,24
- Alicante/Alacant 107,05

En un análisis sobre nuestro país, comparado con el que previamente realizaron con Italia, investigadores de la Universidad de Módena -Braglia y Nicolini- (2018), observaron la evolución del índice de masculinidad al nacer y su posible relación con el infanticidio selectivo. Ante la **falta de explicación contundente acerca del incremento observado** en los últimos años, ambos autores consideran que los progresos recientes en la determinación del sexo del feto **pueden estar relacionados con abortos selectivos de fetos femeninos**, pero también adelantan otras hipótesis explicativas:

- El sexo del bebé podría seleccionarse en el momento de la concepción, por ejemplo, por medio de la selección del sexo en la fertilización in vitro. Sin embargo, estos métodos no son legales en España por motivos no médicos.
- Ha habido un aborto voluntario selectivo, una vez se ha podido determinar el sexo del bebé.
- Si las madres embarazadas de niñas se cuidan menos, las niñas pudieran sufrir muertes fetales tardías con más frecuencia.
- A pesar de nacer un número parecido de niños y niñas, las niñas tendrían una probabilidad más alta de no ser registradas oficialmente, o incluso de ser registradas como niños.

- Las familias migrantes embarazadas de niñas tendrían una probabilidad más alta de salir de España antes del parto, por ejemplo, regresando a su país de origen.

Sea cual sea la forma de manipular el equilibrio esperado, lo que sí se acepta es que la selección prenatal del sexo, **es una manifestación más de la baja posición que ocupan las mujeres y niñas en la sociedad.**

Algunas diásporas en España procedentes de Asia (fundamentalmente, pero no solamente de la India), y dentro de éstas algunos grupos étnico-religiosos, realizan esta práctica:

“(...) hacen los seguimientos de los embarazos desde muy temprano (...), en muchos ellas se someten a abortos selectivos, pero no solamente en el caso de que el bebé sea una niña, también cuando la familia ya tiene dos hijos [varones] (...) hay un modelo ideal que fue el que promocionó el gobierno de la India durante la década de los 70 o así que es el modelo de familia perfecta: el padre, la madre, un hijo varón y una hija. Entonces eso caló, (...) mucha presión también para que ese fuese el modelo ideal de familia, (...) Claro, eso ¿cómo se consigue?, sí, a veces puede ser de forma natural, pero otras veces es a través de los procesos de aborto selectivos. Claro, en algunos casos son presionadas por los maridos, pero en otros casos la presión social que ellas sienten es tanta, que a veces los maridos ni siquiera llegan a enterarse del embarazo” (entrevista a experta)

4.2.2.2. Causas y consecuencias

El aborto selectivo por sexo es una forma de VR que ocurre en los contextos donde la estructura social de género asigna a la población masculina una **posición social de mayor valor en detrimento de las niñas**, que son consideradas una carga o incluso un infortunio. Tal y como señala el *Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2020*, “Tal vez la consideren un estorbo, un lastre, un obstáculo que arruina el porvenir de la familia” (UNFPA, 2020: 42)³⁸. Acontece fundamentalmente en sociedades patrilineales y patrilocales donde las niñas y mujeres dependen de los hombres.

En este contexto, **las mujeres están coaccionadas al aborto**, ya que no proveer de un varón a la familia de su marido puede menoscabar su estatus social, político y económico (tanto de la

³⁸ El informe pone de relevancia que “Es posible que muera como consecuencia de este abandono o actos más deliberados, todo lo cual equivale a la selección posnatal del sexo” (UNFPA, 2020:42), asimismo, se evidencia que “la tasa de mortalidad de las niñas es superior a la de los niños, lo que parece indicar que la atención que reciben se ve influenciada por la discriminación” (Ibid., pág. 45).

familia como la suya propia). Ello puede implicar la exclusión, marginación, divorcio o repudio del grupo familiar (tanto del marido como de origen), así como enfrentar la violencia física en caso de negarse al aborto. Es por estas razones, el miedo y la coerción social, que el aborto puede ser ideado o buscado por la propia gestante.

La preferencia por hijos varones no implica necesariamente la selección del sexo con sesgo de género. Dicha preferencia no es una violación de los derechos humanos, “sin embargo, (...) está envuelta en un entramado de relaciones sociales que reflejan, generan y reproducen estereotipos de género. Lo que sí constituye una vulneración de los derechos humanos es que se perpetúen los estereotipos, en especial los que dictaminan que lo masculino es superior a lo femenino y que redundan en la subordinación de las mujeres a los hombres y de las niñas a los niños” (UNFPA, 2020: 45).

Tal y como explican las investigaciones al respecto, esta preferencia **es común en países de Asia Oriental, Asia Meridional, Oriente Medio y Norte de África**. “Se prefiere a los hijos varones porque tienen una mayor capacidad asalariada (sobre todo en las economías agrarias), continúan la línea familiar y suelen asumir la responsabilidad de cuidar a los padres en caso de enfermedad y vejez. También hay razones locales específicas para la preferencia por los hijos varones: en la India, el gasto de la dote; y en Corea del Sur y China, los arraigados valores confucianos y los sistemas familiares patriarcales” (Hesketh y Xing, 2011:1374)³⁹. La negación a las mujeres del derecho a la herencia y a la propiedad de la tierra es determinante en la preferencia de varones.

En algunos casos, puede influir el número previos de hijos y el sexo de los mismos. De este modo, puede que las parejas no seleccionen el sexo del primer bebé, “después pueden recurrir a abortos selectivos en función del sexo del feto si tuvieron primero a una niña” (UNFPA, 2020: 52). También resultan determinantes las políticas que limitan el número de hijos y el tamaño (más pequeño) de familia. Desde UNFPA se informa de que actualmente “alrededor de una cuarta parte de los progenitores con dos hijas puede recurrir a selección del sexo con sesgo de género para no tener una tercera niña”⁴⁰.

³⁹ Traducción propia del original en inglés.

⁴⁰ Información consultada 04/07/2023 en la web de UNFA: SWOP Report 2020 | Fondo de Población de las Naciones Unidas (unfpa.org) a partir del informe “Estado de la Población Mundial 2020. Contra mi voluntad. Desafiar las prácticas que perjudican a las mujeres y niñas e impiden la igualdad” (UNFPA, 2020)

Las consecuencias sociales de esta asimetría poblacional son numerosas y graves (Hesketh y Xing, 2006; Das Gupta, et al., 2003; UNFPA, 2020); entre ellas, incentiva la prostitución y la trata de mujeres dirigida a la explotación sexual y a los matrimonios forzados, e incrementa los matrimonios infantiles de niñas (Tucker, et al., 2005; Dandona, et al., 2006; UNDOC, 2020).

Desde el Consejo de Europa también se denuncia que este fenómeno tiene consecuencias dañinas, incluidos los desequilibrios demográficos, un aumento de la criminalidad y el malestar social y un mayor riesgo de violaciones de los derechos humanos, como la trata con fines matrimoniales o la explotación sexual (Asamblea Parlamentaria del CE, 2010).

En algunos países, se ha ilegalizado la selección del sexo y, en menor medida, se ha abordado el problema subyacente de la preferencia patriarcal por los hijos varones. En China, India y Corea del Sur existen leyes que **prohíben la determinación del sexo fetal y el aborto selectivo**, aunque con muy desigual firmeza (Hesketh y Xing, 2011). Del mismo modo, en otros como la República de Corea y Vietnam se ha prohibido revelar el sexo del feto antes del nacimiento en los centros públicos. También se ha trabajado en **concienciar a la población** a través de campañas sobre la igualdad de género y las ventajas de tener hijas, aunque el cambio cultural es lento y las políticas públicas requerirían intensificarse.

Aunque puedan existir leyes que prohíban el aborto como medida de selección del sexo, en muchos casos pueden eludirse con procedimientos clandestinos lo que nuevamente pone en riesgo la salud de las mujeres. En definitiva, la preferencia por un hijo de sexo masculino **afecta la vida sexual y reproductiva de las mujeres**, y tiene repercusiones en su salud y supervivencia.

En general, lo que influye en mayor medida para el cambio de valores y comportamientos de la población es la **mejora del estatus legal y social de las mujeres**.

Globalmente, las leyes y políticas dirigidas a poner fin a los abortos en función del sexo del feto no han resultado eficaces. En el caso de la prohibición del aborto, "las prohibiciones en este sentido resultan a menudo ineficaces y también vulneran los derechos reproductivos, por ejemplo, el acceso a un aborto sin riesgos" (UNFPA, 2020: 60). Por ello, las Naciones Unidas señalan que la solución probablemente resida en "cambios en las normas sociales" (2020:57).

En la Declaración interagencial de Naciones Unidas (ACNUDH, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS) del año 2011, *Prevención de la selección de sexo con sesgo de género*, se considera que “deben buscarse en enfoques alejados de la reprobación y la coacción, que fomenten cambios de conducta positivos y ayuden a las mujeres y las niñas sin poner en peligro sus derechos reproductivos” (UNFPA, 2020:62).

4.3. Esterilización forzada o coercitiva

La **esterilización forzada** requiere una intervención quirúrgica (ligadura de trompas, extirpación de las trompas de Falopio, etc.). Es una forma de violencia particularmente preocupante por su impacto en la salud y su irreversibilidad.

La definición que aparece en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo es la siguiente: “Forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo que consiste en la práctica de una intervención quirúrgica que tenga por objeto o por resultado poner fin a la capacidad de una mujer de reproducirse de modo natural sin su consentimiento previo e informado o sin su entendimiento del procedimiento”.

Su práctica afecta, sobre todo a mujeres con discapacidad y mujeres con enfermedades mentales. Tiene por tanto una **relación directa con creencias eugenésicas y la existencia de conductas y actitudes discriminatorias, capacitistas y racistas**.

La primera vez que esta práctica masiva fue considerada de forma pública fue en el proceso Núremberg (1945-1946) tras la Segunda Guerra Mundial, en relación al trato recibido por muchas mujeres y hombres a través de los programas de esterilización que promovían la política eugenésica nazi, pero se han producido con anterioridad.

En el caso de las mujeres con discapacidad [el control de la menstruación](#) es una de las motivaciones erróneas por las que se acude a la esterilización.

Ciertamente, en el ámbito reproductivo también se ve afectada la menstruación, una cuestión que trasciende el objeto de esta investigación, pero que es necesario señalar. Hay que considerar, tal y como señala UNFPA, que **los estigmas sociales y culturales sobre la menstruación discriminan y provocan violencia contra las mujeres** (2022c). Éstos suponen: exclusión de la vida pública, obstáculos a las oportunidades y obstáculos al saneamiento y la salud.

La menstruación en las niñas es interpretada (erróneamente) como madurez e **implica una mayor vulnerabilidad a las violencias sexuales**, los matrimonios infantiles y los matrimonios forzosos.

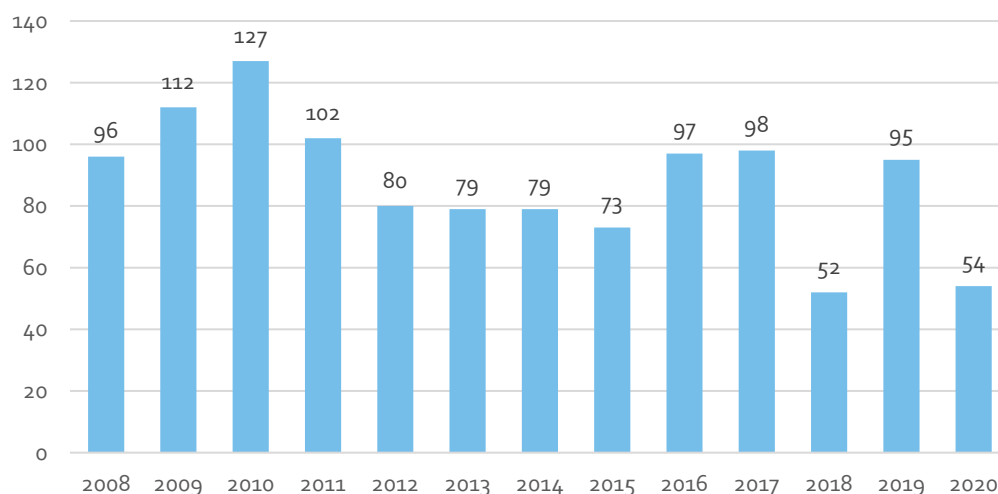
Además, las **personas con identidades de género no binarias**, como los hombres transgénero “suelen enfrentar obstáculos adicionales para obtener información o suministros que les permitan manejar la menstruación de forma segura, obstáculos que incluyen posibles amenazas a su seguridad y su bienestar” (UNFPA, 2022c).

Junto con lo anterior, se ha señalado que la violencia económica provoca pobreza menstrual, entre otros daños (Bartolomé Esteban, et al., 2023).

A pesar de la **prohibición por ley de la esterilización forzosa** en algunos países sigue produciéndose, aunque se haya reconocido que constituye una **violación de derechos humanos** por el Consejo de Derechos Humanos y Comité contra la Tortura de Naciones Unidas, y a pesar de las directrices emitidas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, donde se define como “acto de violencia” (CRPD, 2014).

Como ocurre con el resto de las mujeres víctimas de la VR, **no disponemos de suficientes datos** respecto a las esterilizaciones forzadas. Según datos facilitados por el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) al medio de comunicación Newtral.es (2021), entre el año 2008 y 2020 habría registradas 1.144 resoluciones sobre esterilización forzosa en España.

Gráfico 2. Procesos de esterilización a personas con discapacidad en España (2008-2020).



Fuente: Newtral.es (2021) a partir de datos del CGPJ

Respecto al conjunto de mujeres en España, la encuesta nacional de fecundidad (edición del año 2018) indicaba que, del 55% de las mujeres que utilizaba un método anticonceptivo, **el 9,2% de las mujeres había empleado la esterilización por ligadura de trompas** (INE, 2019).

El grueso de las mujeres que han empleado este método tiene 40 o más años (83,4%) por lo que se les podría presuponer sus deseos de descendencia cumplidos o parcialmente cumplidos. Pero es una especulación, dado que **no hay forma de considerar la coerción en la elección del método**. El 0,5% de las ligaduras se manifestaba por mujeres menores de 30 años y el 16% por mujeres de entre 30 y 39 años. Es en ambos grupos de edad donde debería incrementarse en mayor medida la vigilancia epidemiológica.

En cuanto a **las mujeres con discapacidad**, existe una larga historia social e incluso legal en relación a la **esterilización forzada** (CRPD, 2014). En España, organizaciones como la Fundación CERMI Mujeres (FCM, 2018) ha denunciado estas situaciones en el *Informe de Derechos Humanos 2017* y el Monográfico *Poner fin a la esterilización forzada de las mujeres y niñas con discapacidad*.

El estudio sobre *La violencia sexual de las mujeres con discapacidad intelectual* (Castellanos-Torres, 2020b) evidenció el **desconocimiento** que existía entre las propias víctimas de su propia esterilización. La investigación puso de manifiesto que las mujeres carecían de una correcta explicación de cómo se produce un embarazo o cómo prevenirlo, y quienes tenían alguna intervención en materia de anticoncepción apenas comprendían sus implicaciones. Ello pese a las investigaciones que han demostrado que, con atención y apoyo adecuados, las mujeres con discapacidad intelectual pueden evitar embarazos no deseados sin recurrir a la esterilización (Meera Roy, 2010; Castellanos-Torres, 2020; 2023), que tienen numerosos efectos negativos (véase punto 4.5. Consecuencias de la AEAF).

4.4. Anticoncepción forzada

La **anticoncepción forzada** implica un procedimiento temporal de control de la menstruación o la natalidad para impedir que se produzca un embarazo o controlar la frecuencia y flujo de la menstruación; por ejemplo, mediante dispositivos intrauterinos DIU, implante subdérmico, u otros anticonceptivos orales o inyectados.

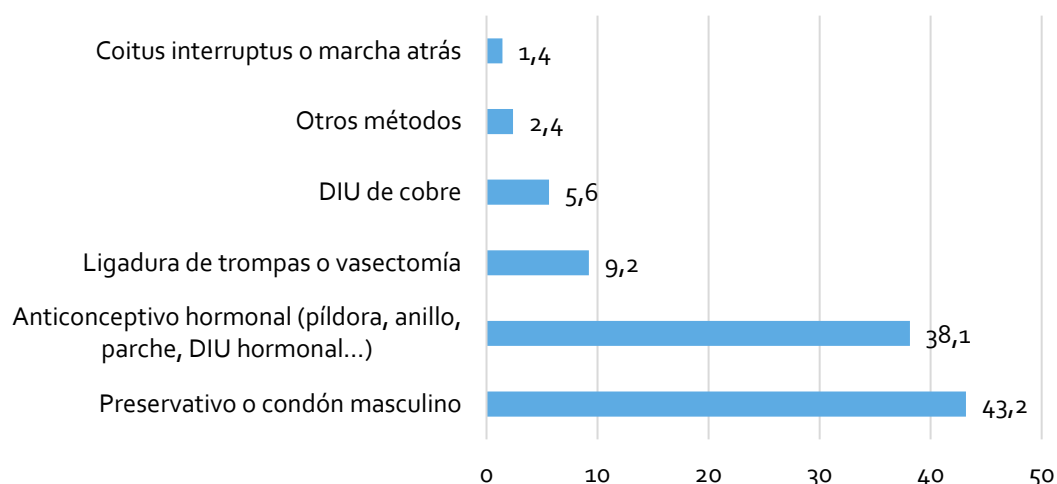
En el apartado de definiciones de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, la anticoncepción forzada

se define como una “Forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo que consiste en la intervención médica por cualquier vía, también medicamentosa, que tenga análogas consecuencias a la esterilización forzada”.

Los **métodos de anticoncepción** tienen diferentes efectos secundarios y no todos son aptos para cualquier mujer, por lo que no son necesariamente seguros al 100% y tienen **consecuencias en la salud física y psíquica** de las mujeres que éstas deben valorar desde su autonomía reproductiva. Son métodos reversibles en el sentido de que pueden ser extraíbles y la víctima, una vez fuera de la violencia, puede interrumpir su uso.

No existen datos estadísticos que permitan diferenciar las **motivaciones en el uso de anticonceptivos, o si hay algún indicio de coacción al respecto**. En España, la ya mencionada encuesta nacional de fecundidad (2018) nos permite valorar solamente la presencia de diferentes métodos anticonceptivos (ver gráfico inferior).

Gráfico 3. Mujeres que utilizan un método anticonceptivo: porcentaje según tipo (año 2018)



Fuente: INE, 2019. Encuesta nacional de fecundidad.

Las mujeres **emplean diferentes anticonceptivos según su grupo de edad** (ver tabla inferior). De éstas, el 43,2% aludía en la citada encuesta al preservativo y el 38,1% a algún tipo de anticonceptivo hormonal. Aquellos que requieren la intervención de profesional sanitario son varios, entre ellos el DIU (usado por el 5,6% de las mujeres) y la ligadura de trompas (9,2%).

Tabla 3. Mujeres que utilizan un método anticonceptivo: porcentaje según tipo y grupo de edad (2018)

Método	Total	Grupo de edad				
		< 30 años	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	50 y + años	Total
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					

Fuente: INE, 2019. Encuesta nacional de fecundidad.

Se ha señalado que la Encuesta de fecundidad de la Dirección General de Estadísticas de la Población “requiere mejorar su sensibilidad de género, recoger la diversidad de factores biológicos, socioeconómicos y estructurales condicionantes de la fecundidad, y profundizar en los elementos diferenciales generadores de desigualdades y sesgos de género” (Pérez-Corral y Danet-Danet, 2022). A ello puede sumarse la necesidad de valorar aspectos coercitivos y de violencia reproductiva para mejorar la disponibilidad futura de datos.

4.5. Consecuencias de la AEAf

El Comité CEDAW en su Recomendación General número 21 *La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares* alertó en 1994 que las prácticas coercitivas que son reveladas en el embarazo, el aborto o la esterilización forzados, **tienen graves consecuencias para las mujeres**. En este sentido, la violencia reproductiva tiene un impacto claro en las vidas de las mujeres debido a los grandes riesgos de salud que representan.

En relación a la **vinculación entre la violencia sexual y la violencia reproductiva**, se considera que las consecuencias más graves y duraderas tienen lugar en la esfera psicológica, con alteraciones emocionales y trastornos psíquicos para las niñas y mujeres supervivientes.

La violencia sexual puede provocar infecciones de transmisión sexual, desde la candidiasis, gonorrea, sífilis, herpes hasta el VIH o la hepatitis (ITS). Además, puede haber lesiones físicas que generan problemas ginecológicos (irritación, fibromas, infecciones, hemorragias, dolores vaginales, etc.), así como otros problemas

relacionados con la reproducción como son el embarazo no deseado, aborto espontáneo, aborto inseguro, hemorragias, laceraciones cervicales, lesiones intraabdominales, perforaciones uterinas, infecciones, salud reproductiva dañada (esterilidad), complicaciones durante el embarazo y el parto e incluso puede causar la muerte (Kefauver, 2021). Tal y como indica la Fundación SEXPOL, puede implicar también disfunciones del deseo sexual como el trastorno del deseo, la aversión al sexo y el vaginismo, entre otras.

En relación a las consecuencias específicas de la violencia reproductiva, hay que considerar las siguientes cuestiones. Téngase en cuenta que en el apartado relativo al aborto forzado ya se han señalado específicamente aquellas relativas al **aborto selectivo** como práctica de selección del sexo en tanto que VR.

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) los **abortos no voluntarios** son un evento traumático que pueden provocar dolor, ansiedad, depresión e incluso síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Además, la práctica de un aborto requiere de **cuidados posteriores** a la intervención esenciales para las mujeres. La ausencia de los mismos puede afectar gravemente a la salud mental y física de las víctimas.

Como se ha señalado con anterioridad, si los abortos forzados son practicados **en entornos que no son seguros**, presentan numerosos riesgos; los más frecuentes son: aborto incompleto, hemorragia grave, infecciones, perforación uterina, peritonitis y daños en vagina y útero (OMS, 2021). Ello puede afectar a embarazos futuros, causar la infertilidad y en última instancia pueden suponer la muerte de la mujer.

Además de la **incapacidad para reproducirse**, la esterilización puede provocar una **aparición temprana de la menopausia, osteoporosis y enfermedades cardiovasculares**; sobre todo si se lleva a cabo antes de que la niña haya tenido la menstruación o durante la pubertad.

Junto con lo anterior, se considera que la esterilización forzosa puede **aumentar la vulnerabilidad** de las niñas, adolescentes o mujeres jóvenes con discapacidad ante **agresiones sexuales y violaciones** (Fundación Cermi Mujeres 2018; Peláez et al. 2009). El mismo riesgo ocurre con el resto de las mujeres que presentan otras vulnerabilidades.

Esta violencia reproductiva tiene otras consecuencias específicas en la salud mental y física de las mujeres, y también en su entorno social.

En este sentido, se ha señalado que tiene **consecuencias discapacitantes** como son: otras lesiones físicas, retrocesos o dificultades en el desarrollo, alteraciones y trastornos del sueño, de la alimentación o el control de esfínteres, infecciones de transmisión sexual o el desarrollo de discapacidad psicosocial, incluyendo dolencias como inseguridad, desconfianza, problemas de inhibición y miedos, aislamiento, autolesiones, agresividad, conflictividad con familia y amistades, abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o estrés postraumático (Fundación Cermi Mujeres, 2018).

Por ejemplo, el macroestudio sobre las consecuencias que padecieron las mujeres campesinas e indígenas víctimas de esterilizaciones forzosas en Perú (IAMAMC, 2016) reveló **secuelas en la autonomía sexual y reproductiva en estas mujeres, en su autonomía física y también económica**. Se indican secuelas negativas en el bienestar emocional (depresión, ruptura de relaciones afectivo-sexuales, abandono, pérdida de autoestima, debilitamiento físico y mental) y daño en su entorno familiar (tristeza, empobrecimiento, abandono, migraciones, desprotección, soledad, indefensión, pérdida de vínculos afectivos, suicidios).

Los resultados de las instigaciones desarrolladas sobre las mujeres con discapacidad víctimas de VR, hacen hincapié en que se debe considerar que la esterilización involuntaria, coercitiva y/o forzada **no debe de ser analizada únicamente desde la perspectiva de la maternidad**. Ello reduciría la violación de un derecho humano a un estereotipo, esto es, que las mujeres somos aparatos reproductores.

Autoras como María Laura Serra (2016) señalan que se debe analizar y discutir esta situación, siendo necesario diferenciar las razones por las cuales se han desarrollado estas prácticas sobre las niñas y las mujeres. En este caso, **lo que se destruye es la voluntad presente o futura; la posibilidad de tomar decisiones respecto a su plan de vida y la cosificación del cuerpo**, logrando un sometimiento pleno.

Se comete por tanto una intromisión en su cuerpo, una violación a sus derechos humanos, incluyendo su integridad física; el igual reconocimiento como persona ante la ley; el derecho a la salud; el derecho de la información; el derecho de la privacidad; el derecho a decidir acerca del número de hijos e hijas y el espacio entre cada uno de ellos y/o ellas; el derecho de fundar una familia; el derecho a no ser discriminada y el derecho de la autodeterminación sobre su propio cuerpo (Serra, 2016).

Finalmente, otra consecuencia generalizada entre las víctimas de cualquier forma de violencia reproductiva es **el silencio y falta de reparación**.

En este sentido, las mujeres cuyos derechos reproductivos han sido violados **son invisibilizadas y no tienen un acceso garantizado a la denuncia** por diversas razones (Open Society Foundations, 2011), entre ellas:

- **Las víctimas desconocen su situación y/o sus derechos.** Desconocen las acciones que pueden realizar contra las personas inductoras y profesionales médicos que tomaron parte del proceso. En el caso de la esterilización, “pueden pasar años hasta que una mujer se dé cuenta de que ha sido esterilizada si no había un formulario de consentimiento o si se le pidió que lo firmara sin poder leerlo o si no se le explicó el procedimiento realizado” (OSF, 2011:7).
- Las víctimas **carecen de recursos legales eficaces** para obtener una reparación o indemnización. En el caso de la esterilización se señala que, incluso siendo ilegal como en España, si “las mujeres no sienten que su gobierno responderá a las denuncias de esterilización involuntaria, puede que no acudan a la justicia” (Ibid.).
- Las víctimas **se sienten avergonzadas y temen el estigma social.** Hay mujeres que “desean mantener su situación en secreto. Deseosas de evitar el estigma social y las consecuencias emocionales (Ibid.).

5. AEF: mujeres víctimas y sus necesidades

Si bien la violencia reproductiva puede afectar a cualquier mujer a lo largo de su vida, la AEF **afecta en mayor medida a algunos colectivos concretos.**

Las mujeres que sufren violencia de género en el ámbito de la pareja, las mujeres empobrecidas y aquellas en situación de explotación sexual, son **víctimas frecuentes** de la violencia reproductiva (UNFPA 2018, 2021, 2022; GREVIO, 2020).

Asimismo, tanto las mujeres indígenas como las mujeres originarias de minorías étnicas (sobre todo gitanas) han sufrido a lo largo de la historia estas mismas prácticas. Mujeres en prisión y mujeres enfermas de VIH también constituyen **colectivos más indefensos.**

No obstante, son **las mujeres con discapacidad** quienes representan el grupo más extensamente afectado sobre el que se ha ejercido la VR al estar en una situación de mayor vulnerabilidad, sobre todo las mujeres con discapacidad intelectual o del desarrollo (MDID) y las mujeres con enfermedades mentales.

Es importante señalar que, aunque no se aborda en esta investigación, **las personas transgénero** están afectadas por la práctica de la esterilización forzada y son un colectivo vulnerable al que también es necesario proteger y reparar.

Así ha quedado recogido en la Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, *Salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres* (2020/2215(INI)) (párrafo 21), que hace referencia a la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el asunto A. P., Garçon y Nicot contra Francia, que reconoció que la obligación de esterilización impuesta por un Estado miembro como condición previa a los procedimientos de reconocimiento jurídico de género constituía una **violación del Convenio Europeo de Derechos Humanos** (derecho al respeto a la vida privada y familiar) (STEDH de 6 de abril de 2017, Identidad transgénero y cambio de estado civil).

5.1. Las mujeres con discapacidad y mujeres con enfermedad mental

Tal y como señala el enfoque promovido por la OMS, la discapacidad no está solamente referida a una condición de salud propia de la persona, sino que es el resultado de la interacción entre determinadas afecciones (psíquicas y/o físicas) y una serie de factores ambientales y personales. Es decir, **el contexto social puede ser el responsable de generar un entorno discapacitante**. En este sentido, la ONU advierte, que las personas con discapacidad enfrentan mayores riesgos ante la vulneración de sus derechos fundamentales.

En esta línea, la Observación General N^o3 del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (en adelante, CDPD) del año 2016 incide en que los **estereotipos basados en el género y la discapacidad** a menudo conducen a una discriminación estructural o sistémica, en particular en lo referente a la salud y derechos sexuales y reproductivos.

En España, según los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) (INE, 2020), viven unos 4 millones de personas con discapacidad de los que aproximadamente **2,5 millones son mujeres**. Ello supone el 60% de la población con discapacidad y a pesar de ser mayoría, enfrentan mayores barreras por la intersección del género con el capacitismo y discriminaciones múltiples⁴¹.

La violencia contra las mujeres con discapacidad puede ser estructural y consecuencia de una legislación discriminatoria (ONU, 2006). Abarca la violencia practicada en forma de fuerza física, coacción legal, coerción económica, intimidación, manipulación psicológica, engaño y desinformación, y en la cual la ausencia de consentimiento libre e informado constituye un componente fundamental (ACNUDH, 2012). Es decir, **va más allá de la violencia reproductiva**.

El estudio *Mujer, discapacidad y violencia de género* (Castellanos-Torres, 2020a) ha evidenciado **numerosas formas de violencia** contra las mujeres con discapacidad: de naturaleza física, psicológica, sexual o financiera e incluyen abandono, aislamiento social, confinamiento, humillación, arresto, denegación de cuidados sanitarios, esterilización forzosa y tratamiento psiquiátrico forzoso.

⁴¹ Por ejemplo, en el caso del acceso al empleo, la tasa de paro es superior a la de los hombres (INE, 2021). Además, hay un 64,7% de mujeres con discapacidad que están consideraras inactivas con las consecuencias que tiene esto para su autonomía económica, factor fundamental para salir de situaciones de abuso y violencia.

Muchas de estas situaciones se producen **dentro de las relaciones familiares**, incluyendo la violencia física y la violencia sexual a manos de hombres conocidos con vinculación familiar. También se pueden producir **dentro de instituciones de cuidado** (OHCR, 2020).

Las mujeres con discapacidad están **expuestas a violencias específicas** y, además, a las mismas formas de violencia que el resto de mujeres, en las que presentan una **incidencia mayor**. En este sentido, los datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (DGVG, 2019) muestran que el 40,4% de las mujeres con discapacidad ha vivido **algún tipo de violencia en la pareja** frente al 31,9% de las mujeres sin discapacidad.

Por otro lado, es imprescindible tener en cuenta que **la violencia es la causa de múltiples discapacidades** en las mujeres, y también en sus hijas e hijos nacidos en condiciones de violencia. Según el Informe promovido por la Fundación CERMI Mujeres (Castellanos-Torres *et al*, 2022) sobre la situación de las mujeres con discapacidad:

- El 40% ha vivido en algún momento de su vida una situación de acoso sexual.
- El 42% estuvo expuesta a violencia sexual en la infancia cuando era menor de 15 años, perpetrada por agresores distintos a la pareja.
- El 14% supervivientes de violencia sexual, fuera de la pareja, desarrolló la discapacidad como consecuencia de esta violencia.
- El 23 % de las mujeres afirma que su discapacidad es consecuencia de la violencia física o sexual ejercida sobre ellas por sus parejas.

Las mujeres con enfermedades mentales y mujeres con discapacidad se encuentran por tanto en una situación de **particular vulnerabilidad ante la violencia reproductiva**.

El *Informe de Derechos Humanos de las mujeres con discapacidad 2022* (Fundación CerMI Mujeres, 2023) ha alertado sobre las situaciones de **discriminación, violencia, infantilismo y prejuicios** a la hora de acudir a una revisión ginecológica. Según dicho informe, el 22 % 'nunca' o 'casi nunca' han acudido, un 4 % de las mujeres desconocían si habían pasado por un proceso de esterilización, y otro 4 % declaró haberse sometido a ello sin tener toda la información necesaria.

Por su parte, Moreno-Hernández y Pérez de la Merced (2022), en su *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, señalaron que hay una distancia

considerable entre el conocimiento de los derechos y el ejercicio de los mismos. Este estudio cualitativo puso de manifiesto que “una amplia mayoría no disfruta de autonomía reproductiva, pues no ha elegido usar los anticonceptivos que usa” y “casi la totalidad de las mujeres con DID no sabe si puede quedarse embarazada o no” (2022:36). El estudio también identificó que “solo una pequeña parte ha recibido información a través de materiales adaptados” (2022:38) y se observaba “una escasa accesibilidad y formación del personal de los servicios de salud sexual y reproductiva” (Ibid.).

El estigma y los conceptos erróneos sobre la discapacidad y la sexualidad tienen un profundo impacto negativo en las vidas de las mujeres. Provocan *desempoderamiento* e infantilización. No son consideradas como destinatarias de servicios de orientación e información y muchas veces se las *asexualiza*.

En consecuencia, muchas niñas y mujeres jóvenes con discapacidad carecen de los conocimientos y el apoyo básicos necesarios para **protegerse de los abusos sexuales, los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual**, y no están provistas de herramientas para tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo, salud y vida (Alcedo Rodríguez, et al, 2006; Altundağ S, Çalbayram NÇ, 2016; (Cruz Pérez, 2004; Castellanos-Torres, 2020b).

Los estereotipos más frecuentes tienen que ver con las siguientes ideas (Vazquez y Castro, 2018: 28-29):

- «Son como menores»: es la sociedad la que infantiliza.
- «Son asexuadas»: el desarrollo sexual no se diferencia de las personas sin discapacidad.
- «Tienen menor interés sexual y no son sexualmente aventureras»: esta idea es fruto de las creencias sociales distorsionadas de infantilización y de creer que son personas asexuadas.
- «No son personas deseadas»: el deseo es un poder individual sobre el que la sociedad no puede decidir.
- «No necesitan educación sexual»: todas las personas tienen derecho a conocer, aceptar y vivir con satisfacción su propia sexualidad.
- «Más educación sexual = más deseo sexual»: más educación sexual = mejor gestión del deseo sexual.

- «Tienen comportamientos sobresexualizados»: esta falsa creencia viene determinada por la necesidad de discriminar los comportamientos adecuados a los espacios públicos o privados.
- «No existe la diversidad sexual entre las personas con discapacidad»: es necesario un proceso de desmitificación hacia la diversidad para tener en cuenta toda la población.
- «No pueden tomar decisiones con respecto a su sexualidad»: la responsabilidad sobre el propio cuerpo y la decisión de intimidad, autónoma o interpersonal, es individual.
- «Las personas con discapacidad no pueden ejercer violencia sexual»: cualquier persona que se crea con poder sobre la sexualidad de otra puede ser una figura agresora. Se conocen casos de violencia sexual hacia las niñas y mujeres con discapacidad por parte de compañeros con discapacidad, especialmente en el ámbito residencial o institucional.
- «No tienen riesgo de vivir violencia sexual»: se registran datos que demuestran que se pueden dar de 2 a 10 veces más que en las personas sin discapacidad (Paola Rivera, 2008)

Paradójicamente, de acuerdo con los resultados del trabajo de campo desarrollado, la AEAF se estaría llevando a cabo en mayor medida contra las MDID más autónomas; aquellas que podrían ser capaces de gestionar su sexualidad y maternidad con la educación afectivo sexual adecuada y los apoyos necesarios. A veces, según apuntan varias de las expertas entrevistadas, la familia ha podido poner como condición a la víctima -para permitirle tener relaciones afectivo-sexuales- la esterilización o anticoncepción forzada.

La AEAF contra las mujeres con discapacidad **se produce por varias causas**: por un lado, encontraríamos las **eugenésicas sistemáticas**, que limitan el derecho a la reproducción; y por otro, los **motivos que impulsan a las familias e instituciones** al cuidado de mujeres con discapacidad, que son fundamentalmente dos:

- **Para controlar la menstruación** a fin de facilitar los cuidados personales.

La menstruación necesita de unos cuidados básicos de higiene corporal y, tal como sucede con la sexualidad, en general las mujeres y las niñas con discapacidad (sobre todo intelectual y/o psicosocial) no cuentan con información adecuada sobre la menstruación, duplicándose esta inaccesibilidad en entornos de pobreza (Serra, 2016).

La menstruación de las mujeres con discapacidad sigue estando rodeada de silencio, tabúes y estigma (Shah, Norlin, Logsdon y Samson-Fang, 2005).

Organizaciones internacionales como OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF y la OMS (2014) denuncian que el control menstrual no debe utilizarse como pretexto para la esterilización anticonceptiva.

- **Para impedir embarazos.** Ello bajo el estereotipo discriminatorio de considerar que una mujer con discapacidad es incapaz de desempeñar los roles asociados al ejercicio de la maternidad.

Así mismo, hay que tener en cuenta que existen importantes debates sobre **el ejercicio del derecho a la maternidad de mujeres con discapacidad intelectual** (Castellanos-Torres, 2023). Los **mitos y estereotipos** se materializan desde la negativa a ofrecerles información sobre anticonceptivos hasta sugerirles la esterilización. Se las considera irresponsables e incapaces de atender a sus hijos de manera adecuada (Cruz, 2004; Castellanos-Torres, 2023)⁴².

Paradójicamente la AEAf contribuye en ocasiones a **invisibilizar las agresiones sexuales**, puesto que el embarazo es a veces el único signo que ayuda a detectar esta situación. En este sentido, como apunta Laura Serra (2016), este razonamiento es extremadamente cruel dado que pareciera ser que no importa que se cometa una violación, mientras no haya un embarazo.

En general, la situación de desempoderamiento que padecen las mujeres con discapacidad respecto a sus DSR se evidencia mucho más grave **cuando sus vidas son organizadas fundamentalmente a través de instituciones** que les niegan el pleno ejercicio de su autonomía y privacidad, ya sea de manera intencional o no.

El estudio europeo sobre la **violencia experimentada en instituciones** (Holla y Smits, 2018), ha evidenciado este hecho. La esterilización de mujeres con discapacidad en instituciones como medio para encubrir el abuso sexual (o para prepararse para lo que es visto como un abuso sexual inevitable) se ha registrado en instituciones de todo el mundo.

⁴² Como explica Castellanos-Torres (2020b), estas prácticas forman parte de un modelo más extendido. La denegación incluye, asimismo, la exclusión de la asistencia sanitaria apropiada en materia de salud reproductiva y de las exploraciones en materia de salud sexual, restricciones en la elección de métodos anticonceptivos, una tendencia a suprimir la menstruación, carencias en la gestión de embarazos y partos, abortos selectivos o forzados y la denegación del derecho al ejercicio de la maternidad.

Tal y como ha señalado la Alta Comisionada Adjunta de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos "Las instituciones, como las residencias de larga duración, los orfanatos y las instituciones psiquiátricas, también pueden exponer a las mujeres y niñas con discapacidad a riesgos particulares debido a su reclusión. (...) pueden carecer de acceso a un mecanismo funcional de denuncia de abusos o violencia mental, física o sexual, especialmente cuando tienen deficiencias de comunicación o intelectuales. Pueden ser ignoradas, descreídas o malinterpretadas, lo que favorece la violencia sistemática y continuada" (OHCHR, 2020)⁴³.

5.2. Otras mujeres afectadas por la AEAF

5.2.1. Mujeres víctimas de la explotación sexual

La violencia reproductiva es ejercida junto con la **violencia sexual**, pues forma parte del control total necesario del cuerpo femenino para su abuso e intervenir en las consecuencias del mismo.

Por tanto, también son víctimas de VR las niñas y mujeres víctimas de la explotación sexual, las que se encuentran en situación de prostitución, en la industria del sexo en cualquiera de sus variantes comerciales, incluida la del turismo sexual, así como las víctimas de trata con fines de explotación sexual y las víctimas de trata con fines de explotación laboral⁴⁴ (Mora, 2007; García Medina, 2017).

Los responsables de la VR contra estas mujeres son múltiples, dependiendo de la tipología de violencia sexual. De este modo, se podría aludir -además de los propios abusadores- a responsables de la industria del sexo a la que están vinculadas las víctimas, la figura del hombre o mujer proxeneta, miembros de las redes de explotación y de trata, y hombres puteros. Junto con lo anterior, estaría la responsabilidad de las y los profesionales sanitarios que participan de dichas prácticas cuya colaboración es necesaria, y las autoridades públicas que no garantizan la diligencia debida sobre la protección a las víctimas.

Desde un enfoque sociológico, estas prácticas son consideradas privilegios masculinos según las cuales los hombres consiguen de forma individual o grupal acceder al cuerpo

⁴³ Traducción propia del original en inglés.

⁴⁴ En este caso, la explotación laboral de las mujeres requiere que no se produzcan embarazos. Además, hay una fuerte vinculación entre la explotación laboral y la violencia sexual (acoso, agresión o violación) hacia las víctimas.

de las mujeres que no los desean; lo que fuera de la prostitución conseguirían mediante una violencia explícita o intimidación (Ranea, 2018)⁴⁵.

El ejercicio de la **prostitución y la explotación sexual de las víctimas de trata** tiene graves efectos sobre la salud de las mujeres. Incluso en aquellas situaciones en las que el ejercicio de la prostitución a nivel local no haya sido provocado por engaño u obligación, estas mujeres y niñas sufren igualmente abusos y violencia física y psicológica, a todos los niveles y se las debe considerar víctimas (Médicos del Mundo, 2012).

Aunque no haya registros sistemáticos, existen múltiples evidencias de que este tipo de prácticas generan embarazos no deseados y **prácticas abortivas frecuentes sin control sanitario**.

Por otro lado, se asume sin mucho fundamento, que las mujeres prostituidas toman medidas de cuidado y protección. Sin embargo, cuando son reclutadas a edades tempranas no siempre tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos y para la prevención de enfermedades infecciosas o venéreas. En casos extremos se ha comprobado que las mujeres que sufren esta violencia son más propensas al cáncer cervical (Ruffa y Chejter, 2010).

Los estudios sobre mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, señalan que, aunque pueden recibir cierta atención desde un enfoque biomédico (centrado en el control de las ITS), se dejan de tener en cuenta otras consecuencias sobre la salud psico-social de estas mujeres (Ríos, 2014).

Así mismo, la Asociación de Mujeres para la Salud (AMS) indica que **una sexualidad no saludable provoca secuelas a cualquier mujer**, con especial gravedad entre las que están en situación de prostitución o trata. Además de los efectos en la salud física antes indicados, las consecuencias psicológicas y emocionales van desde estrés postraumático (con recuerdos repetitivos y torturantes), a altos índices de depresión y problemas de ansiedad, angustia, miedos, fobias, falta de autoestima, etc. "También son muy frecuentes los suicidios o los intentos de suicidio y tienen 40 veces mayor riesgo de ser asesinadas. Las mujeres prostituidas

⁴⁵ Según Ranea (2018:3), "En el imaginario sociosexual patriarcal, la sexualidad masculina se representa como una "necesidad" fisiológica, esto es, como una "necesidad" corporal. Este imaginario que esencializa la masculinidad ha sido uno de los grandes legitimadores de las violencias sexuales porque ficciona la sexualidad masculinidad como una "necesidad" llegando a ubicarla incluso en el terreno de los instintos que se han de satisfacerse de una manera u otra".

están sometidas en mucha mayor medida a amenazas, maltratos, violaciones, abusos, tortura y múltiples humillaciones y degradaciones” (Muruga, 2023).

Por último, en contadas ocasiones se ha prestado atención al análisis de la calidad de vida de las mujeres en situaciones de prostitución en referencia a su “**salud social**”. Las escasas aproximaciones hablan de los temores relacionados con las condiciones espaciales y temporales que coartan sus vínculos y relaciones sociales, la percepción de segregación social y aislamiento, reparos y/o restricciones en el acceso a servicios sociosanitarios y, los efectos de la irregularidad administrativa en los casos de mujeres migrantes o traficadas (Pinedo, 2008).

5.2.2. Mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de protección internacional

Según datos del padrón, la población inmigrante en España representa el 11,68% del total (INE, 2022). Suponen 2.778.214 hombres y 2.764.718 mujeres. Las mujeres migrantes empadronadas son el **11,42% de todas las mujeres** que viven en nuestro país.

Para muchas mujeres y personas no binarias la violencia por motivos de género es uno de los **motivos de huida de sus países**. Además, la violencia sexual y la violencia reproductiva acontece con frecuencia en contextos de persecución y situaciones de conflicto armado, así como en los **procesos de huida** de los mismos y en **contextos de tránsito no seguros**.

Por tanto, las niñas y mujeres **migrantes y solicitantes de protección internacional y refugiadas**⁴⁶ son víctimas en situación de **especial vulnerabilidad de la AEOF**.

Es importante tener en cuenta que las personas que migran “no son intrínsecamente vulnerables, ni carecen de resiliencia y agencia” (OHCHR-GMG, 2018:5). De esta forma, las personas migrantes pueden encontrarse en diferentes situaciones de vulnerabilidad “como resultado de las situaciones que les obligan a abandonar su país de origen, las circunstancias en las que viajan o las condiciones a las que se enfrentan a su llegada, o debido a características personales como su edad, identidad de género, raza, discapacidad o estado de salud” (Ibid.).

En España, si una mujer ha sufrido **persecución por motivos basados en el género**, por las autoridades de su país o por algún agente tercero (pareja, familia, comunidad u otros), sin haber

⁴⁶ (acceso).

recibido protección de las autoridades, podría ser **beneficiaria del estatuto de refugiada o de protección subsidiaria**⁴⁷, tal y como establece el marco normativo internacional y de la Unión Europea⁴⁸.

*"La condición de refugiada puede ser reconocida a las mujeres víctimas de violencia de género que, debido a un fundado temor de ser perseguida por motivos de género, de pertenencia a un grupo social determinado u orientación sexual, se encuentran fuera de su país de origen y no pueden o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país. Por tanto, si ha sufrido persecución, por las autoridades de su país o por algún agente tercero sin haber recibido protección de dichas autoridades, por motivos basados en el género, podría ser beneficiaria del estatuto de refugiada. Estos motivos pueden ser, **entre otros**: violencia física o psicológica ejercida por la pareja o expareja, agresiones o abusos sexuales, **esterilización o aborto forzado**, mutilación genital femenina o riesgo de sufrirla, matrimonio forzado y trata de mujeres y niñas".*
(DGVG, s.f.; énfasis agregado)

Es importante indicar que no todas las mujeres acceden a figuras administrativas de protección internacional en España.

El acceso a la protección se encuentra colapsado desde hace años y el conjunto del sistema de protección español presenta deficiencias⁴⁹ que dificultan la protección adecuada de las mujeres y de las niñas. **Ni si quiera hay un registro de las solicitudes de refugio por motivos de género**, por lo que no se le puede dar un adecuado seguimiento a la cuestión.

⁴⁷ Ello se aplica a nacionales de terceros países (no miembros de la Unión Europea) y a las mujeres apátridas.

⁴⁸ Véase: artículo 14 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención de Ginebra de 1951 y su protocolo (Protocolo de Nueva York de 1967); en la UE se recoge en los artículos 18 y 19 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y se regula por el Sistema Europeo Común de Asilo (SECA), que abarca el Reglamento de Dublín y tres Directivas específicas; así como el Nuevo Pacto sobre Migración de Asilo de la UE (2020). En España véase la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria (B.O.E. núm. 263, de 31/10/2009).

⁴⁹ Las denuncias por parte de las ONG especializadas han sido constantes, sobre todo desde 2018 por las deficiencias del sistema español (véase por ejemplo los informes anuales de CEAR). En junio de 2023, 23 ONG especializadas realizaron una queja ante la Comisión Europea denunciando al colapso del sistema de citas para solicitar asilo en España (Europa Press, 2023). Las entidades son: Andalucía Acoge, Asociación Atalaya Intercultural, Asociación Claver, Asociación Loiola 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.

En el año 2022 España se convirtió en **el tercer país con mayor demanda de protección internacional de toda la Unión Europea**⁵⁰, (64.219 solicitudes de hombres y **54.623 de mujeres**) (Ministerio del Interior, 2023). Ha sido el **quinto país de la UE que más protecciones temporales ha concedido** en el año 2022 (161. 037 concedidas a personas desplazadas por la invasión de Rusia a Ucrania⁵¹) (Ministerio del Interior, 2023).

No obstante, **las tasas de reconocimiento están muy alejadas de la media de la Unión Europea** (16,5% frente al 38,5%). Desde la perspectiva de género se constata que la tasa de reconocimiento de **las mujeres (11,59%)⁵² es 6,3 puntos inferior a la de los hombres (17,90%)** (según los datos del Ministerio del Interior, 2023).

Las diez principales **nacionalidades de procedencia** de las personas solicitantes de protección internacional en España durante el año 2022 han sido: Venezuela, Colombia, Perú, Marruecos, Honduras, Nicaragua, Mali, Afganistán, El Salvador y Cuba. Con resolución favorable han sido: Mali, Afganistán, Ucrania, Siria y Colombia. Las principales nacionalidades con protección subsidiaria⁵³ fueron: Venezuela, Colombia, Perú, Panamá y Chile.

Hay que tener en cuenta que estos datos **no recogen la presencial real de personas susceptibles de protección**, tanto por las deficiencias en el acceso a la solicitud, como por la infrademandada de muchas víctimas al considerar España como un país de tránsito.

Ciertamente, nuestro país **es una ruta de tránsito** (hacia el resto de la UE) **y no solamente un destino**. Ello quiere decir que muchas mujeres están de forma temporal

⁵⁰ Según datos de Eurostat (2023): Alemania recibió una cuarta parte (25 %) de las solicitudes de asilo, seguida de Francia (16 %), España (12 %), Austria (11 %) e Italia (9 %). Se registraron 117. 945 solicitudes de asilo en España; 118.842 solicitudes de protección internacional según el Avance trimestral de datos de protección internacional acumulados a 31 de diciembre de 2022 (Subsecretaría del Interior, Dirección General de Política Interior del Ministerio del Interior, 2023).

⁵¹ En aplicación de la Directiva 2001/55/CE, de Protección Temporal, de 4 de marzo de 2002, que garantiza el derecho a residir, trabajar y acceder a prestaciones sociales a las personas beneficiarias.

⁵² Los datos por sexo muestran: resoluciones favorables: 4.444 mujeres; razones humanitarias: 11.517 mujeres; reconocimiento del estatuto de apátrida: 91 mujeres (fundamentalmente del Sáhara no reconocido). Datos a 31/12/2022 (Subsecretaría del Interior, Dirección General de Política Interior del Ministerio del Interior, 2023).

⁵³ El derecho a la protección subsidiaria es el dispensado a las personas de otros países y a los apátridas que, sin reunir los requisitos para obtener el asilo o ser reconocidas como refugiadas, pero respecto de las cuales se den motivos fundados para creer que si regresasen a su país de origen en el caso de los nacionales o, al de su anterior residencia habitual en el caso de los apátridas, se enfrentarían a un riesgo real de sufrir alguno de los daños graves previstos en la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del Derecho de Asilo y la Protección Subsidiaria, y que no pueden o, a causa de dicho riesgo, no quieren, acogerse a la protección del país de que se trate, siempre que no exista alguna de las causas de exclusión o denegación establecidas en la mencionada Ley (Ministerio del Interior, s.f.).

porque el país al que querrían llegar es otro⁵⁴. Esto puede suponer que se encuentren en una **situación administrativamente irregular** (*sin papeles*).

Respecto al desplazamiento, **las niñas** (acompañadas y no acompañadas) **y mujeres que emigran a través de rutas que no son seguras**⁵⁵, lo hacen en condiciones de alta vulnerabilidad y son víctimas frecuentes de la violencia sexual y de la violencia reproductiva, entre otras.

Además hay que considerar que varias de las rutas que llegan a territorio español se consideran de **las más peligrosas del mundo**, por el número de muertes que conlleva su tránsito (el Mediterráneo y la ruta hacia las Islas Canarias) y por los países que atraviesan hasta llegar a la frontera española, que no son en su mayoría seguros (no se garantizan todos los derechos humanos de las mujeres ni garantizan el no retorno al país de origen) (ECRE, 2019; OIM, 2022; 2023; Caminando Fronteras, 2022, 2023.).

En España no se recogen datos oficiales sobre el tipo de violencias que sufren las mujeres solicitantes ni refugiadas, ni hay registro de la VCM (y su tipología) como motivación para la solicitud de protección internacional en nuestro país. Existe por tanto una importante falta de producción de conocimiento institucional al respecto.

En cuanto a **las mujeres extranjeras en general**, sí son tenidas en cuenta en el estudio de la prevalencia de la VCM a través de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (DGVG, 2019).

Los datos de la Macroencuesta señalan que las mujeres nacidas en el extranjero son especialmente vulnerables a la violencia:

- casi el 46% de estas mujeres ha sufrido violencia a manos de una pareja. El 45,6% violencia psicológica y el 24,7% violencia física o sexual, .40,3% violencia de control y 34,9% violencia emocional.
- El 15,7% ha sufrido violencia física fuera de la pareja.
- 9,8% indica haber sufrido al menos un episodio de violencia sexual perpetrada por una persona distinta a su pareja.

⁵⁴ La regulación del derecho de asilo en Europa implica que cuando se llega a un "país seguro" se debe solicitar protección internacional en el mismo, de no hacerlo la persona solicitante sería devuelto al primer país seguro (Reglamento (UE) n.º 604/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de junio de 2013, por el que se establecen los criterios y mecanismos de determinación del Estado miembro responsable del examen de una solicitud de protección internacional presentada en uno de los Estados miembros por un nacional de un tercer país o un apátrida (Dublín III).

⁵⁵ Véase el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (GCM) de las Naciones Unidas ((A/RES/73/195 adoptado en Marrakech en 2018), que es, es el primer acuerdo intergubernamental al respecto.

- Más del 44% ha sido víctima de acoso sexual en algún momento de su vida y el 19,3% señala que ha sufrido acoso reiterado.

El estudio realizado por la asociación AIETI (2020) muestra que las mujeres migrantes **se benefician en menor medida de las ayudas** económicas previstas para la lucha contra la VG. Tienen **mayores dificultades de acceso a la protección y ejercicio de sus derechos** si están en situación de irregularidad jurídica, en dependencia del cónyuge o en situación de tráfico y trata. La mayoría de los asesinatos por VG son cometidos por españoles, incluso cuando la víctima es extranjera. Además, son las **principales víctimas de la explotación sexual** (trata y prostitución).

En cuanto a **la presencia de AEAF**, a lo largo del trabajo de campo las organizaciones y expertas consultadas han puesto de manifiesto la existencia tanto de **abortos como de embarazos forzados** entre las mujeres migrantes que tratan de llegar a España, fruto en muchos casos de la violencia sexual a las que son sometidas en **los territorios de tránsito**.

En algunos casos, algunos embarazos podrían ser intencionales, pero tal y como relatan las organizaciones, la mayoría no son interrumpidos por la falta de información y de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, lo que les impide adoptar medidas de anticoncepción, incluyendo la IVE. Así mismo, se ha señalado que en algunos casos los embarazos se llevan a término bajo la creencia de que podrían favorecer la no-expulsión de la madre gestante del territorio nacional.

En situación de especial vulnerabilidad se encuentran las mujeres en situación administrativamente irregular o a la espera de resolución administrativa sobre su situación de residencia en España y las menores no acompañadas (MENA).

De este modo, encontramos en nuestro país **niñas y mujeres de origen migrante** que han sido víctimas en sus países de origen -o en el tránsito hacia España- de AEAF y no han recibido atención por ello **ni han sido reconocidas como víctimas** de la VR como una violencia específica por motivos de género.

Todo lo anterior, no excluye que la violencia se haya producido o **se esté produciendo también en nuestro país**. Los desplazamientos implican cambios en los roles de género de las personas y ello supone **estrés psicosocial en la sociedad de acogida**. Del mismo modo, implica con frecuencia la pérdida de estructuras sociales y culturales de referencia, y posiblemente las familiares, por lo que se **incrementa el riesgo de violencia por motivos de género** (IOM, 2020).

En el año 2022, la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) denunció que En España **las mujeres migrantes no están accediendo a los recursos de atención** en salud sexual y reproductiva: "la participación de estas mujeres en los servicios y recursos de atención especializada es anecdótica, estimamos que solo alcanza un 0,1%, lo que pone de manifiesto que las mujeres en su gran mayoría no acceden y que los recursos no llegan" (UNAF, 2022).

Como ya hemos señalado, la mayoría de las cifras disponibles sobre protección internacional en España carecen del cruce de la variable sexo y de la perspectiva de género. Este déficit se extiende al conjunto del **Sistema de Acogida de Protección Internacional y Temporal (SAPIT)**⁵⁶ y los datos disponibles sobre el mismo.

En la actualidad (a 31 de marzo de 2023) 18.181 mujeres (52% de un total de 34.725 personas)⁵⁷ estaban recibiendo los servicios y prestaciones del Sistema de Acogida, en cualquiera de sus modalidades; siendo el 29% menores de edad (OPI, 2023b). En la ilustración siguiente puede apreciarse su distribución en el SAPIT por Comunidades Autónomas.

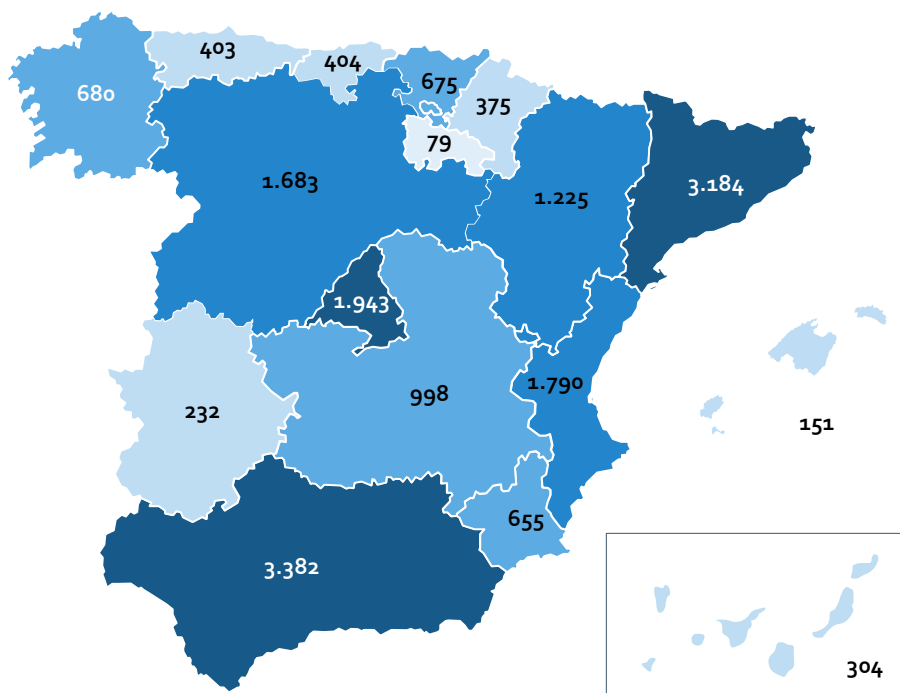
Por Comunidad Autónoma, la mayor parte de las mujeres registradas en el Sistema se encontraban en Andalucía (20%), Cataluña (16%), Comunidad de Madrid (11%), Comunitat Valenciana (10%) y Castilla y León (9%) (OPI, 2023b).

Según los datos disponibles en el Sistema Informático del Programa para Refugiados Inmigrantes y Solicitantes de Asilo (SIRIA), los principales **países de origen** de las mujeres beneficiarias registradas en el Sistema de acogida son: Ucrania 58%, Colombia 10%, Venezuela 9%, Afganistán, 6%, Siria 3%, Perú 3%, Georgia 2%, con un 1% nacionales de Rusia, Marruecos, Honduras y El Salvador; por debajo del 1% están el resto de nacionales (OPI, 2023b).

⁵⁶ Mientras que las solicitudes de protección internacional son gestionadas por la Oficina de Asilo y Refugio (OAR) del Ministerio del Interior, el SAPIT es responsabilidad del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM), que lo implementa a través de varias ONG. Dispone de una red de centros y recursos distribuidos por el territorio nacional, tanto de titularidad pública como centros gestionados por entidades del tercer sector (MISSM, 2023). El Sistema se desarrolla mediante itinerarios individualizados de prestaciones y servicios de distinto tipo.

⁵⁷ Las personas destinatarias del Sistema de Acogida han presentado una solicitud de protección internacional son beneficiarias de protección internacional en España; o ser solicitante o beneficiaria del estatuto de apátrida o de protección temporal, y carecen de medios económicos suficientes, (no superan la cuantía mensual individual de la renta garantizada prevista en la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital).

Ilustración 4. Distribución del número de mujeres beneficiarias de protección internacional en el Sistema de acogida por Comunidades Autónomas. Total estancias. Total nacional a 31/3/2023.



Fuente: OPI (2023) a partir de SIRIA

(*) Ceuta: 3 mujeres.

El MISSM ha empezado a recopilar algunos datos provenientes de las entidades del sistema de acogida sobre **las violencias de género** que sufren las beneficiarias que se encuentran en el sistema de acogida, pero no son aún públicos. No se recopilan datos sobre las mujeres que, por diferentes razones, no están en el Sistema, pero sí son beneficiarias de la protección internacional por parte del Estado español. Tampoco sobre aquellas que están en el programa de reubicación ni el de reasentamiento.

El proyecto de implementación del **Protocolo de Actuación de Violencia sobre Género** del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y ACNUR, que se desarrolla junto con diversas ONG, ha registrado algunos datos respecto a la detección de la VG en el sistema. De acuerdo con la información recopilada (CEAR, 2023b), solamente en el primer semestre de 2022, se detectaron al menos 90 casos.

Los datos señalan que los agresores eran próximos a las víctimas: o su pareja actual (69%) o expareja (31%). En un 49% de las situaciones residían en el mismo lugar. En el 80% de los casos las mujeres tenían al menos un menor a su cargo (al menos 139 niños

y niñas se vieron afectadas por estas agresiones). **Estos datos no incluyen las violencias reproductivas.** En la actualidad el proyecto trabaja en la ampliación de las VCM a detectar, para aproximarse en mayor medida a las recogidas por el Convenio de Estambul.

Para aproximarnos a la prevalencia, como parte del trabajo de campo de este estudio, la ONG ACCEM, especializada en la atención a mujeres refugiadas, migrantes y en situación o riesgo de exclusión social, ha compilado los datos de casos identificados desde el año 2019 hasta mayo de 2023. En total se identificó a **23 mujeres víctimas de AEAF y otras violencias** (reproductivas y de género), incluyendo casos de matrimonios forzados. Se trata de una subestimación, dado que son solo los casos patentes o los verbalizados por las víctimas los que se han podido identificar.

El perfil de las víctimas atendidas por Accem es el de mujeres mayoritariamente en edad reproductiva (entre los 20-37 años), la mitad de ellas con hijos/as menores. En su mayoría sufrieron estas violencias hace tiempo en su país de origen y el principal motivo de venir a nuestro país fue precisamente huir de la situación de violencia de género que estaban atravesando allí y que les hacía temer por su integridad física y la de sus hijos/as.

5.2.3. Mujeres gitanas y de otros grupos étnicos

En España, carecemos de estudios y de estadísticas desagregadas por origen étnico o por racialización que nos acerquen a la posible prevalencia de las víctimas de AEAF en estos colectivos de mujeres.

La AEAF se ha producido sistemáticamente contra **mujeres de pueblos originarios/indígenas** o **aborígenes** y pertenecientes a **minorías étnicas** -como son las **mujeres gitanas**- a modo de "medidas de control demográfico" con el objetivo de limitar el crecimiento de algunas poblaciones bajo premisas ideológicas racistas y discriminatorias.

Actualmente, **perviven prácticas de coerción sutil** (bajo la noción de "el propio bien") **junto con amenazas** (por ejemplo, con la pérdida -o imposibilidad de acceder a- ayudas sociales, económicas o alimentarias) y en determinadas situaciones se han denunciado casos de violencia física, aunque no han sido registradas en España.

Un caso paradigmático son las denuncias de **mujeres indígenas y campesinas** esterilizadas durante los años 90 en Perú a través del Programa Nacional de Salud

Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar implementado por el gobierno Fujimori (IAMAMC, 2016; Amnistía Internacional, 2019).

No obstante, **estas prácticas continúan produciéndose** en la actualidad en el mundo, siendo particularmente preocupante la esterilización forzada, tal y como señalan organismos internacionales como la Relatoría sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)⁵⁸. Por ejemplo, en el año 2019 se alertó sobre las denuncias de esterilizaciones forzadas contra mujeres indígenas en Canadá, que son "una expresión flagrante de violencia y discriminación basada tanto en su género como en su origen étnico" (CIDH, 2019).

En el territorio de la Unión Europea, resulta especialmente preocupante **la situación de las mujeres gitanas**. Algunos de los países donde recientemente ha habido una alerta pública notoria al respecto han sido Eslovaquia⁵⁹ y la República Checa (Amnesty International, 2013; 2021; Albert y Szilvasi, 2017).

En la República Checa, en el año 2009 se produjo una investigación del Defensor de Pueblo seguida por una disculpa pública del Estado a las víctimas y una compensación para quienes se vieron afectadas entre el año 1966 y el año 2012. En Eslovaquia ha ocurrido algo similar en el año 2021 respecto a los casos acontecidos entre 1966 y 2004⁶⁰. Hungría ha sido otro país donde se han denunciado estas prácticas⁶¹ (Open Society Foundations, 2011; Koldinská, 2009).

No hay datos en España al respecto, si bien tampoco ha habido campañas estatales contemporáneas contra la población gitana comparables a los dos casos anteriores. Las mujeres gitanas en nuestro país pueden sufrir VR como las mujeres de resto de la población, pero en su caso, se produce en intersección con otros ejes de opresión y desigualdad que no están afectados solo por el género, como son **el antigitanismo y la falta de recursos**. Todo ello dificulta la visibilidad de esta violencia.

⁵⁸ Existen varias declaraciones e informes de esta Relatoría de la Organización de los Estados Americanos (OEA) donde se menciona esta preocupación (acceso).

⁵⁹ Véase por ejemplo: Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, noviembre de 2011 sobre el Caso V.C. v. Eslovaquia (no. 18968/07) (acceso);

⁶⁰ Acceso a la web del Gobierno eslovaco.

⁶¹ Véase UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW/C/36/D/4/2004, August 29, 2006 (acceso).

De acuerdo con las consultas realizadas a personas expertas, los tipos de AEAF más verbalizadas por parte de las víctimas gitanas son **la esterilización “recomendada” y la anticoncepción**. Esta VR no suele venir ejercida por parte de la pareja o expareja, sino por parte del propio sistema sanitario, claro síntoma de la **violencia institucional reproducida por las y los profesionales de la salud**.

Se considera que el paternalismo, la alta farmacología y el antigitanismo son síntomas presentes en la vida de las mujeres gitanas, que las afecta a sus DSR y la vivencia de la maternidad mediante el juicio cultural respecto al número de hijos e hijas *adecuado*, la edad de su primer embarazo y la distancia temporal en la que se producen los embarazos.

En la investigación de Asensio y otras (2019), que compara actitudes y experiencias en relación con la anticoncepción en población gitana y no gitana, quedó de manifiesto que **la población gitana es más tradicional en su concepción familiar**, y que éste podía ser uno de los motivos por los que tenían más hijos que la población no gitana. Una **preferencia que es interpretada de forma racista** por algunos/as profesionales del ámbito sociosanitario.

En la consulta realizada a personas expertas, se ha puesto de manifiesto que se considera que hay demasiadas mujeres jóvenes gitanas (de edades entre los 18-35) tratadas con anticonceptivos sin ser informadas de todas las consecuencias que tienen. En muchas ocasiones no habrían sido solicitados por ellas mismas, sino que han sido *recomendados* o pautados por ser jóvenes, vivir situaciones de pobreza o dar por hecho que no son libres de decidir sobre las relaciones sexuales que practican. Es decir, **la “recomendación” funciona como una coerción sutil** que implica su aceptación por incapacidad -o miedo- de cuestionar las decisiones médicas, y porque confían en el sistema sanitario.

Otra de las situaciones reveladas en el trabajo de campo, y que más sufren las mujeres gitanas es **la esterilización total o parcial** (ligadura de trompas). Ello no es percibido como violencia por parte de muchas mujeres gitanas, sino como una recomendación que, no obstante, no coincide con sus deseos ni preferencias. Se denuncia por tanto que dicha actuación suele ser inicialmente consentida -pero no suficientemente informada- y que se realiza en mujeres gitanas con edades jóvenes a partir del juicio cultural de los profesionales sanitarios sobre el número de hijos o hijas que ya han tenido.

Uno de los ejemplos recurrentes a los que se alude es, tras una segunda cesárea indicar a la mujer que se le *debe* practicar una ligadura de trompas, porque en la tercera cesaría

no sería posible realizar la intervención y sería demasiado peligroso para su vida y la del futuro bebé. No obstante, las recomendaciones sanitarias permiten hacer hasta tres cesáreas.

De nuevo, la investigación comparada de Asencio y otras (2019), que encuestó a más de 800 personas (mujeres y hombres de dos barrios de Barcelona de etnia gitana y no gitana), reveló que **las mujeres gitanas utilizaban en mayor proporción la ligadura de trompas y el implante** que las no gitanas, y que los hombres gitanos utilizan con mayor frecuencia la marcha atrás o coitus interruptus. Respecto a la información sobre los métodos anticonceptivos, el estudio mostró que las mujeres gitanas **conocen en mayor proporción el DIU, la inyección anticonceptiva y la obstrucción tubárica que las no gitanas**, y conocen en menor proporción el preservativo masculino; mientras que los hombres gitanos conocen menos el preservativo femenino que lo que no lo son. Por tanto, parece también necesario un análisis detenido de estas situaciones desde una perspectiva de género en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

5.3. Necesidades de las mujeres víctimas de AEAF

5.3.1. Necesidades comunes

A lo largo de la investigación se ha tratado de distinguir cuáles son las necesidades que pueden tener las víctimas de AEAF prestando atención a sus diferentes perfiles. Es importante subrayar que se dispone de poco conocimiento sobre este tipo de violencia reproductiva y es necesario desarrollar **más investigaciones al respecto, sobre todo a través de las experiencias de las propias víctimas.**

Por su parte, tanto la literatura especializada como las organizaciones y expertas consultadas, hacen referencia a un conjunto de necesidades específicas de las víctimas de la AEAF y la VR en general; si bien toda la información se dirige previamente a subrayar que cualquier víctima de VCM **tienen necesidades comunes que aluden a la integralidad (respecto a la protección de todos sus derechos) y la accesibilidad universal y cultural.** Dado que esto es común para todas las violencias, se desarrolla en detalle en el capítulo relativo a las Propuestas y Recomendaciones para la Intervención (ver capítulo 15).

En primer lugar, se debe tener en cuenta los **daños específicos sufridos y sus consecuencias**, (véase punto 4.5) por lo que habría que considerar lo siguiente:

- **Necesidad de toma de conciencia:** las víctimas desconocen los DSR fundamentales y suelen caracterizarse por un acceso muy escaso a los servicios de salud ginecológica y obstétrica y de información y orientación sexual y de salud menstrual.
- En general, en el ámbito de la sexualidad, la reproducción humana, la menstruación y el cuerpo en general, **perviven numerosos tabúes**. Para muchas mujeres son temáticas que producen **vergüenza** y respecto a las que **no sienten confianza** y comodidad. En muchos casos, ni si quiera han tomado conciencia de la violencia que han sufrido.
- **Credibilidad y reconocimiento.** La persistencia de estereotipos sobre la sexualidad, el capacitismo y la discriminación étnico-racial (entre otros), influyen en la consideración de los testimonios de las víctimas. Además, cuando la toma de conciencia es tardía, influye el tiempo que ha pasado desde las agresiones, por lo que las víctimas creen que no podrán ser reconocidas como tales.

(...) había vivido situaciones de abuso por parte de su padre, y esta mujer lo que hizo fue, en su momento, acudir a la trabajadora social de zona, quien no le dio mucha credibilidad porque, como tiene problemas en la salud mental... no le daba mucha credibilidad al discurso de lo que contaba (E3)

El relato de una mujer con discapacidad física va a ser más creíble que el de una mujer con trastorno mental o el de una mujer con discapacidad intelectual, por los mitos existentes hacia estas discapacidades (E7)

- **Deshomogeneización.** En el caso de la discapacidad, se señala que con frecuencia hay profesionales de la atención social, agentes policiales y judiciales que suelen entender la discapacidad de manera homogénea, sin tener en cuenta los diferentes tipos de discapacidad que existen y las diferencias entre ellas.

Lo mismo ocurriría con las mujeres gitanas y las procedentes de distintas diásporas que son englobadas en la categoría de "inmigrante" sin tener en cuentas las diferencias de valores sociales y religiosos y costumbres que afectan a sus vivencias.

- **Información sobre recursos.** Las víctimas de AEAF necesitan información accesible, clara, sencilla y adaptada a las características de los diferentes perfiles de mujeres destinatarias. De acuerdo con la OMS (2022), esta atención debe ofrecerse de manera confidencial, sin discriminación y sin la amenaza de enjuiciamiento penal u otras

medidas punitivas⁶². Esto último es muy importante porque se tiende a culpabilizar o criminalizar a las mujeres víctimas de VR.

- **Comprensión y apoyos para la comunicación:** las mujeres que afrontan necesidades de comunicación específicas tienen sentimientos de incompreensión, sobre todo si sus apoyos comunicativos son inadecuados.

Por ejemplo, las mujeres sordas pueden requerir, además de intérpretes LSE, mediadoras comunicativas; otras pueden necesitar mediadoras en sordoceguera. Algunas MDID y las mujeres con parálisis cerebral, pueden necesitar logopedas.

Junto con anterior, resulta de utilidad disponer de pictogramas representativos de diferentes formas de violencia y sobre SSR; ya que resultan útiles para el conjunto de las víctimas.

En el caso de algunas comunidades de determinadas diásporas se necesitan figuras de mediación e interpretación cultural que puedan *traducir* las vivencias y las significaciones que se le da a una experiencia⁶³. También para que cuando ocurre un problema, las víctimas puedan tener referentes comunitarios formados en estas violencias y que puedan facilitarse la atención desde las comunidades hacia los recursos.

- Las víctimas **necesitan ser atendidas por personal formado** en VR y AEAf, pero también respecto a las necesidades específicas de a los colectivos de mujeres que son sus principales víctimas
- La experiencia de las EELL y expertas (ONG e investigadoras) señala categóricamente considerar un requisito imprescindible la formación para la AEAf, las temáticas de DSR, salud e igualdad de género y VCM.

⁶² Observación general núm. 36, párrafo 8: Artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, sobre el derecho a la vida. Ginebra, Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (124.º periodo de sesiones), 2018 (CCPR/C/GC/36).

⁶³ Una de las expertas lo explicaba del siguiente modo: "hay mujeres que acuden con sus hijas cuando consideran que desarrollan a una edad demasiado temprana, les viene el periodo muy pronto y entonces eso va a *impedir* su crecimiento (...) Van al centro de salud para que se le se le intente *tratar* ese desarrollo. En la India por ejemplo, sí se le se le facilitan ese tipo de tratamientos; aquí no, porque se entiende como es algo normal. (...) aquí los médicos les dicen que no entienden cuál es el problema. (...) Estas mediadoras intentan explicarles [a los profesionales] el contexto en el que esto supone un problema para ellas (...)", contribuyen al afrontamiento de la situación." (entrevista).

- Su proceso de recuperación implica **procedimientos de derivación especializada**. Ello implica un trabajo coordinado entre los servicios sanitarios y las organizaciones expertas (atención a mujeres altamente vulnerables y a otras violencias concomitantes como, por ejemplo: VG, VS, MGF, explotación sexual, matrimonios forzados, etc.).
- Las víctimas requieren **reconocimientos ginecológicos y médicos** para detectar daños y consecuencias en la salud de las violencias padecidas. Precisan de un acompañamiento **psicológico y psiquiátrico** con seguimiento a largo plazo. Con frecuencia pueden requerir cirugías reparadoras y largos tratamientos farmacológicos (véase al respecto el punto sobre *Consecuencias de la AEAF*).
- Se requiere valorar atentamente la **vinculación entre esterilización y agresiones sexuales**; sobre todo contra mujeres con discapacidad y víctimas de la explotación sexual.
- Sobre las **necesidades de acceso a la justicia**, es necesario garantizar también la perspectiva de la interseccionalidad y la universalidad. Estos recursos pueden incluir una reparación adecuada, efectiva y rápida en forma de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición⁶⁴.
- Estas formas de VR contra las mujeres se abordan principalmente a través del derecho penal, pero sin otorgar el debido énfasis a la **necesidad de participar en la prevención, protección e indemnización** (GREVIO, 2020).
- Sería necesario adaptar o dotar de apoyos a los procedimientos (actividad probatoria, comunicaciones, exploraciones) para las mujeres con discapacidad y miembros de diásporas.
- En el caso de las mujeres con discapacidad, cuando están privadas de capacidad legal, las barreras en el sistema de justicia son casi insuperables. Incluso cuando denuncian abusos, las víctimas a menudo no son percibidas como creíbles (Holla, Juultje y Smits, José, 2018; Castellanos-Torres, 2020b). En este sentido, ya la Observación General N°3 del CDPD (2016) alerta sobre **la falta de concienciación y estereotipos nocivos por parte del funcionariado público, la judicatura, la fiscalía o la policía**. La falta de

⁶⁴ Observación general núm. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párrafo 64 (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016 (E/C/12/GC/22).

comprensión y la falta de reconocimiento disuade de la denuncia, y redundante en la impunidad y en la invisibilidad (Castellanos-Torres, 2020b).

- Muchas veces ocurren violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad debido a que primero les fue violado el derecho al ejercicio de la **capacidad jurídica**. A la hora de practicar una esterilización, la voluntad de las mujeres con discapacidad no es tenida en cuenta si su derecho a la capacidad jurídica les fue restringido (Serra, 2016).
- Las barreras de acceso a la justicia de las víctimas de VR también pueden aflorar en las situaciones de **incertidumbre legal**, como las que afrontan mujeres migrantes en situación administrativa irregular o pendiente de resolución a su petición de PI o mujeres en situación de prostitución o trata con fines de explotación sexual o explotación laboral.
- **Reparación simbólica**. La AEAF -y la VR en general- no está incluida en los actos simbólicos de concienciación, denuncia y reparación sobre la VCM.

Algunas de las entrevistadas han realizado una crítica al acto institucional de perdón a las víctimas que se hizo cuando se aprobó el cambio del artículo 156 del Código Penal sobre las esterilizaciones forzadas a las mujeres con discapacidad. Se ha valorado como insuficiente y no restituye el daño que se ha hecho a estas mujeres esterilizadas.

- **Vínculos y apoyo**. Las características de la AEAF suponen que las mujeres han estado enormemente aisladas en su victimidad. En la mayoría de los casos hay una relación directa entre el abuso y el aislamiento social y la falta de red social. Se requiere establecer lazos afectivos y de amistad con otras personas.

5.3.2. Necesidades según el perfil de afectadas

Respecto a las necesidades específicas de **algunos colectivos** a lo largo de la investigación se ha recogido lo siguiente:

- **Mujeres con discapacidad**: requieren una importante deshomogeneización como colectivo; cada discapacidad tiene sus características.
 - Respecto a sus familias y las personas de apoyo y cuidadoras, éstas necesitan comprender que la sobreprotección puede convertirse en otra forma de violencia. Necesitan conocer qué es la violencia contra las mujeres

con discapacidad y la violencia reproductiva en particular e identificar cómo contribuir a su recuperación.

- En muchos casos, las familias e instituciones cuidadoras han sido los perpetradores de la VR, por lo que requieren de la toma de conciencia del daño causado y de vías mediante las que reparar a las víctimas.
- **Mujeres gitanas:** Necesitan conocer sus derechos como pacientes y ciudadanas y saber identificar las consecuencias de situaciones de AEAF que han vivido. Igualmente precisan de acompañamiento para identificar posibles actitudes de antigitanismo (por ejemplo, detrás de recomendación médicas que no son neutrales). Ello significa que requieren asesoramiento sobre discriminación.
- **Mujeres migrantes, solicitantes o refugiadas o con PI:** Necesitan una adaptación de la intervención en un marco intercultural más preciso, que no las revictimice y que haga accesibles los servicios mediante intérpretes culturales, lo que va más allá de la barrera del idioma.
 - También pueden requerir en mayor medida **recursos para la conciliación familiar** que garantice su acceso a los procesos de atención por la carencia de otros apoyos cercanos.
 - Muchas mujeres son vulnerables por su situación administrativa, por lo que necesitan **apoyo en los procedimientos de regularización o PI** en los que se encuentren o requieran iniciar.
 - Dependiendo de su país de origen, pueden requerir el **aprendizaje del castellano (y la lengua cooficial** de la Comunidad Autónoma donde residan).
 - **La SSR está prácticamente ausente de los procesos de acogida** y de los procesos de inclusión lo que afecta a la prevención, detección y atención. Representan un colectivo con especiales dificultades para conocer los recursos de ayuda disponibles en materia de igualdad y VCM (en general) y para confiar en determinados servicios y profesionales a quienes verbalizar las violencias sufridas. En mayor medida las reproductivas.
 - Además, pueden enfrentar situaciones de cierto **aislamiento institucional**, por lo que hay que trabajar específicamente en dichos espacios. Nos referimos al aislamiento obligado (ej.: CIE) o de aislamiento limitado porque dependen de los recursos de atención (ej.: CETI de Ceuta y Melilla, CAR o CREADE).

6. AEF: marco normativo e institucional

6.1. Contexto internacional y europeo

6.1.1. Marco general de partida

La anticoncepción forzada, la esterilización forzada y el aborto forzado suponen una vulneración específica de los **derechos sexuales y reproductivos** (DSR) y de los **derechos fundamentales** (Patel, 2019) tales como: el derecho a la salud⁶⁵, el derecho a la información⁶⁶, el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona⁶⁷, y el derecho a la igualdad y la no discriminación⁶⁸.

La esterilización forzosa ha sido ampliamente denunciada como una violación de los derechos humanos equivalente a la tortura y una forma particularmente perniciosa de violencia basada en el género (UNFPA, 2018).

El aborto forzado supone una violación del derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos y penas crueles, inhumanos y degradantes, incluido el derecho a la integridad física y mental⁶⁹ (OMS). En este sentido, la OMS señala que:

“los Estados deben impedir y perseguir los abortos forzados realizados por funcionarios públicos y agentes privados, especialmente cuando se practiquen a mujeres con discapacidad o de acuerdo con leyes y políticas de planificación familiar coercitivas, así como en el contexto de un conflicto”⁷⁰.

⁶⁵ Recogida por los instrumentos internacionales de la ONU: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

⁶⁶ Garantizado por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la CDPD.

⁶⁷ Presente en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

⁶⁸ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

⁶⁹ Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 1987)

⁷⁰ Véase al respecto: Observación general n.º 28: Artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo a la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Nueva York (NY), Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10); Informe del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica al Consejo de Derechos Humanos. Nueva York (NY), Asamblea General de las Naciones Unidas, 2016 (A/HRC/32/44); Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Informe ante el Consejo de Derechos

La protección de las víctimas requiere según la OMS (2022:10) que, dentro del derecho a la no discriminación y a la igualdad, los Estados adopten medidas para evitar la imposición del aborto forzado, en particular a las mujeres y niñas de grupos que son especialmente vulnerables.

La **Declaración sobre eliminación de la violencia contra la mujer** (Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, 1993) define la violencia contra las mujeres por primera vez en un organismo internacional como un problema de derechos humanos; en su artículo 1, recoge explícitamente en dicha definición las violencias que nos ocupan, esto es: **la práctica de la esterilización y el aborto forzado, la utilización coercitiva/forzada de anticonceptivos, el infanticidio femenino y la selección prenatal de sexo.**

A pesar de haber sido señaladas hace tres décadas, su inclusión por parte de los estados miembro de las Naciones Unidas dentro de sus políticas de lucha contra VCM ha sido muy desigual.

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2016), en la **Observación general núm. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva** (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) señala que **la salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos.**

No sólo forman parte integrante del derecho a la salud, sino que **son necesarios para el disfrute de muchos otros derechos humanos**, incluidos los derechos a la vida, la libertad de tortura y malos tratos, la libertad de discriminación, el reconocimiento igualitario ante la ley, el respeto por la vida familiar, la educación y el trabajo. Por tanto, **son universales e inalienables, indivisibles, interdependientes e interrelacionados.** Los Estados deben garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones, bienes, información y servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Humanos. Nueva York (NY), Asamblea General de las Naciones Unidas, 2013 (A/HRC/22/53); Observación general núm. 3: Artículo 6: Las mujeres y las niñas con discapacidad. Ginebra, Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016 (CRPD/C/GC/3); Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Informe ante el Consejo de Derechos Humanos. Naciones Unidas, 2008 (A/HRC/7/3); Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe a la Asamblea General. Naciones Unidas, 2009 (A/64/272).

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2017) en la **Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer**, señala -específicamente- que:

“Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, **son formas de violencia por razón de género** que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante” (apartado 18. Énfasis agregado).

Dentro de la VR hay que señalar que **los abortos selectivos como práctica de selección del sexo** también son considerados como una vulneración de los derechos humanos. Así se puso de manifiesto durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas en El Cairo (1994), y a ello alude específicamente la Declaración interagencial de Naciones Unidas (ACNUDH, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS) del año 2011, *Prevención de la selección de sexo con sesgo de género*. En el contexto europeo, hay que señalar que este tema ha tenido especial importancia (ver epígrafe siguiente).

Todos estos mandatos internacionales deben ser aplicados tomando en consideración, además, **los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030**, y más concretamente el Objetivo núm.3 (Salud y bienestar), el Objetivo núm.5 (Igualdad de género) y el Objetivo núm.10 (Reducción de las desigualdades) desde el doble enfoque del género y la discapacidad.

6.1.2. Contexto Europeo

La AEAF viene recogida como una de las formas de expresión de **violencia contra las mujeres** en el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011). El conocido como **Convenio de Estambul**, fue ratificado por España y está en vigor desde el 1 de agosto de 2014.

Junto con él, se cuenta con el conocido como Convenio de Varsovia, el Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos (Convenio n.º 197 del Consejo de Europa), hecho en Varsovia el 16 de mayo de 2005

El aborto forzado y la esterilización forzosas son delitos recogidos en el artículo 39 del Convenio:

Artículo 39. Aborto y esterilización forzosa

Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:

- a) La práctica de un aborto a una mujer sin su consentimiento previo e informado;*
- b) El hecho de practicar una intervención quirúrgica que tenga por objeto o por resultado poner fin a la capacidad de una mujer de reproducirse de modo natural sin su consentimiento previo e informado o sin su entendimiento del procedimiento.*

La esterilización forzosa aún es legal en 13 países de la Unión Europea⁷¹ por lo que se está promoviendo una iniciativa legislativa al respecto a partir de la Resolución del Parlamento Europeo, de 13 de diciembre de 2022, hacia la igualdad de derechos de las personas con discapacidad (2022/2026(INI))⁷².

En cuanto a **la selección prenatal del sexo**, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su Resolución de 2010 condenó dicha práctica como fenómeno de desigualdad de género que refuerza un clima de violencia contra las mujeres.

En dicho documento se analizó la situación en varios países europeos, y se consideró que el instrumento europeo que regula esta situación es la *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* de 1997, también conocido como el “Convenio de Oviedo”, ratificado por España en 1999⁷³.

El Parlamento Europeo (2016) en su Resolución titulada *Genericidio: ¿dónde están las mujeres que faltan?*, destaca que el *genericidio*⁷⁴ **es un delito y una grave violación de los derechos humanos** que requiere medios eficaces para combatir y eliminar todas las causas profundas que conducen a la cultura patriarcal; considera esa presión sobre las mujeres una forma de violencia física o psicológica por el Convenio del Consejo de

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

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

⁷³ Artículo 14. No selección de sexo. No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada a sexo.

⁷⁴ El Parlamento Europeo usa «genericidio» como un término neutral desde el punto de vista del sexo que se refiere al homicidio selectivo a gran escala, de forma sistemática y deliberada, de personas (hombres o mujeres) que pertenecen a un sexo determinado, y que se trata de un problema creciente pero poco denunciado en algunos países, con consecuencias mortales y en la Resolución mencionada estudia específicamente las causas, las tendencias, las consecuencias y los métodos para combatir las prácticas de selección en función del sexo, que pueden adoptar también las formas de infanticidio y de violencia por razón de sexo.

Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica y por la Declaración y la Plataforma de Beijing; e insta a los gobiernos a reaccionar ante este fenómeno.

Finalmente, también el ámbito europeo es necesario aludir a la **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 ya que alude a la erradicación de la AEAF.

La Resolución parte de la descripción del marco de situación en los países europeos que es preocupante (el *Informe sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres 2021*)⁷⁵; donde se señala el **impacto negativo que la Covid-19** ha tenido en los sistemas de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Entre otras cuestiones, **incide en la ausencia de datos estadísticos** y en la preocupación por las **barreras añadidas, discriminación interseccional y violencia** en el acceso a la asistencia sanitaria que enfrentan “personas y grupos marginados, incluidas las minorías étnicas o religiosas, los migrantes, las personas procedentes de contextos socioeconómicos desfavorecidos, las personas sin seguro de enfermedad, las personas que viven en zonas rurales, las personas con discapacidad, las personas LGBTIQ, las víctimas de violencia, etc.”. Ello, como consecuencia “de leyes y políticas que permiten prácticas coercitivas en materia de salud sexual y reproductiva y de que no se garantizan ajustes razonables en materia de acceso a atención e información de calidad”.

El punto 1 de la Resolución refiere a la **no discriminación**⁷⁶ **y la responsabilidad de los Estados miembros que salvaguarden el derecho de todas las personas**, para que puedan “*tomar sus propias decisiones con conocimiento de causa en relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que garanticen el derecho a la integridad física y a la autonomía personal, la igualdad y la no discriminación y que faciliten los medios*

⁷⁵ De la Comisión de Derechos de las Mujeres e Igualdad de Género.(2021). V. blb.

⁷⁶ El punto 1 refiere a: edad, sexo, género, raza, origen étnico, clase, casta, religión o creencias, estado civil o estatus socioeconómico, discapacidad, situación en cuanto al VIH (o a ITS), origen nacional o social, situación jurídica o migratoria, lengua, orientación sexual o identidad de género

necesarios para que toda persona pueda disfrutar de la salud y los derechos sexuales y reproductivos”.

Recalca la salud reproductiva y sexual como un componente esencial de la buena salud, pidiendo a los estados miembros unos **servicios sanitarios de calidad y accesibles** en su punto 9, menciona expresamente el acceso a dichos servicios a las mujeres con discapacidad, víctimas de violencia sexual y de género. Así mismo incide que el **consentimiento** previo debe darse en todas las intervenciones médicas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En su punto 17 de la Resolución se hace alusión explícita a las mujeres con discapacidad, donde “manifiesta su profunda preocupación por el hecho de que las mujeres y niñas con discapacidad se vean con demasiada frecuencia **privadas del acceso a instalaciones de salud sexual y reproductiva y del consentimiento informado sobre el uso de anticonceptivos e incluso se enfrenten al riesgo de esterilización forzada**; pide a los Estados miembros que apliquen medidas legislativas para proteger la integridad física, la libertad de elección y la autodeterminación en relación con la vida sexual y reproductiva de las personas con discapacidad” (énfasis agregado).

Por último, hay que aludir a **Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica** (COM/2022/105 final) del año 2022, que abarca en sus planteamientos (entre otras muchas formas de violencia) el aborto forzado y la esterilización forzada (párrafo 4).

La VR es mencionada de manera explícita, en relación a los servicios de apoyo especializados para prestar apoyo que deben existir (párrafo 46)

Respecto a esta Propuesta, abogando por el tratamiento holístico de la violencia, el Lobby Europeo de Mujeres ha señalado la importancia de considerar dentro de la noción de “**aborto forzado**”, la denegación de atención segura y legal del aborto y la esterilización forzada como violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como los matrimonios forzados. Así se recoge en el *Estudio sobre la Propuesta de Directiva – COM (2022) 105 final- de la Comisión Europea sobre violencia contra las mujeres* (Freixes, 2022).

De hecho, en el estudio del proceso de **transposición de dicha Directiva a la legislación española**, se han tenido en cuenta las recomendaciones del Consejo Económico y Social que

promueve incluir en la norma lo que se denomina como “**violencia ginecológica y obstétrica**” y también la **gestación subrogada**. Si bien esta normativa está en un proceso de transformación.

6.2. Derechos de las mujeres con discapacidad

Merece una especial atención la normativa internacional de referencia que protege a las mujeres con discapacidad, pues **son las principales afectadas por la AEA**.

El marco fundamental de derechos es la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** de las Naciones Unidas (2006) que entró en vigor en España en el 2008, hace una referencia explícita a la discriminación múltiple de las mujeres y niñas con discapacidad, a través del artículo 6 y otras disposiciones⁷⁷.

El articulado guarda directa o indirecta relación con la protección y promoción de sus derechos sexuales y reproductivos. Si a las mujeres con discapacidad no se las reconoce como personas iguales ante la ley y no tienen el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica⁷⁸, difícilmente puedan tener el ejercicio de los demás derechos humanos y libertades fundamentales. En concreto, el artículo 16 Protección contra la explotación, la violencia y el abuso alude a la protección tanto en el seno del hogar como fuera de él, y señala la necesidad de que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores.

Además, los derechos de las mujeres con discapacidad también están reconocidos, en la **CEDAW** que en su artículo 12 señala que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a

⁷⁷ El artículo 6 hace referencia directa a las mujeres con discapacidad al señalar la necesidad de que los Estados reconozcan que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación, por lo que deberán adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Otras disposiciones, relacionadas son el artículo 12, relativo al igual reconocimiento como persona ante la ley; el artículo 16, que refiere a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso; y en los artículos 23 y 25, respeto del hogar y la familia y a la salud, respectivamente.

⁷⁸ Es por ello que la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, esta ley ha supuesto que España 15 años después de la Convención cumpla con el artículo 12, poniendo el foco en la voluntad de la persona. Se impone así el cambio de un sistema como el hasta ahora vigente en nuestro ordenamiento jurídico, en el que predomina la sustitución en la toma de las decisiones que afectan a las personas con discapacidad, por otro basado en el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona quien, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones. Esto es fundamental a la hora de analizar la relación entre la esterilización y la incapacitación judicial.

fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

Por su parte, la **Observación general n.º 3 del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad** de Naciones Unidas en el 2016 identificó tres áreas principales de preocupación al respecto de la protección de los derechos humanos de las mujeres con discapacidad: 1. violencia; 2. salud y derechos sexuales y reproductivos; 3. discriminación.

El Comité destacó la persistencia de la violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad, incluidas la violencia sexual y el abuso, la esterilización forzada, la mutilación genital femenina, y la explotación sexual y económica. Se señaló que sus decisiones **son sustituidas por las adoptadas por terceras personas** que incluyen los representantes legales, proveedores de servicios, tutores y familiares, vulnerando así sus derechos con arreglo al artículo 12 de la CRPD.

Todas las mujeres con discapacidad **deben poder ejercer su capacidad jurídica** de forma autónoma, adoptando sus propias decisiones, con apoyos si así se desea, sobre los tratamientos médicos y/o terapéuticos. Restringir o retirar la capacidad jurídica puede facilitar ciertas intervenciones como es la esterilización forzosa; consecuentemente, es fundamental reconocer la capacidad jurídica de las mujeres con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás personas, así como el derecho a fundar una familia y acceder de manera habitual a los servicios de apoyo a la familia.

Esta perspectiva ha sido además evidenciada por el informe de la **Relatoría Especial de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** abordando salud y derechos sexuales y reproductivos de niñas y mujeres jóvenes con discapacidad (2017). El *informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad* (2017), destaca que las mujeres se enfrentan a importantes desafíos a la vez que toman decisiones autónomas con respecto a su salud reproductiva y sexual, y están expuestas regularmente a la violencia, el abuso y las prácticas nocivas, incluida la esterilización forzada, el aborto forzado y la anticoncepción forzada. Recuerda que los Estados tienen la obligación de invertir en la salud sexual y reproductiva y los derechos de las niñas y las mujeres jóvenes con discapacidad, y de poner fin a todas las formas de violencia contra ellas.

Por su parte, la **Resolución del Parlamento Europeo, de 30 de noviembre de 2017**, sobre la aplicación de la Estrategia Europea sobre Discapacidad (2017/2127(INI)) "reconoce que las mujeres con discapacidad, especialmente de carácter intelectual, están más expuestas a la

violencia de género, el acoso sexual u otro tipo de abusos; reconoce, además, que su situación de dependencia puede impedirles identificar o denunciar el abuso; destaca la necesidad de seguir atendiendo a la aplicación de la Estrategia Europea sobre Discapacidad, que prevé la adopción de medidas preventivas orientadas a evitar todo tipo de abusos y prestar un apoyo de alta calidad, accesible y adaptado a las víctimas de violencia.”

Finalmente, citar el **Dictamen del Comité Económico y Social Europeo** sobre *La situación de las mujeres con discapacidad*, de carácter exploratorio, solicitado por el Parlamento Europeo (3 de abril del 2018. 2018/C 367/04), que menciona como observación específica la salud y derechos sexuales y reproductivos, incluido el respeto del hogar y la familia.

6.3. Marco normativo español

6.3.1. Normativa estatal

España ha ratificado todos los tratados clave en materia de derechos humanos, derechos de las mujeres y derechos de las personas con discapacidad. Forman parte de nuestro acervo legal⁷⁹ y establecen la obligación de actuar con la debida diligencia frente a todas las formas de violencia contra las mujeres.

Respecto a [las referencias respecto a la AEF](#) es necesario partir de nuevo del **Convenio de Estambul**, que fue ratificado por España en el año 2014 y está en vigor desde entonces. Su **artículo 39** se refiere específicamente al aborto y esterilización forzadas (han sido explicados en el punto anterior).

De forma no explícita, la AEF puede contemplarse -como un ámbito del daño- de la violencia en el ámbito de la pareja/expareja (si el hombre perpetrador es esta figura) en la **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**. Como ya se ha señalado, este es un enfoque reduccionista de la tipología específica de la violencia reproductiva.

Junto con el Convenio de Estambul, en el marco estatal, la AEF se recoge fundamentalmente en la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción**

⁷⁹ Dado la especificidad de la materia que nos ocupa no entramos en este apartado a desarrollar el marco normativo en el Estado español sobre la VCM en todas sus dimensiones. Se puede consular, por ejemplo, la EEVM 2022-2025 que compila dicho marco y las actualizaciones en detalle en la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (acceso).

voluntaria del embarazo (LOSSRIVE) y sobre todo gracias a la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

La Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, considera **violencia en el ámbito reproductivo** a "todo acto basado en la discriminación por motivos de género que atente contra la integridad o la libre elección de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamiento y oportunidad" (artículo 2.7.)

La norma **añade de forma explícita a la AEAF** como formas de violencia dentro de las definiciones legales (artículo 2) e incorpora un título III de Protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, donde en su Capítulo III de Medidas de prevención y respuesta frente a formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, incorpora el artículo 31 sobre la actuación de las administraciones públicas, que deberán detectar y prevenir dicha violencia. Esto es:

Artículo 2. Definiciones.

(...) 8. Esterilización forzosa: Forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo que consiste en la práctica de una intervención quirúrgica que tenga por objeto o por resultado poner fin a la capacidad de una mujer de reproducirse de modo natural sin su consentimiento previo e informado o sin su entendimiento del procedimiento.

9. Anticoncepción forzosa: Forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo que consiste en la intervención médica por cualquier vía, también medicamentosa, que tenga análogas consecuencias a la esterilización forzosa.

10. Aborto forzoso: Forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo que consiste en la práctica de un aborto a una mujer sin su consentimiento previo e informado, a excepción de los casos a los que se refiere el artículo 9.2.b) de la Ley 41/2002, de 14 noviembre.»

Artículo 31. Actuación frente al aborto forzoso y la esterilización y anticoncepción forzosas

1. Los poderes públicos velarán por evitar las actuaciones que permitan los casos de aborto forzoso, anticoncepción y esterilización forzosas, con especial atención a las mujeres con discapacidad.

2. Las administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, promoverán programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a mujeres con discapacidad, que incluyan medidas de prevención y detección de las formas de violencia reproductiva referidas en este artículo, para lo cual se procurará la formación específica necesaria para la especialización profesional.

Además, la LOSSRIVE, en su artículo 2 orienta a los poderes públicos sobre la noción de **salud que debe garantizarse a la ciudadanía en lo referente a los DSR**:

- **Salud sexual**: El estado general de bienestar físico, mental y social, que requiere un **entorno libre de coerción, discriminación y violencia** y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con la sexualidad de las personas.
- **Salud reproductiva**: El estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con la reproducción.

Para ambos casos, el artículo 2 considera que se trata también de “un **enfoque integral** para analizar y responder a las necesidades de la población, así como para garantizar **el derecho a la salud y los derechos reproductivos**”. Por lo tanto, permitiría abarcar la acción sobre la VR en todas sus formas.

Dicha orientación se ve reforzada en el Capítulo II Protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico (artículos 26-30), que abarcan los principios de actuación, investigación y recogida de datos, formación y elaboración de protocolos.

Por su parte, **la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía de la Libertad Sexual** hace referencia a la inclusión en el art. 32 El derecho a la asistencia integral especializada y accesible, a la asistencia personal, como un recurso disponible para las mujeres con discapacidad con el objetivo de fortalecer su autonomía ante todas las actuaciones judiciales, las medidas de protección y de apoyo y los servicios para las víctimas. Es importante volver a incidir en que son las mujeres con discapacidad las principales víctimas de la VR en su tipología AEAF.

Desde el enfoque penal, **la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal** recoge varias de las VR a las que nos referimos.

En nuestro **Código Penal**, el **aborto no consentido** se recoge explícitamente junto a otros delitos contra la libertad, de torturas y contra la integridad moral, la libertad e indemnidad sexuales, en concreto en su Título II Del aborto. En dicho título invalida el consentimiento obtenido “mediante violencia, amenaza o engaño” y toma en cuenta los abortos no seguros:

Artículo 144.

El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años.

Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño.

Artículo 145 bis.

1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:

a) Sin contar con los dictámenes previos preceptivos;

b) Fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

Respecto a la esterilización, hay que señalar que, en España, la **esterilización forzada** sobre **mujeres con discapacidad** fue legal hasta diciembre de 2020, momento en el que se prohibió finalmente a través de la **Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente**⁸⁰.

Antes de este cambio legislativo estaban permitidas dichas esterilizaciones en función del artículo original 156 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal; ya que se podían producir tras una incapacitación judicial. En la actualidad, ningún juez o jueza ha podido autorizar la esterilización forzada en mujeres con discapacidad; sin embargo, en el camino han quedado muchas víctimas.

La vigente Ley orgánica 2/2020 cuenta con un Artículo único para suprimir el párrafo referido ha sido un hito histórico en el que el movimiento organizado de las mujeres con

⁸⁰ BOE núm. 328, de 17 de diciembre de 2020, páginas 115646 a 115649 (acceso).

discapacidad ha incidido durante años para que nuestro país fuera en consonancia con la Convención de las Naciones Unidas.

Respecto al **aborto selectivo como práctica de selección del sexo** del bebé, la asociación de esta práctica con la VR no figura explícitamente en nuestro marco normativo, pero es conveniente recordar que puede ubicarse en el artículo 2.7., como parte de la definición de violencia reproductiva, de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Es necesario señalar que nuestro país ratificó en 1999 la ya mencionada **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** (Oviedo, 1997). El caso de España se cita en lo referido al grupo de países entre los que el diagnóstico genético preimplantacional es legal y la selección de sexo solo se permite por razones médicas. En la Ley 14/2006, de 26 de mayo, de reproducción humana asistida, y por la cual la selección del sexo o la manipulación genética con fines no terapéuticos o terapéuticos no autorizados se considera una infracción muy grave.

Finalmente, respecto a otras **mujeres en situación de especial vulnerabilidad** ante la violencia reproductiva existirían diferentes instrumentos de protección bajo la noción de VCM.

Las **víctimas de MGF, las mujeres en situación de prostitución y las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual** cuentan con herramientas de protección específicas⁸¹ (véase al respecto el ya mencionado estudio de la FEMP, 2023) sobre las que puede mejorarse los indicadores relativos a la AEAF (y la gestación subrogada).

En cuanto el caso concreto de las **mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de protección internacional**, su protección ante las violencias machistas es en general insuficiente.

⁸¹ La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal establece la tipificación del delito de mutilación genital en el artículo 149.2 CP (véase la normativa y protocolos especializados en la web de DGVG). Por su parte la tipificación del delito de trata de seres humanos se encuentra en el artículo 177 bis (véase la normativa y protocolos especializados en la web de DGVG).

La legislación de extranjería contiene dos previsiones concretas para proteger a las mujeres extranjeras que sufren violencia de género⁸², además de las que resultan de la protección ante el delito de trata de personas.

La legislación de extranjería contiene dos previsiones concretas para proteger a las mujeres extranjeras que sufren VG. Las mujeres que llegan a España en un proceso de reunificación familiar obtienen un permiso de residencia dependiente del de su cónyuge, condicionando su renovación a que el vínculo matrimonial se mantenga. Frente a situaciones de violencia de género, la Ley Orgánica 4/2000 en artículo 19.2 y el RD 557/2011 (reglamento de aplicación de la ley de extranjería) en su artículo 59.2, en relación a reagrupación familiar permite a la mujer reagrupada acceder a una autorización independiente en casos de que se dicte una orden de protección

En segundo lugar, se prevén autorizaciones de residencia y trabajo para mujeres que sufren violencia de género, provisionales desde que se emite una orden de protección y permanente una vez hay condena al agresor. Para que las mujeres en situación administrativa irregular no se vean disuadidas por esta circunstancia ante el temor de un inicio de un procedimiento sancionador por estancia irregular, se paralizan los expedientes sancionadores al presentarse una denuncia por violencia de género o por violencia sexual (véase la normativa en relación a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; y la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual).

En lo que se refiere a las mujeres refugiadas, el artículo 7 **Ley 12/2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria**, define los motivos de persecución que dan lugar al reconocimiento del estatuto de persona refugiada incluyendo **expresamente las persecuciones por motivos de género** (tal y como se ha explicado en puntos anteriores).

⁸² Las mujeres que llegan a España en un proceso de reunificación familiar obtienen un permiso de residencia dependiente del de su cónyuge, condicionando su renovación a que el vínculo matrimonial se mantenga. Frente a situaciones de violencia de género, la Ley Orgánica 4/2000 en artículo 19.2 y el RD 557/2011 (reglamento de aplicación de la ley de extranjería) en su artículo 59.2, en relación a reagrupación familiar permite a la mujer reagrupada acceder a una autorización independiente en casos de que se dicte una orden de protección. En segundo lugar, se prevén autorizaciones de residencia y de trabajo para mujeres que sufren violencia de género, provisional desde que se emite una orden de protección y permanente una vez hay condena al agresor. Para que las mujeres en situación administrativa irregular no se vean disuadidas por esta circunstancia ante el temor de un inicio de un procedimiento sancionador por estancia irregular, se paralizan los expedientes sancionadores al presentarse una denuncia por violencia de género.

A este respecto, hay que señalar que el Reglamento por el que se rige⁸³ el Sistema de Acogida de Protección Internacional y Temporal (SAPIT) también **alude explícitamente a la violencia contra las mujeres** en:

- el reconocimiento a la vulnerabilidad⁸⁴ (art.2);
- los principios generales de actuación⁸⁵ (art.6);
- el itinerario de acogida (art.11)⁸⁶;
- el derecho a “recibir una atención integral para la recuperación de la violencia que, en su caso, hubiera sufrido con anterioridad o en el contexto del desplazamiento” (art.12);
- los principios rectores (art.26), que señalan (f) “La prevención del acoso y de los actos de violencia de género, incluida la violencia y el acoso sexuales”;
- las características de los Centros de acogida de protección internacional (art.29); que deben contar con puntos focales de “prevención, detección y coordinación de actuaciones” de VCM y protocolos de actuación;
- en la Formación del personal del sistema (art.30).

La aplicación práctica del Reglamento en el Sistema supondrá una mejora para garantizar la perspectiva de género y la protección a las mujeres que cuentan con protección internacional en España.

En general se puede prever que la protección a las víctimas de AEAF será asimilable a la que existe en materia de VG, es decir que el modelo actual se hará extensible a todas las formas de

⁸³ Real Decreto 220/2022, de 29 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula el sistema de acogida en materia de protección internacional (B.O.E. núm. 76, de 30/03/2022).

⁸⁴ Entre otras, se incluyen personas menores de edad, personas de edad avanzada, personas con discapacidad, personas con enfermedades graves, mujeres embarazadas, madres o padres solos con hijos o hijas menores de edad, víctimas de trata de seres humanos, víctimas de cualquier manifestación de violencia contra las mujeres, personas pertenecientes a grupos étnicos o nacionales objeto de discriminación, personas con problemas de salud mental, personas LGTBI+ u otras personas que hayan sufrido torturas, violaciones o cualquier forma grave de violencia psicológica, física o sexual, que son distintas de las torturas.

⁸⁵ Artículo 6.c) Incorporar el enfoque de derechos humanos, de género y de interseccionalidad en todos los programas, medidas y actuaciones que se lleven a cabo, lo que incluye el reconocimiento de la discriminación y la violencia que afecta específicamente a las mujeres y la prevención y atención a las violaciones de los derechos humanos de las personas LGTBI+ y de las personas por su origen nacional o étnico.

⁸⁶ Referente a la propuesta de derivación a plazas para personas en situación de vulnerabilidad, a otros recursos o centros no incluidos en el sistema de acogida. Se señala que “Con la finalidad de garantizar la efectiva atención y protección en los supuestos arriba indicados y, en particular, en los casos de personas víctimas de trata de seres humanos, de cualquier manifestación de violencia contra las mujeres, o que hayan padecido torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica, física o sexual, serán de aplicación los protocolos y mecanismos de coordinación interinstitucional y derivación que al efecto se establezcan”.

violencia contra todas las mujeres que se recojan en el marco institucional de lucha contra la VCM.

Ello se refleja en los esfuerzos institucionales por desarrollar plenamente el Convenio de Estambul y la extensión de servicios que se recoge en el *Catálogo de referencia de políticas y servicios en materia de violencia contra las mujeres conforme a los estándares internacionales de derechos humanos* aprobado por Conferencia Sectorial de Igualdad, en su reunión plenaria celebrada el 22 de julio de 2022 en Tenerife.

6.3.2. Referencias autonómicas

En cuanto a la situación de la AEAF en las distintas comunidades autónomas, se pueden apreciar cuatro tipos de situaciones: normativas en las que el aborto y la esterilización forzada están presentes; leyes en las que hay alusiones más o menos generales a la SSR de las mujeres; referencias amplias a la noción de VCM; y normas con un ámbito conceptual de la violencia de género muy limitado o circunscrito a la VG .

Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, la Rioja y las Islas Canarias son CCAA que **nombran expresamente** la esterilización forzada (y en ocasiones el aborto forzado) como una forma de violencia de género:

- En **Andalucía** la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género, en el artículo 3 recoge entre los tipos de violencia:
 - f) La violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, entendida como actuaciones que restrinjan el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual o reproductiva, que nieguen su libertad de disfrutar de una vida sexual plena y sin riesgos para su salud, el derecho a decidir, el derecho a ejercer su maternidad y el **derecho a no sufrir esterilizaciones forzadas**.
- En **Cataluña** la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, en su artículo 5 relacionado con los ámbitos de violencia machista establece:
 - f) Violencia derivada de conflictos armados: incluye todas las formas de violencia contra las mujeres que se producen en estas situaciones, como por ejemplo el asesinato, la

violación, la esclavitud sexual, el embarazo forzado, el aborto forzado, la **esterilización forzada**, la infección intencionada de enfermedades, la tortura o los abusos sexuales.

g) Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como por ejemplo los abortos selectivos y las esterilizaciones forzadas.

- La *Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la **Comunitat Valenciana*** en su artículo 3 punto 8 lo menciona expresamente:

3.8. **Aborto y esterilización forzosa**: la práctica de un aborto sin su consentimiento libre, previo e informado, y de la esterilización o intervención quirúrgica que tenga por objeto o por resultado poner fin a la capacidad de una mujer de reproducirse de manera natural, sin su consentimiento previo e informado o sin su entendimiento del procedimiento.

- Por su parte en la *Ley 11/2022, de 20 de septiembre, contra la Violencia de Género de **La Rioja*** en su artículo 5 sobre las formas y manifestaciones de la violencia de género en el punto 2.f):

5.2.f) La violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas, entendida como actuaciones que restrinjan el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual o reproductiva, que nieguen su libertad de disfrutar de una vida sexual plena y sin riesgos para su salud, el derecho a decidir, el derecho a ejercer su maternidad y el derecho a no sufrir **esterilizaciones forzadas**.

- En las **Islas Canarias**, la *Ley 1/2017, de 17 de marzo, de modificación de la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres Contra la Violencia de Género* en su artículo 3.2. en relación a las formas de violencia de género:

3.2. f) Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: se entenderá por tales la práctica de **un aborto a una mujer sin su consentimiento** previo e informado, así como el hecho de practicar una intervención quirúrgica que tenga por objeto **poner fin a la capacidad** de una mujer de reproducirse de forma natural sin su consentimiento previo e informado o sin su entendimiento del procedimiento.

Otras CCAA, aunque no mencionan específicamente la AEAF, sí recogen en su normativa **referencias al ámbito reproductivo** en general:

- En **Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha y País Vasco** sus respectivas normativas recogen de manera genérica la "*Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*".

En **Aragón** la Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón en el artículo 2 menciona la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos. En **Cantabria** la Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, se señala en el artículo 3. En la Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en **Castilla-La Mancha**, en su artículo 4 se reconoce manifestaciones de la violencia que están relacionadas con la violencia reproductiva.

En el **País Vasco** la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres, modificada por la Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres, se recoge además la violencia obstétrica; en el artículo 50.3: "Constituyen violencia machista contra las mujeres (...) la obstétrica, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, así como cualquier otra forma de violencia que lesione o sea susceptible de lesionar la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres y niñas que se halle prevista en los tratados internacionales, en el Código Penal español o en la normativa estatal o autonómica. (...)".

- En el caso de **Islas Baleares**, esta CCAA no incluye la VR entre sus definiciones o ámbito de la Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres, pero sí reconoce entre sus *Principios Generales* los DSR:

"reconocimiento de la maternidad libre y decidida y de los derechos sexuales reproductivos, a fin de evitar efectos negativos y obstáculos en el desarrollo de las libertades de las mujeres" (art. 3.e) y "El reconocimiento del derecho de las mujeres al propio cuerpo y a los derechos sexuales y reproductivos" (art.3.t).

En cuanto a **Castilla y León, Galicia, Navarra y Murcia**, la VR se podría incluir en la mención genérica "cualquier otra forma de violencia" (o denominación similar) que aparece en su articulado y respecto al "menoscabo de la salud" de las mujeres:

- En la Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León, en el artículo 2; en la Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género, en el artículo 3; en el caso de la Región de Murcia en la Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género, en el artículo 40.1; en Navarra, la Ley Foral

14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres, en el artículo 3.h). En la Ley 5/2005 contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid en su artículo 2 respecto al Ámbito de Aplicación

- Tanto en **Extremadura** como en **Asturias** sus normativas no aluden a la VR en sus definiciones -artículo 4 y artículo 2, respectivamente-, ni tampoco tendrían cabida en definiciones amplias de la VG. Se asemejan por tanto al concepto de violencia de género que establece la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre.

En el caso de la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en **Extremadura**, hay que señalar que se hace un especial énfasis a la salud en la atención a las víctimas y en las políticas de salud (artículo 61, por ejemplo) que podría contribuir a la atención de la VR:

Art. 61.2. "Igualmente, se establecerán las medidas que garanticen, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma, la integridad física y psíquica de las mujeres y niñas, impidiendo la realización de prácticas médicas o quirúrgicas que atenten contra dicha integridad".

De forma similar, en **Asturias**, la Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género, se alude a "otras políticas públicas" en la sección tercera de la norma, por ejemplo en Artículo 20. La integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres en la salud, donde se alude a la promoción de la SSR.

El escenario autonómico muestra un escenario muy heterogéneo, lo que puede dar **resultados dispares en la atención a las víctimas y generar inequidades territoriales**. Así y tal como lo refiere el Informe GREVIO (2020), existen marcadas diferencias en términos del alcance en la legislación autonómica, **la prestación de servicios y la financiación asignada**.

6.3.3. Otras referencias institucionales

El [III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025](#) (PEIEMH) es la política pública en torno a la que se quiere promover la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en España y trata de impulsar los derechos fundamentales de las mujeres en nuestro país.

Dentro de los ejes en los que se desarrolla el PEIEMH, la violencia reproductiva está **parcialmente contemplada**, tanto en su **Eje 3 Vidas libres de violencia machista**, como en el **Eje 4 Un país con derechos para todas**.

El eje 3 sobre violencia machista, aparece dentro de la Línea VM.1 Marco institucional: consolidando los marcos de obligaciones institucionales frente a las distintas formas de violencia machista, la eliminación de intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias se incluye entre las prioridades. También se hace referencia en el punto VM.1.1.3. Definir y dar respuesta a la violencia en el ámbito sexual y reproductivo, así como a las intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias en el marco de la reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva e interrupción del embarazo. Medidas 349, 350 y 351.

El eje 4 Un país con derechos para todas, considera a su vez la VR en la Línea DEM.2. Salud, derechos sexuales y reproductivos: incorporando la igualdad de género y la voz de las mujeres en las políticas públicas sanitarias, y garantizando derechos, y en concreto en los puntos:

- DEM.2.2. Garantizar la salud y el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos para todas las mujeres.
- DEM.2.2.1 Proponer y aprobar la reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos reconocidos y legislar contra la violencia en el ámbito sexual y reproductivo, para la eliminación de intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas o innecesarias, y contra la explotación reproductiva, todo ello a través de un proceso participativa. (medida 518).
- DEM.2.2.3. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y especialmente a métodos anticonceptivos, a la anticoncepción de urgencia y a la interrupción del embarazo de todas las mujeres en el Sistema Nacional de Salud.

Junto con el PEIEMH, el marco de acción institucional sobre la AEA, tiene una doble naturaleza. Por un lado, encontramos referencias a las **políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva** y, por otro, a la **acción sobre la violencia contra las mujeres**.

En relación al primer ámbito, a nivel estatal, respecto a [la atención a la salud sexual y reproductiva](#), se cuenta con la **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSRR)** (2011) cuyo responsable es el Ministerio de Sanidad. Así mismo, se cuenta con las actuaciones del **Observatorio de Salud de las Mujeres** de la Dirección General de Salud Pública, que trabaja en la elaboración de líneas de actuación comunes para la disminución de las desigualdades de género en salud, entre ellas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

La ENSRR desarrolla 4 líneas estratégicas: promoción de la salud, atención sanitaria, formación de profesionales e investigación, innovación y buenas prácticas. En la ENSRR la AEAF no aparece especificada, a excepción de “los abortos y embarazos forzados” vinculados a la violencia sexual y su abordaje como parte de una política de salud sexual integral. Se pone mayor énfasis en la relación entre la violencia de género y la salud sexual y reproductiva.

El marco conceptual de **la ENSRR pertenece a un marco institucional con más de una década** de diferencia respecto a la actual y los enfoques de trabajo no están alineados con el Convenio de Estambul, cuya ratificación en España es del 2014, ni con la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, ni con la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En el Plan Operativo 2019-2020 de la ENSRR tampoco se hace referencia a la AEAF.

Hay que subrayar, no obstante, que entre los **aspectos transversales** que recogía la ENSRR se señala la **participación activa de las mujeres** dentro del propio proceso, además de la **accesibilidad** de la información. La atención a la discapacidad también es uno de ellos.

En este sentido, como parte de la ENSRR se trataba de alcanzar el objetivo “asegurar una atención adecuada a las mujeres con discapacidad. Ofrecer los medios estructurales y la información necesaria que permitan ejercer su derecho a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos/as que desean, el espaciamiento entre ellos y la manera satisfactoria de llevarlo a cabo”, además de facilitar su participación en el proceso.

Dentro de la ENSRR se recomienda facilitar la accesibilidad, disponer de protocolos ajustados a las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad, fomentar su

resiliencia y autonomía, diseñar programas específicos para las mismas, y crear puntos de encuentro con mujeres que estén o hayan pasado por su misma situación.

De la misma manera que en el ámbito de la *violencia de género* hay un marco heterogéneo de **actuación a nivel autonómico**, en el caso de concreto de la salud sexual y reproductiva sucede lo mismo, es decir, nos encontramos un panorama de acción institucional que muestra la variabilidad territorial y ello puede devenir e inequidades en la atención sanitaria.

Resulta especialmente relevante, la situación de **las mujeres con discapacidad y la atención a los DSR**, pues son las principales víctimas de la AEAF. De acuerdo con el estudio de Castellanos-Torres (2023) en las distintas autonomías se darían cuatro tipos de situaciones con las siguientes diferencias respecto a los DSR mujeres con discapacidad:

- CCAA que tiene recogidas las **especificidades de la atención a la salud sexual y reproductiva en mujeres con discapacidad**, tales como Andalucía⁸⁷, Canarias⁸⁸, Comunidad Valenciana⁸⁹ en sus políticas públicas.
- CCAA que han desarrollado **marcos normativos** concretos relacionados con la maternidad y la salud sexual y reproductiva, tales como Aragón⁹⁰, Navarra⁹¹, Castilla la Mancha⁹² y Cataluña⁹³.
- CCAA que han desarrollado Planes/Estrategias de Salud generales, pero en los que **no hay mención expresa a las mujeres con discapacidad en materia de salud sexual y**

⁸⁷ Entre ellas, se encuentra la accesibilidad de las consultas ginecológicas.

⁸⁸ Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR)

⁸⁹ Estrategia de salud sexual y reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021.

⁹⁰ artículo 71 de la Ley 7/2018, de 28 de junio, de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Aragón obliga a los poderes de la Comunidad Autónoma de Aragón a la *Protección de la maternidad*

⁹¹ Decreto foral 103/2016, de 16 de Noviembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en materia de salud sexual y reproductiva

⁹² Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de igualdad entre mujeres y hombres de Castilla-La Mancha

⁹³ Cartera de Servicios de las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Apoyo a la Atención Primaria publicada en 2007 por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña

reproductiva, como es el caso de Asturias⁹⁴, Castilla y León, Extremadura, Galicia, País Vasco⁹⁵, Baleares⁹⁶ y La Rioja⁹⁷.

En el Plan Estrategias Alineadas de la Rioja 2021-2024, dirigido a profesionales para poner en común las estrategias de salud. Se menciona la maternidad y sexualidad en el punto 15, en relación con la formación de las matronas en los protocolos consensuados de salud sexual y reproductiva, además de potenciar la educación maternal.

Una situación mixta, en el caso de Cantabria, el Plan de Actuación: Salud de las Mujeres (2008-2011) es plan global de salud de las mujeres al que se adhieren las necesidades específicas en salud, siendo uno de los apartados de salud sexual y reproductiva. En el área de actuación 2 relacionada con la Salud Sexual si se contempla un objetivo directo hacia las mujeres con discapacidad: *Promover el reconocimiento del derecho a la sexualidad de las mujeres con discapacidad*. Sin embargo, las mujeres con discapacidad no están incluidas en las acciones de salud reproductiva.

- CCAA que cuentan con **Estrategias/planes específicos para personas con discapacidad** como es el caso de la Comunidad de Madrid⁹⁸ y la Región de Murcia⁹⁹

Respecto al marco institucional referente a **la violencia contra las mujeres**, es necesario aludir al **Pacto de Estado en materia de Violencia de Género** (2017, prorrogado el 25 de noviembre de 2022)¹⁰⁰.

⁹⁴ Estrategia de atención al embarazo, parto, etapa neonatal y lactancia materna en Asturias. Contiene guías para las buenas prácticas en la atención al parto normal y a los cuidados neonatales, al igual que buenas prácticas en la etapa del embarazo y puerperio. No hay ninguna mención a la discapacidad.

⁹⁵ Cuenta con el Marco Estratégico de Salud 2021-2024 en el que se dedica un apartado dedicado a la salud sexual y reproductiva que promueva una sexualidad informada y saludable, con perspectiva de género y respeto a la diversidad

⁹⁶ Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027

⁹⁷ Plan Estrategias Alineadas de la Rioja 2021-2024, dirigido a profesionales para poner en común las estrategias de salud. Se menciona la maternidad y sexualidad en el punto 15, en relación con la formación de las matronas en los protocolos consensuados de salud sexual y reproductiva, además de potenciar la educación maternal.

⁹⁸ la Estrategia Madrileña de Atención a Personas con Discapacidad 2018-2022, en su medida 41 establece: "Desarrollar un programa de sexualidad y discapacidad para proporcionar educación sexual, informar y prestar apoyo en todos los aspectos biopsicosociales, afectivos y emocionales de los usuarios, que incluya formación e información a familias y profesionales de todas las categorías de los centros de la Agencia Madrileña de Atención Social"

⁹⁹ Plan Regional de Acción Regional Para Personas con Discapacidad, 2003.

¹⁰⁰ El Pacto prevé ampliar las disposiciones de la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y realizar una serie de modificaciones. Dichas modificaciones están basadas en el Convenio de

Aprobado por el pleno del Congreso de Diputados, es la referencia institucional clave de España junto con la Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas 2022-2025 (EEVM). En el Documento refundido del Pacto (DGVG, 2019) aparecían las referencias al aborto y esterilización forzados en el EJE 2. Mejora de la respuesta institucional: coordinación, Trabajo en red, dentro del punto 2.6. Justicia y en la medida 104.3:

*Los Grupos Parlamentarios que subscribimos el presente Informe señalamos la necesidad de: Declarar que **son también formas de violencia contra las mujeres** conforme al Convenio de Estambul, la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso sexual y el acoso por razones de género, **el aborto forzado y la esterilización forzada**, incluso en los casos en que no exista con el agresor la relación requerida para la aplicación de la LO 1/2004. Por lo tanto, la atención y recuperación, con reconocimiento de derechos específicos de las mujeres víctimas de cualquier acto de violencia contemplado en el Convenio de Estambul, y no previsto en la LO 1/2004, **se regirá por las leyes específicas e integrales** que se dicten al efecto de adecuar la necesidad de intervención y de protección a cada tipo de violencia. **Hasta que se produzca este desarrollo normativo, las otras violencias de género reconocidas en el Convenio de Estambul, recibirán un tratamiento preventivo y estadístico en el marco de la LO 1/2004.** Asimismo, la respuesta penal en estos casos se regirá por lo dispuesto en el Código Penal y las leyes penales.*

En todo caso con la aprobación del **Catálogo de referencia de políticas y servicios en materia de violencia contra las mujeres conforme a los estándares internacionales de derechos humanos** dentro de la Resolución de 16 de marzo de 2023, de la Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, por la que se publica el Acuerdo de la Conferencia Sectorial de Igualdad, de 3 de marzo de 2023, por el que se aprueba el plan conjunto plurianual en materia de violencia contra las mujeres (2023-2027) se atiende a “todas las formas de violencia contral las mujeres” desde diversas Áreas del Pacto.

Dichas áreas del Pacto se refieren a:

Estambul y las recomendaciones de su mecanismo de seguimiento GREVIO, así como en la Recomendación General n.º 19 y Recomendación General n.º 35 de la CEDAW y las recomendaciones del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. El cambio de normativa aún no se ha llevado a cabo.

- Área 1. Prevención y sensibilización frente a todas las formas de violencia contra las mujeres
- Área 2. Asistencia social integral y reparación
- Subárea 2.1. Servicios especializados de apoyo, asistencia y recuperación integral. Actuación 2.1.02. Servicios de atención y recuperación integral, gratuitos, accesibles, seguros y confidenciales, que garanticen la intimidad y la dignidad de la víctima, para las víctimas de todas las formas de violencia contra las mujeres. Actuación 2.1.03. Servicios de atención y recuperación integral especializados para hijos e hijas, y otras niñas, niños y adolescentes sujetos a su tutela, o guarda y custodia de las mujeres víctimas de todas las formas de violencia contra las mujeres
- Subárea 2.3. Servicios de salud actuación 2.3.01. Se impulsará que desde el sistema público de salud se garantice a las víctimas de todas las formas de violencia contra las mujeres. Incluyendo su gratuidad (actuación 2.3.03)
- Área 3. Protección y acceso a la justicia
- Subárea 3.1. Protección actuación 3.1.02. Se promoverá su formación obligatoria, así como la previsión de protocolos de actuación, para actuar frente a todas las manifestaciones de las violencias contra las mujeres
- Subárea 3.2. Acceso a la justicia en atención a todas las manifestaciones de la violencia contra las mujeres

Por su parte, **la Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas (EEVM) 2022-2025** menciona, por primera vez en la política estatal española, las violencias más invisibles y menos conocidas, aunque su desarrollo luego es muy desigual dentro de las líneas de acción y medidas esperadas. Uno de los elementos innovadores de la Estrategia es que está dirigida a **todas las violencias contra las mujeres**.

Las **“violencias en el ámbito reproductivo”** vienen mencionadas en el diagnóstico de situación, aunque no se aportan datos sobre la situación nacional y además, específicamente, en relación a las mujeres con discapacidad. Se tienen en cuenta desde el apartado de Contextualización, citando aborto y esterilización forzados como parte de este tipo de violencia junto a la explotación comercial del cuerpo de las mujeres (en relación con la gestación subrogada). Se alude tanto a la AEAF como a la gestación subrogada.

Igualmente, la Estrategia se detiene en la violencia reproductiva como parte de la atención a las violencias sexuales. Dentro del paquete de medidas la VR va incluida en:

- El **Eje 2 sobre Sensibilización, prevención y detección** de distintas formas de violencia machista, dentro de la Línea 2.1. Ampliando la mirada a todas las violencias y a todas las víctimas y supervivientes: mejora del conocimiento de todas las manifestaciones de la violencia machista. Y en concreto respecto a las medidas:
 - Medida 63. Realización de estudios sobre la esterilización forzosa como forma de violencias contra las mujeres.
 - Medida 66. Publicación de investigaciones sobre la incidencia de las intervenciones ginecológicas inadecuadas e innecesarias en la práctica gineco-obstétrica, perinatales y de salud reproductiva en centros sanitarios públicos y privados.
 - Aparte de eso, hay varias medidas relacionadas con la sensibilización y la prevención en el ámbito de los derechos reproductivos (Medidas 87, 137, 138).
- El **Eje 3 sobre Protección, seguridad, atención y reparación integral**, dentro de la Línea 3.6. Garantizando la reparación individual e integral, en la Medida 233. Garantía de protección del derecho de todas las víctimas a un tratamiento terapéutico, social y de salud sexual y reproductiva.

Finalmente, en cuanto al **marco autonómico de erradicación de las violencias machistas**, tal y como se recoge en el Primer informe de evaluación España emitido por GREVIO (2020), existen grandes diferencias entre las Comunidades Autónomas. Sobre todo en la implementación de las políticas públicas tal y como se recoge en el Convenio de Estambul.

A pesar de las diversas medidas de coordinación adoptadas institucionalmente, no se garantizan niveles comparables de protección y apoyo de manera global a las diferentes formas de violencia de género a las que pueden estar expuestas las mujeres y, en particular, a las mujeres con discapacidad. Esto es especialmente relevante en el caso de las formas de violencia que se producen fuera del ámbito de la pareja y expareja, como puede ser el caso de las violencias en mujeres con discapacidad en el entorno familiar o del personal cuidador.

El Informe GREVIO alerta de que son pocas las comunidades autónomas que ofrecen servicios especializados para víctimas de agresión sexual y violación¹⁰¹, y existen aún menos servicios especializados de apoyo para mujeres en riesgo de sufrir violencia reproductiva.

Señala que las políticas públicas y los recursos de atención frente a la violencia contra las mujeres en nuestro país han ido dirigidos principalmente al contexto de la pareja o expareja, en consonancia con el concepto de violencia de género que recoge la Ley Integral 1/2004, desarrollando en menor medida acciones frente a las otras violencias incluidas en el Convenio de Estambul.

Ante la carencia de políticas integrales para el abordaje de esas otras formas de violencia, **la respuesta institucional a nivel autonómico ha sido dispar**, careciendo de una perspectiva centrada en las víctimas y en la coordinación interinstitucional. Esta situación se hace más palpable cuando se busca facilitar la interacción entre el conjunto de profesionales que intervienen frente a la violencia reproductiva, de la misma manera parece estar más limitada la recogida de datos, la sensibilización y la formación a profesionales sobre estas otras formas de violencia que se producen fuera del ámbito de la pareja o expareja (GREVIO, 2020).

El Informe GREVIO (2020) señala como tarea fundamental para la política pública la **inversión en servicios que atiendan a la violencia reproductiva** recogida en el Convenio de Estambul, que las víctimas cuenten con el asesoramiento, el apoyo psicológico a largo plazo y una atención centrada en las víctimas, sensible a las experiencias traumáticas de primera necesidad (GREVIO, 2020).

¹⁰¹ CIMASCAM en Comunidad de Madrid, AMUVI (asociación) en Andalucía, Centro de Crisis en Asturias y el Ayuntamiento de Madrid. Según el informe GREVIO (2020) de las 17 CCAA, solo siete cuentan con un servicio especializado dirigido a las víctimas de agresión sexual y violación, dejando así desatendida un gran parte de España y las zonas rurales en particular.

7. AEF: mapeo de la atención a las mujeres víctimas

7.1. La intervención de las EELL

7.1.1. Acciones locales en materia de VCM

Las entidades locales que han tomado parte en la encuesta tienen **distintas trayectorias en la atención a la violencia contra las mujeres (VCM)** y pertenecen a todas las Comunidades Autónomas. Puede consultarse la distribución territorial de las participantes en la encuesta en la metodología.

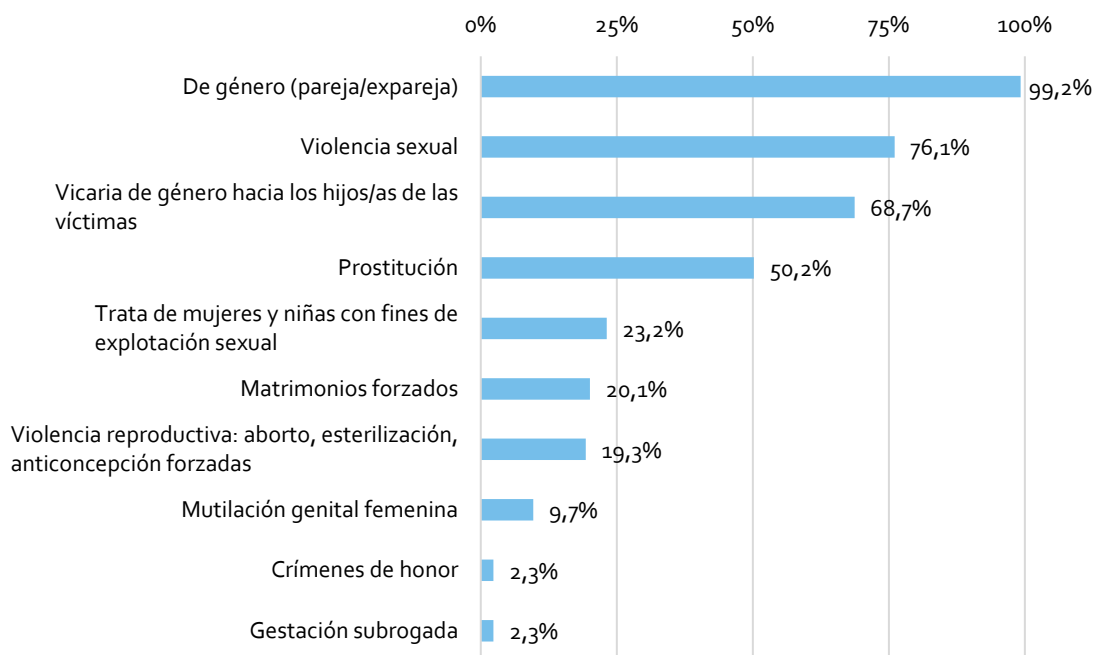
Existen ayuntamientos pioneros con actuaciones en materia de igualdad desde 1980 y también entidades locales que comenzaron sus políticas más recientemente, gracias sobre todo al PECVG. De acuerdo con los datos recopilados en la encuesta a EELL, el inicio de las actuaciones se sitúa de media en el año 2005.

Con independencia del tiempo que lleven actuando, las EELL **han centrado su trabajo en las violencias que han contado con mayor conocimiento y visibilidad institucional** en su marco territorial. De forma uniforme -sobre todo- respecto a la *violencia de género (VG)*, es decir la violencia de los hombres contra las mujeres en las relaciones de pareja/expareja.

Se puede distinguir entre las EELL que -a lo largo de su trabajo- tienen conocimiento sobre diferentes violencias (ver gráfico 4) y el hecho de proveer de servicios de atención a las víctimas de dichas violencias (gráfico 5), que se centra en la violencia de pareja y la violencia sexual fundamentalmente.

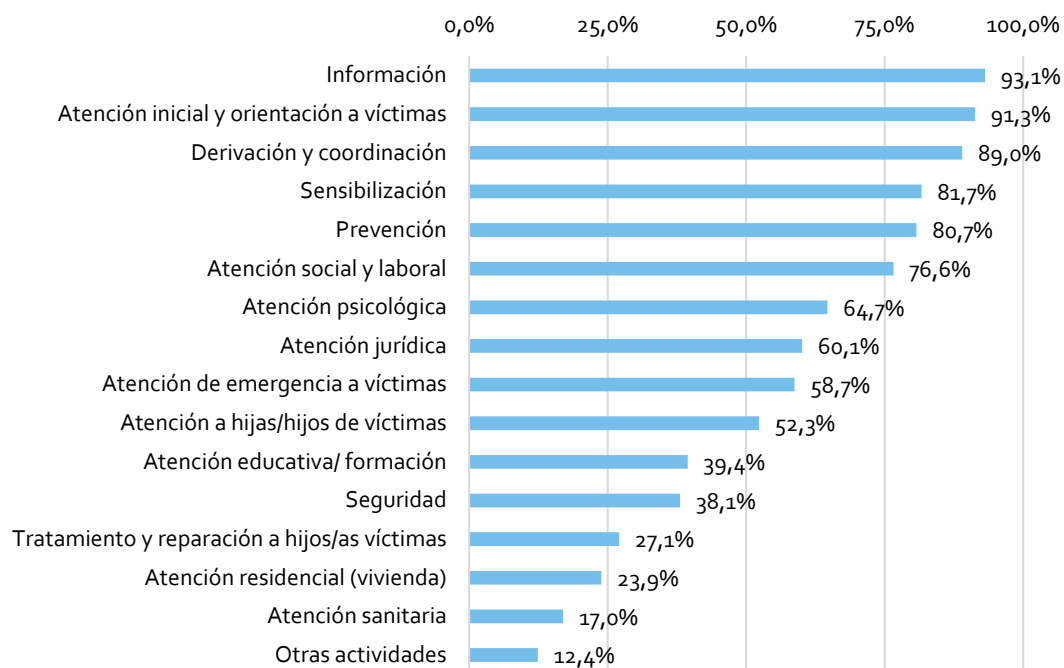
Las acciones en materia de violencia, tanto de atención a víctimas como de otro tipo (sensibilización, prevención, coordinación) se realizan tanto desde las áreas de igualdad como desde servicios sociales comunitarios cuando éstas primeras no están dotadas de recursos humanos, o no existen aún. El 91,4% de las EELL tienen algún tipo de atención directa a las víctimas (ver gráfico 5). **El 89,2% de las entidades encuestadas formaban parte de ATENPRO.**

Gráfico 4. EELL: violencias que sí ha podido conocer en el desarrollo del trabajo en la entidad local



Red2Red, 2023. Encuesta a entidades locales sobre otras formas de violencia contra las mujeres. N= 259

Gráfico 5. EELL: actuaciones que se realizan en la actualidad con las víctimas de violencia (en general)



Red2Red, 2023. Encuesta a entidades locales sobre otras formas de violencia contra las mujeres. N= 218

Solamente el **63% de las EELL cuenta con un presupuesto** específico para la acción local en materia de lucha contra la VCM. Aún menos entidades **-el 48%- desarrolla su trabajo a partir de una planificación estratégica** (local o regional). No obstante, los planes marcos de actuación son muy diversos y algunos no son específicos de VCM. De esta forma, las referencias abarcan: planes contra la violencia de género o diferentes VCM, o planes de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, a referencias a VIOGEN, al PECVG o planes estratégicos de servicios sociales.

En cuanto a **mecanismos de coordinación** de la política local en materia de VCM, las EELL cuentan con recursos diversificados: protocolos de atención a las víctimas, protocolos de coordinación institucional y mesas o protocolos de seguimiento. No obstante, su uso difiere de un tipo de violencia a otro (ver tabla 4). Siendo la violencia en el ámbito de la pareja y la violencia sexual los tipos de violencia que cuentan con un mayor número de procedimientos en las entidades locales; y la MGF, los matrimonios forzados y la prostitución, las violencias que tienen menos protocolos de atención y coordinación (ver tabla 4).

En general, hay una **mayor sistematización en los procedimientos de atención** a las víctimas (protocolos de atención), cierta coordinación institucional de recursos y agentes, y poca coordinación en el seguimiento del fenómeno y la evolución de los casos a medio y largo plazo.

Tabla 4. EELL: disponibilidad de protocolos sobre violencia contra las mujeres

	Protocolo de atención a víctimas	Protocolo de coordinación	Mesa o mecanismo de seguimiento
VG pareja/ expareja	82,8%	81,6%	73,9%
Vicaria (hijos/as)	56,1%	58,8%	52,3%
V. Sexual	58,8%	53,7%	46,2%
Prostitución	26,2%	24,4%	17,2%
Trata con fines de explotación sexual	24,8%	17,3%	16,2%
MGF o matrimonios forzados	16,2%	17,5%	12,8%

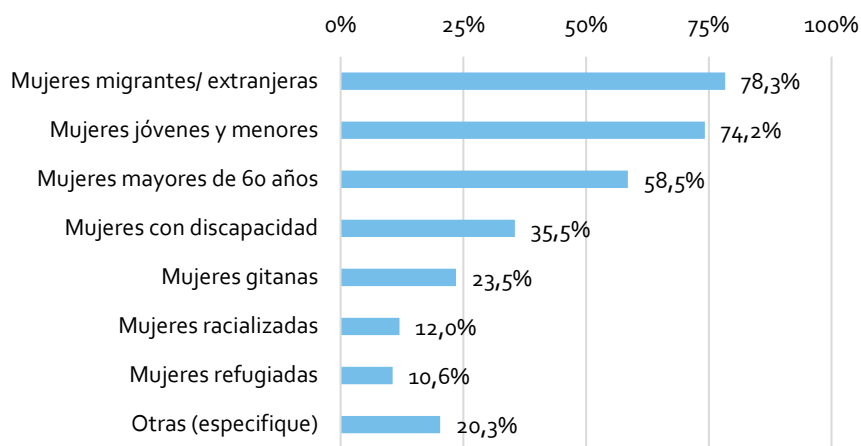
Red2Red, 2023. Encuesta a entidades locales sobre otras formas de violencia contra las mujeres

La vulnerabilidad ante la violencia, y el sentido de ser o no víctima, es diferente para cada mujer y se construye de forma socio-relacional (Guilló Girard, 2018). Ello depende de diferentes factores, entre ellos otras situaciones de discriminación -además de la de género- a las que se

tenga que enfrentar; por ejemplo, en función de la edad, la (dis)capacidad, la etnia, la racialización, la clase social, etc.

Trabajar desde el enfoque de la diversidad favorece visibilizar a las mujeres desde un enfoque plural e individualizar mejor los procesos de atención según sus necesidades. En este sentido, se preguntó a las EELL por los perfiles de mujeres que atendían en sus servicios de atención a la violencia machista. En todas las EELL está presente **la diversidad de colectivos de mujeres** (ver gráfico 6), no obstante, la aplicación de la interseccionalidad está aún ausente de casi el 30% de las áreas o servicios locales.

Gráfico 6. EELL: grupos de mujeres o vulnerabilidades están más presentes en el enfoque de trabajo actual de la entidad



Red2Red, 2023. Encuesta a entidades locales sobre otras formas de violencia contra las mujeres

En general, la **valoración de la aplicación del enfoque de género interseccional** en el trabajo del área o servicio por parte de las EELL muestra una autoapreciación alta en su desempeño. De una escala de cuatro de niveles (0-3), el 24,2% considera que lo aplica totalmente y el 46% se sitúa en un nivel 2 (bastante), y el resto de las EELL se posiciona en poco (nivel 1) 24,2% y 5,6% en nada (nivel 0).

7.1.2. EELL: Experiencias de atención en AEF

El 29% de las/os profesionales de entidades locales que han respondido a la encuesta desconoce en qué consiste el aborto, la esterilización y la anticoncepción forzadas (AEF).

El 71% dice conocer las características de esta violencia reproductiva (VR). No obstante, solamente el 18,5% de todas estas/os profesionales afirman haberlas conocido en el desarrollo de su trabajo en el ámbito local.

El 9% del personal técnico que ha contestado la encuesta afirma disponer de algún tipo de actuación en AEAF, aunque en general están asociados a la violencia sexual o de pareja.

Casi en su totalidad se trata de casos de violencia sexual y de VG en el ámbito de la pareja/expareja que tienen una dimensión de daño reproductivo. Es decir, los casos que se detectan actualmente por parte de las EELL no están referidos específicamente a la particularidad de la AEAF. Se trata de una **violencia muy poco visible para las y los profesionales** de los recursos públicos.

Debido a este contexto, **no hay protocolos de atención específicos a las víctimas de AEAF**; tampoco se diferencia entre actuación de emergencia y atención general.

No obstante, alrededor del 2% de las EELL sí consideran que la atención a la VR se incluye en sus protocolos de atención a las víctimas y de coordinación institucional de la violencia machista. Ya que se asimila a las consecuencias de la VG y la VS.

En general, la disposición de las EELL en este sentido se resume con la siguiente aportación cualitativa a la encuesta de una de las entidades locales participantes: "se atiende a todas las mujeres víctimas de violencia machista, sea cual sea la forma de violencia. Todos los recursos del servicio están a disposición de todas las víctimas, independientemente del tipo de violencia vivida".

No se ha identificado en la muestra **ningún recurso especializado** diferente a los asimilables a la tipología de centros de atención a la mujer, puntos de violencia o centros de atención a la violencia sexual. Las EELL consideran que estos son los dispositivos de referencia en caso de AEAF. Cuando se han detectado casos de VR (tal y como la entienden en la actualidad las EELL), se ha trabajado bajo el enfoque de la coordinación y derivación; bien, con recursos locales o supralocales.

Respecto al **trabajo que se realiza con recursos locales**, se diferencian cuatro lógicas de funcionamiento en las EELL:

1. La primera de ellas y más frecuente es la de profesionales que atienden y derivan a los **recursos de igualdad generalistas** de sus municipios (centros o Servicios de atención a la mujer, oficina de información a la mujer, etc.).

2. En segundo lugar, aquellas en las que incorporan en su atención y derivación los servicios de atención específica en **violencia contra las mujeres** en cualquiera de sus formas, para una atención lo más integral posible.
3. En tercer lugar, y en menor medida, quienes derivan al asesoramiento del **centro de salud local**. En esta línea, y de manera más específica, solo dos de las EELL señalan expresamente la **derivación** a los Centros y/o Programas de **Atención Sexual y Reproductiva**
4. En cuarto lugar, de modo residual, se deriva a las víctimas a los **servicios sociales**.

Sobre los **recursos propios con los que se coordinan**, principalmente lo hacen con el área de igualdad y los centros municipales de información de las mujeres, y los propios equipos de atención integral a la violencia de género. Además de los servicios sociales de zona, con los centros sanitarios de atención primaria y especializada, centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, con Policía Local y en menor medida con los servicios de juventud y centros educativos. Hay otros recursos que son referenciados como los Juzgados, Fiscalía, organismos autonómicos de igualdad, equipos de VIOGEN, Oficina de Asistencia a las Víctimas de Delitos; así como con el tejido asociativo.

Respecto a los recursos **supralocales de referencia** para los casos de AEAF, estos son principalmente del **ámbito sanitario** (Centros de salud y hospitalarios, u ONG como, por ejemplo, Médicos del Mundo) y también específicos de unidades de **salud sexual y reproductiva**. Sin olvidar que también se mencionan los servicios especializados en VCM y violencia sexual cuando éstos no están disponibles en el ámbito local.

Experiencias de interés

Las experiencias locales **se centran en la promoción de DSR y la prevención de la violencia sexual y de género**. No se han detectado en la exploración actuaciones especializadas en AEAF, pero sí hay prácticas que las incluyen. De este modo, se ha considerado de interés hacer referencia a las siguientes experiencias.

Desde las EELL se han implementado programas de salud sexual y reproductiva, dirigidos en sus orígenes (años 80) principalmente a adolescentes y jóvenes, con el enfoque de la promoción de la salud

sexual -planificación familiar- a través de los centros municipales de salud y la educación sexual en los centros educativos. Desde las concejalías de juventud y con diferentes denominaciones se fueron

creando servicios de "asesoría joven" (asesoría afectivo- sexual, infosex, Asexoría, asesoría sexológica, joves-sex, etc.).

En las prácticas actuales cabe señalar el Programa de Salud sexual y reproductiva *Vivencias sanas y placenteras de las diversidades sexuales* del **Ayuntamiento de Madrid**¹⁰² en el marco de la Estrategia "Madrid, una ciudad saludable, 2020-2023". Se dirige a promover la SSR, la prevención de embarazos no planificados/ni deseados y dificultades asociadas a las sexualidades (ITS, disfunciones sexuales, discriminación y violencia sexual y de género). Abierto a toda la ciudadanía, la "población diana preferente" son personas menores de 25 años y a personas en situación de vulnerabilidad social (incluyendo *personas con diversidad funcional*). Incluye el trabajo con profesionales del ámbito docente, sanitario y de mediación social que trabajan con estos colectivos. No aborda de manera expresa la VR pero sí que desarrolla

objetivos específicos frente a la prevención y atención de la violencia sexual.

El **Ayuntamiento de Barcelona** dispone desde el año 2014 la *Estrategia compartida de salud sexual y reproductiva* (ESSIR)¹⁰³, que es un marco de actuación participado fundamentado en múltiples alianzas agentes para impulsar la protección, el respeto y la garantía de los DSR. El mapeo de activos en salud menciona los Programas de prevención de las relaciones abusivas en mujeres y niñas con discapacidad, y toma en consideración la vulnerabilidad de las personas con discapacidad.

El municipio de **Los Realejos** (Santa Cruz de Tenerife) lleva desde 1998 trabajando a través del Plan Municipal de Educación Afectivo Sexual¹⁰⁴ para favorecer que la población viva sus relaciones afectivas y sexuales de un modo positivo, responsable y no discriminatorio. Desde el año 2013 desarrolla el proyecto "Construyendo sexualidades" con la Asociación Sexualidad y Discapacidad Canarias.

¹⁰² Ayuntamiento de Madrid (acceso).

¹⁰³ Ayuntamiento de Barcelona (acceso).

¹⁰⁴ Ayuntamiento de los Realejos (acceso).

7.2. Organizaciones especializadas: atención AEAF

7.2.1. Características de las entidades

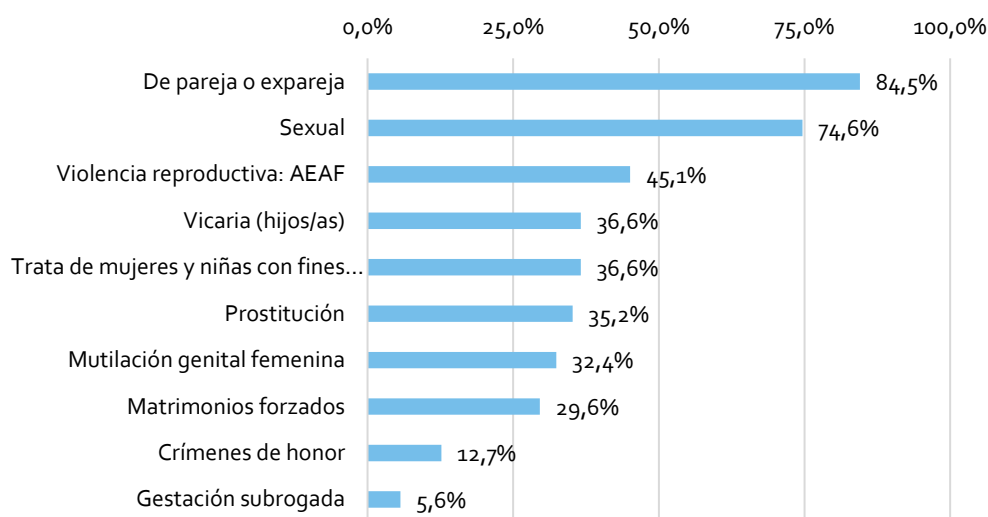
La encuesta a organizaciones y personas expertas obtuvo un total de 73 respuestas, si bien la falta de experiencia práctica en la atención a víctimas ha evidenciado que son muy pocas las organizaciones que cuentan con recursos especializados en VR.

El **94,4%** tenía algún tipo de servicio de atención a mujeres víctimas de violencia. El 7,9% presta algún servicio de ámbito local relacionado con ATENPRO.

El ámbito de actuación de las organizaciones es diverso, tanto en el **tipo de acción territorial** que realizan (estatal 42,3%, autonómico 32,4%, provincial 15,5% y local 19,7%), como por el tipo de violencias machistas a las que se dirigen en sus actuaciones.

Como en el caso de las EELL, la atención se centra sobre todo en **la violencia de pareja y la violencia sexual** (en diferentes manifestaciones) y, debido a la presencia de entidades de la discapacidad, a la atención a las mujeres con discapacidad víctimas de AEAF (ver gráfico 7).

Gráfico 7. Experiencia de la organización en tipos de VCM

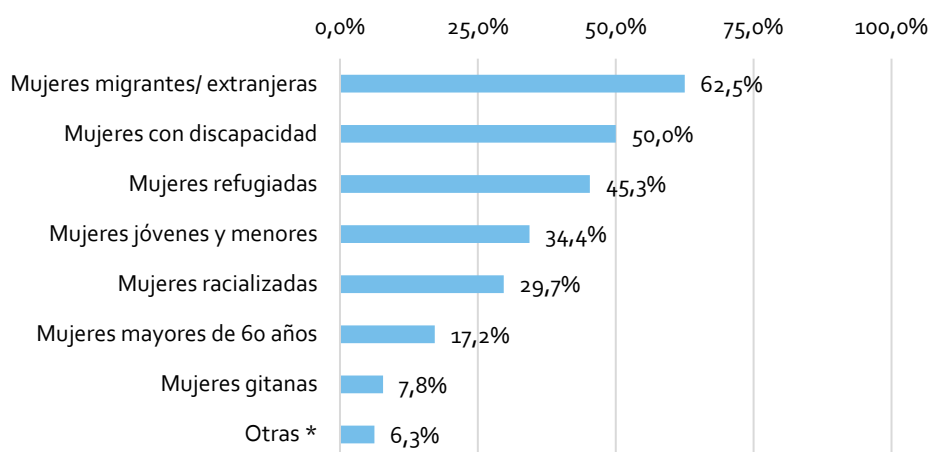


Red2Red, 2023. Encuesta a personas y organizaciones expertas sobre violencia reproductiva (N=73)

La autopercepción del grado de **integración de la interseccionalidad** en el enfoque de género es total (50%) para la mitad de las profesionales encuestadas, bastante para el 35,9% y poco para el 14,1%. La diversidad de colectivos de mujeres y la presencia de mujeres vulnerables es

clara en el trabajo de las entidades especializadas. Los **grupos de mujeres o vulnerabilidades** que están más presentes en el trabajo actual de la entidad están recogidos en el gráfico inferior.

Gráfico 8. Organizaciones especializadas: grupos de mujeres o vulnerabilidades más presentes en su trabajo actual



Red2Red, 2023. Encuesta a personas y organizaciones expertas sobre violencia reproductiva (N=73)

Nota: (*) mujeres y niñas con discapacidad en el entorno rural; mujeres con problemas de salud mental; mujeres del entorno de la exclusión social; mujeres migrantes y refugiadas sordas con discapacidad.

7.2.2. Actuaciones en materia de AEAF

Solamente **el 28,7% de las organizaciones especializadas señaló tener conocimiento experto o disponer de algún tipo de actuación** en materia de AEAF (21 organizaciones de un total de 73).

Se trata fundamentalmente de entidades del movimiento/atención a la discapacidad o mujer y discapacidad, aunque también organizaciones expertas en género y salud, derechos de las personas migrantes y refugiadas y derechos humanos. Su *expertise* fundamental se encuentra, como en el caso de las EELL, en la atención a la VS y la VG; por ello, los casos de violencia reproductiva son detectados con frecuencia -pero no exclusivamente- a partir de la detección de la violencia inicial con la que se la relaciona.

Teniendo en cuenta que **las principales afectadas de AEAF son las mujeres con discapacidad**, las profesionales del ámbito manifiestan que llegan pocos casos directos, pese a que la mayoría sospecha de muchas esterilizaciones o abortos forzados.

Una dificultad del trabajo de campo posterior, cualitativo, ha sido el secretismo e incluso reticencia de algunas profesionales contactadas a lo largo de la exploración de

campo; pues la práctica de la esterilización suscita diferentes posicionamientos y polémica incluso dentro del propio movimiento de la discapacidad.

Las organizaciones participantes en la encuesta **no llevan procedimiento de registros de los casos de AEAF detectados ni realizan mediciones** de la prevalencia entre sus usuarias. En este sentido, las entidades indican que atienden entre 1 y 20 mujeres al año. La percepción subjetiva de las entidades es que, quizás, más de la mitad de las usuarias -de más de 50 años- estaría esterilizada y casi todas las mujeres jóvenes con discapacidad experimentarían la anticoncepción forzada.

En referencia al **tipo de actividades que se realiza respecto a la AEAF, no hay una tipología estándar de servicios**. En general, se desarrollan actuaciones de prevención, información, sensibilización, derivación y coordinación, y en algunos casos de atención directa: orientación, atención psicológica y de atención jurídica a las víctimas.

Entre las experiencias implementadas destaca el **apoyo socio-legal** a mujeres víctimas con parálisis cerebral, ya que constatan que se dan mayores casos de abuso sexual y esterilizaciones forzosas en mujeres con parálisis cerebral que en hombres¹⁰⁵. También se ha señalado la existencia de unidades interdisciplinarias de asistencia a mujeres con discapacidad o discapacidad sobrevenida víctimas de VG. Estas Unidades prestan cobertura psicosocial, información, acompañamiento y asesoramiento para hacer frente a las situaciones de violencia, sus secuelas y la prevención de nuevos episodios.

En la atención a las víctimas **no se diferencia la atención de emergencia**. No obstante, de acuerdo con la experiencia de las organizaciones, **una situación de crisis** en las víctimas de AEAF estaría relacionada con varias situaciones:

- **Sanitarias;** respecto a efectos secundarios de las prácticas a las que son sometidas o por falta de seguimiento médico adecuado o ausencia de atención ginecológica reparadora.
- **De seguridad;** en relación a los momentos en los que terceras personas planifiquen una acción de AEAF sobre la víctima.

¹⁰⁵ Las barreras de tipo comunicativo que se encuentran en las mujeres con parálisis cerebral, la mayoría tiene disartria (dificultad en la articulación de las palabras), conduce a que en contextos ajenos a su círculo personal no se les entienda. Para garantizar la comunicación bidireccional se emplea comunicación aumentativa.

- **Comunicativa;** debido a la falta de medios o apoyos para comunicarse directamente con la víctima; sobre todo en el caso de mujeres con discapacidad con grandes necesidades de apoyo.

Respecto a los procedimientos de atención, **no se han señalado protocolos** dirigidos a la atención a las víctimas para la intervención integral.

Se considera que los protocolos deberían ser similares a los existentes en VG, en el sentido de abarcar los mismos recursos. No obstante, sí se ha considerado, por parte de las organizaciones encuestadas, que **para facilitar la petición de ayuda y la formulación de demandas** por parte de las víctimas es necesario tener en cuenta varias cuestiones en la intervención con las MVV que las organizaciones tratan de aplicar en su trabajo:

- Información permanente sobre DSR.
- Garantía de accesibilidad universal (física, cognitiva y cultural).
- Credibilidad a la víctima (rompiendo el estereotipo sobre la discapacidad que presenta, los orígenes culturales, el antigitanismo, etc.).
- Comunicación eficaz y consentimiento para la intervención. Contar con apoyos comunicativos (ej. logopedas), mediación cultural (ej. antropólogas), u otros recursos para la comunicación directa con las víctimas y no a través de otro tipo de terceras personas. Tener siempre presente la vergüenza y los tabúes asociados a la VR.
- Respetar los tiempos que marca la propia víctima en la intervención; pues no se tiene suficiente *expertise* en procedimientos estandarizados pautados con las mujeres víctimas.

En relación a **protocolos de atención, o de coordinación institucional y/o mesas o protocolos de seguimiento** sobre VR no se ha indicado su existencia a excepción de dos entidades que están en proceso de elaboración de protocolos.

Una, respecto a la derivación de casos de AEAF desde la Administración hacia la entidad especializada, y otro en relación a pautas para profesionales sanitarios encaminado a garantizar el consentimiento libre e informado por parte de la mujer ante la esterilización.

En relación a la **coordinación con otros recursos** locales (públicos o privados), ninguna organización trabaja con recursos especializado en AEAF porque indican que no existen, sino

que lo hacen con otro tipo de recursos más generalistas: bien de violencia de género o bien de discapacidad. En parte, muchas de estas entidades suponen ser “el recurso” especializado.

A nivel local se trabaja con la red de centros de atención especializada para MVV que correspondan a su comunidad autónoma, con asociaciones de mujeres, de mujer y discapacidad, o con los centros de atención integral a víctimas de agresiones y/o abusos sexuales.

En el caso de las **mujeres solicitantes de protección internacional**, hay que mencionar la existencia incipiente del Protocolo de Actuación de Violencia sobre Género del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y ACNUR. Su aplicación se está realizando a través de un proyecto de implementación que se desarrolla junto con diversas ONG. No obstante, no incluye -por el momento- la violencia reproductiva en ninguna de sus formas.

A pesar de ello, de constatarse, la consideración de la mujer como *víctima de violencia de género* -con independencia de su tipología, le permitiría acceder a los recursos y servicios previstos en el protocolo y mejorar su protección por parte del Estado español. Del mismo tiende a emplearse protocolos para la detección y actuación de otras violencias¹⁰⁶, como son los relativos a la MGF, matrimonios forzosos y trata con fines de explotación sexual¹⁰⁷.

A través de la unidad de violencia de género del Ministerio de Inclusión, se puede solicitar una plaza dentro los Programas para atención a personas solicitantes y beneficiarias de Protección Internacional, del Estatuto de Apátrida y de Protección Temporal, que sea específica para víctimas/supervivientes de violencia de género. También a través de las unidades territoriales, se puede acceder a plaza de emergencia para estas mujeres, sin necesidad de interponer denuncia

Experiencias de interés

En cuanto a las [organizaciones de mujeres con discapacidad y de atención a la discapacidad](#), éstas cuentan una amplia trayectoria en la promoción de los DSR de las mujeres, incluyendo el apoyo a la maternidad y el trabajo sobre las esterilizaciones a mujeres con discapacidad.

¹⁰⁶ Véase la web de la DGVG donde se ofrece una compilación instrumentos de detección y acción.

¹⁰⁷ Véanse los estudios promovidos por la FEMP al respecto (2023).

En el trabajo de campo se han identificado numerosas prácticas **sobre DSR**, algunas de información y sensibilización, y otras de atención. Las siguientes suponen una muestra de interés.

En relación a organizaciones de **ámbito estatal**, es necesario hacer referencia a Entidad: 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 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 general, en el **ámbito autonómico**, las referencias son las 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 Mujeres con

Discapacidad de Galicia, Luna Andalucía Federación de asociaciones para la promoción de mujeres con discapacidad, FAMDISA Federación de Asociaciones 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 cuanto a **experiencias locales**, se han considerado de interés las siguientes: Amanixer - Asociación aragonesa de mujeres con discapacidad (Zaragoza), Associació Dones No Estandars (Barcelona), AFANIAS Madrid, APSA (Alicante), Fundació Vicki Bernadet (Barcelona y Zaragoza), Xarxa dones amb discapacitat (Valencia), AFAEMO, Asociación de familiares y amigos/as de personas con trastornos mentales de Moratalaz (Madrid), Más Mujer- Asociación de mujeres con discapacidad física y orgánica de la Región de Murcia, Asociación Paz y Bien (Sevilla y Huelva), Sexualidad Funcional (Valencia), GORABIDE Asociación Vizcaína a favor de las personas con discapacidad intelectual, ASPAYM Madrid, COCEMFE Alicante,

AFEMAGRA Salud Mental Granada,
AFESOL Asociación de Familias y Personas

con Enfermedad (Málaga), Fundación
Esfera (Madrid).

Por otro lado, hay que destacar, en el caso de las [mujeres migrantes, solicitantes de protección internacional y refugiadas](#), la existencia de protocolos de detección de diferentes tipos de la violencia en el ámbito de la pareja/expareja y otras violencias por parte de varias ONG y también actuaciones en materia de sensibilización y protección de los DSR de las mujeres migrantes y refugiadas en España.

Entidades como ACCEM y CEAR cuentan con protocolos para la detección y prevención y procedimientos de atención. En el caso de **ACCEM**, se dirigen a profesionales, voluntariado y usuarios/as. Respecto a la atención, se hace seguimiento del caso identificado por parte de un equipo interdisciplinar, para lo cual se utiliza un informe social como herramienta de recogida de información y seguimiento. El servicio jurídico de protección internacional elaboró en 2021 materiales formativos sobre violencias machistas con el objetivo de ampliar la visión y concepción de violencias que pueden sufrir las mujeres por el hecho de serlo para mejorar la detección y atención de necesidades de protección internacional por motivos de género.

Se ha establecido igualmente una práctica de colaboración entre ACCEM y Médicos del Mundo en Canarias, mediante la cual, al ser detectado un caso de violencia sexual (especialmente MGF) se elabora un informe por parte de Médicos de Mundo que puede

servir para la obtención de protección internacional. Ha desarrollado un Convenio con el Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales de Asturias para ofrecer servicios de interpretación y traducción ante casos de violencias machistas. Las profesionales intérpretes también eran mediadoras culturales con formación en género gracias a otro programa de ACCEM "mediadoras en igualdad".

ACNUR ha liderado el **Proyecto Semilla**, para la implementación del Protocolo de Actuación de Violencia sobre Género del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones con la colaboración del propio MISSI y las ONG que forman parte del SAPIT. En sus conclusiones se prevé la ampliación a todas formas de VCM.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, destaca el programa "Salud entre culturas" del **Hospital Ramón y Cajal de Madrid**, cuya línea de **"Salud Entre Mujeres"** busca crear un espacio de educación para la salud adaptado cultural y

lingüísticamente. Trabaja los DSR, incluida la violencia, entre otras actividades, y ofrece un servicio de "psicología transcultural".

El **Proyecto RAISA, de Farmamundi**, se desarrolla en colaboración con el **Ayuntamiento de Barcelona**, desde el que se favorece el acceso al sistema sanitario y se presta atención a mujeres migrantes en

el ámbito de salud y los DSR, así como para la prevención y erradicación de la violencia.

En esta misma línea se desarrolla la campaña la campaña "TÚ IMPORTAS. Tu sexualidad es importante" dirigida a mujeres migrantes de la **UNAF**.

7.3. Análisis de las prácticas consultadas

Tal y como se ha explicado, **la acción sobre la AEAF es poco específica** en España, a excepción de algunas entidades que trabajan con mujeres con discapacidad.

La mayoría de las experiencias que existen en nuestro país son realizadas por organizaciones no gubernamentales del ámbito de la discapacidad y algunos recursos públicos de salud (salud mental o salud sexual y reproductiva). Los servicios especializados en igualdad y lucha contra la violencia contra las mujeres (VCM) no están liderando este tipo de líneas de acción.

Tal y como se explicaba en la metodología, las 7 prácticas que se han analizado aportan expertise -sobre todo- en el trabajo sobre VCM y discapacidad. Pese a que no todas se centran en AEAF (dado la falta de prácticas especializadas), sí permiten conocer mejor las características de la atención a la violencia reproductiva cuando está asociada a VG y la VS. Sobre todo, nos permiten entender criterios de actuación y accesibilidad universal transferibles a la atención **a todas las mujeres**.

Así mismo, se ha tenido en cuenta información proporcionada en los cuestionarios y otras expertas consultadas. La relación de informantes se puede consultar el Anexo 3.

7.3.1. Resumen de las experiencias

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

- Saviex surgió en 2021 como fruto de uno de los resultados del Estudio sobre la situación de la violencia contra las mujeres con discapacidad en Extremadura (Cermi Extremadura, 2020).
- Es implementado por el Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de Extremadura (CERMI Extremadura) gracias al apoyo de la Junta de Extremadura -con fondos del Pacto de Estado contra la violencia de género- que gestiona la Consejería de Igualdad.
- Aunque no se trabaja para la detección de casos de violencia reproductiva se trabaja con su sospecha. Sobre todo en el caso de la atención a mujeres que han sufrido agresiones sexuales por parte de personas del entorno familiar.
- Saviex cuenta con una técnica especializada que trabaja como profesional de referencia para mujeres y niñas con discapacidad, así como para los diferentes organismos y recursos que intervinieren durante el proceso de salida y recuperación de la violencia.
- La intervención se articula en un modelo de apoyo personal que dé respuestas a las necesidades específicas derivadas del tipo de discapacidad y de otros condicionamientos individuales, para una atención inclusiva, accesible y eficaz en torno a situaciones de VCM.
- Los componentes de atención a mujeres del servicio se realizan mediante la detección (a través de la colaboración y derivación) desde diversos recursos especializados destinados a erradicar la violencia de género¹⁰⁸. Contempla procedimientos de coordinación tras la derivación de los casos con los diferentes profesionales encargados de trabajar con mujeres o niñas con discapacidad.
- En el protocolo de atención se realiza una intervención personalizada desde el momento en que la mujer, de forma voluntaria, se pone en contacto a través de correo

¹⁰⁸ Oficinas de igualdad y Violencia de Género de la red de la Junta de Extremadura; organizaciones no gubernamentales (ONG) y asociaciones que atienden a mujeres víctimas de violencia de género y/o a personas con discapacidad; cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y profesionales del ámbito jurídico (abogacía, judicatura y fiscalía).

electrónico, teléfono móvil o de manera presencial. Una vez que se haya proporcionado la atención y el acompañamiento pertinentes, se lleva a cabo un seguimiento a través de llamadas telefónicas.

- También se colabora con otros recursos involucrados en la prevención y la sensibilización. Lleva a cabo acciones de formación en VG a profesionales de la asistencia personal con una perspectiva interseccional. Transfiere el conocimiento y buenas prácticas en materia de atención a mujeres con distintos tipos de discapacidades a otros recursos. Las acciones promovidas (2022 y 2023) se han dirigido a la colaboración institucional y técnica, y la divulgación, concienciación y prevención en jornadas, eventos y seminarios¹⁰⁹.
- Entre sus actuaciones destaca la formación a agentes policiales, judiciales y sociales sobre la comunicación en la toma de testimonio de la mujer y niña con discapacidad; sobre la información accesible respecto al funcionamiento del sistema policial y judicial.

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

- El CRPS San Fernando de Henares forma parte de los dispositivos de la Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera (en adelante, RPASPEMGD) de la Comunidad de Madrid.
- Dispone de un equipo multidisciplinar que, desde un abordaje individualizado, centrado en la rehabilitación y recuperación de la persona, trabaja para favorecer la creación y potenciación de apoyos que promuevan la participación de usuarios/as en recursos socio-comunitarios de su entorno, en las mismas condiciones que cualquier otro/a ciudadano/a.
- El equipo está formado por directora, 3 psicólogas, trabajadora social, terapeuta ocupacional, tres educadores, administrativa y personal de limpieza a media jornada.
- Disponen de diferentes programas de información, educación y entrenamiento de habilidades que se realizan tanto en el centro, como en el propio entorno socio

¹⁰⁹ Saviex lleva a cabo un amplio trabajo en materia de sensibilización y prevención. Se realizan acciones formativas de diversa índole: Taller "Amor sin etiquetas". Desmontando mitos del amor romántico; Talleres "Me quiero, me cuido. Mujeres y discapacidad"; Talleres grupales de prevención contra la violencia de género. "Mujeres y discapacidad. Hacia una visión en positivo"; Talleres "amor sin etiquetas. Diversidad y respeto".

comunitario de la persona. Asimismo, se lleva a cabo un trabajo con familiares o persona allegadas.

- El CRPS se inauguró en el año 2004 y actualmente está diseñado para la atención de 90 personas. El 40% de las personas atendidas son mujeres. Las personas atendidas son todas derivadas del Centro de Salud Mental del Hospital del Henares, y comprende los municipios de Coslada, San Fernando de Henares, Mejorada del Campo, Velilla de San Antonio y Loeches, a través de la Comisión de Derivación a Recursos y Seguimiento de Casos.
- Entre otras comisiones y espacios de coordinación, destaca la incorporación desde el año 2011 a las mesas locales contra la violencia de género de Coslada y San Fernando de Henares.
- El CRPS de San Fernando de Henares es pionero en el trabajo desde la perspectiva de género en todas las acciones que realiza. Destaca su participación en varias investigaciones y publicaciones¹¹⁰, intervenciones individuales junto con los Puntos Municipales contra la VG de la zona, y un gran desarrollo de programas grupales para la detección, prevención e intervención en afectividad-sexualidad, violencia de género, violencia sexual, así como espacios de mujeres para el fomento de la red social. Ello incluye el acompañamiento a mujeres víctimas de VG y grupos con hombres para trabajar otras masculinidades.

Experiencia 3: Proyecto Construyendo Sexualidades del Ayuntamiento de los Realejos y la Asociación Sexualidad y Discapacidad

- Construyendo Sexualidades¹¹¹ es un proyecto en marcha desde hace una década por parte del Plan Municipal de Educación Afectivo Sexual del Ayuntamiento de los Realejos (Santa Cruz de Tenerife), que desarrolla junto a la Asociación Sexualidad y Discapacidad Canarias. Cuenta con la colaboración de la Fundación Caja Canarias, Obra Social "la Caixa" y Gobierno de Canarias.
- El proyecto trata de responder a necesidades en las dimensiones afectivo-emocional y socio-relacional de diferentes colectivos en riesgo de exclusión social o situación de

¹¹⁰ Véase, (2010) Prevalencia de la violencia de género en mujeres con trastorno mental grave, Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave (acceso).

¹¹¹ Acceso al díptico informativo.

dependencia. Está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o enfermedades raras de la localidad y entorno próximo, incidiendo en la atención, la educación y la prestación de apoyos a su sexualidad. Se ha generado un servicio de asesoría que en el que las atenciones que vienen son las derivadas por el proyecto cuando se detectan casos de VR bien desde el ámbito sanitario o desde el ámbito social o educativo.

- Durante los años de implementación del proyecto y los talleres realizados se han ido detectando situaciones de violencia reproductiva, y por ello se han puesto en marcha la coordinación con los recursos locales del municipio para su atención, principalmente con las trabajadoras sociales de la zona.
- En esta década ha logrado formar a más de 4.000 personas entre quienes tienen algún tipo de discapacidad, sus familias, profesionales y voluntariado del ámbito, a través de actividades transversales.

Experiencia 4: Servicio Alba de atención y acompañamiento a mujeres sordas. Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE)

- Alba es una plataforma informativa¹¹² que cuenta con financiación de la Delegación del Gobierno contra la violencia de Género, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, la Fundación Mutua Madrileña y la Fundación ONCE.
- Ofrece un espacio de contacto para atender e informarte en lengua de signos o por escrito, sobre la violencia de género. Activa un servicio accesible en lengua de signos de atención y acompañamiento a mujeres sordas y su entorno (familias, profesionales, etc.) sobre cómo actuar o a dónde acudir frente a una situación de violencia de género (VG). No han atendido a mujeres sordas víctimas de VR, pero sí consideran que muchas de las víctimas de que son atendidas por otras formas de violencias (fundamentalmente sexual), la han sufrido.
- Se puede contactar de diferentes maneras vía e-mail, vía video llamada con chat incluido. Dada la diversidad de las mujeres sordas, no todas son usuarias de lengua de signos o todas son usuarias de la lengua oral, algunas son bilingües. Bilingües. Las profesionales se ajustan a las necesidades que las destinatarias incluyendo otros

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

factores interseccionales como: la edad, la territorialidad, tener otras discapacidades añadidas como la sordoceguera, etc.

- Trabajan con la red asociativa de CNSE en los diferentes territorios que son quienes facilitan los recursos de acompañamiento a la víctima (apoyo a gestiones, denuncias, todos los procedimientos necesarios) con intérpretes de lengua de signos o con mediadoras comunicativas, o las dos a la vez, de forma inmediata para que puedan acudir a cualquier recurso que proceda.
- Atienden tanto a las víctimas como a familias, profesionales externos y profesionales de la propia red asociativa; ya que muchas veces se carece de la formación sobre cómo intervenir con mujeres sordas.
- Garantiza la confidencialidad y ello favorece el acceso al servicio. En ocasiones las MVV sordas no quieren acudir a las federaciones debido a que la comunidad sorda puede ser pequeña en algunos territorios y sienten vergüenza. El Servicio Alba deriva al recurso más adecuado, bien mediando con la federación para facilitar el acompañamiento o al recurso que precise.

Experiencia 5: Canal de apoyo socio-legal a mujeres con parálisis cerebral víctimas de violencia de género. Confederación ASPACE

- En 2020 Confederación ASPACE puso en marcha el canal con el objetivo de prestar apoyo socio-legal a mujeres con parálisis cerebral víctimas de VG y VS, aunque se presta un servicio extensivo a todas las formas de VCM.
- Surge debido a las necesidades específicas de las mujeres con parálisis cerebral y otras discapacidades afines y sus familias, quienes afrontan una situación de especial vulnerabilidad que incrementa su desprotección sobre la violencia.
- El servicio se enmarca en la asesoría jurídica de Confederación ASPACE, dentro del programa "ASPACE por tus derechos" que trabaja en relación a cuatro ejes de acción: la formación especializada sobre derechos y discapacidad en las principales áreas de la vida diaria de las personas con parálisis cerebral, la incidencia política, el enfoque transversal de derechos en el Movimiento ASPACE, y la asesoría jurídica.
- El canal es en línea por internet, telefónico y presencial. El contacto se realiza a través de WhatsApp en el n.º 661 347 869, al que pueden dirigir sus mensajes de lunes a viernes de 9:00 a 17:00h. Tiene este horario acotado debido a la limitación de financiación que

dispone la entidad en este momento. El contacto con la asesoría jurídica también se puede realizar por correo electrónico. El canal es atendido por dos abogadas especializadas en VCM.

- Las mujeres atendidas reciben información y acompañamiento legal para el ejercicio de sus derechos y si es necesario, se procede a su derivación a servicios de atención a la VG para su abordaje psicológico o para la asignación de una vivienda protegida.

Experiencia 6: Observatorio de la Mujer. Plena inclusión Madrid

- Se trata de un grupo de trabajo creado en 2010, siendo el primer Observatorio del movimiento asociativo de la discapacidad intelectual, con el fin de trabajar por la plena igualdad de las mujeres con discapacidad intelectual o del desarrollo (MDID) y para concienciar a la sociedad sobre las causas que perpetúan su situación de desventaja social.
- En el Observatorio participan mujeres con y sin discapacidad intelectual, entre ellas profesionales de apoyo, de 17 organizaciones de Plena Inclusión Madrid. Aborda desde la especificidad de la discapacidad intelectual, temas generales de género y mujer. Son retos de este Observatorio en cuya agenda están muy presentes cuestiones como la lucha contra la violencia de género, la erradicación de la esterilización forzada, la maternidad o la salud ginecológica.
- Se configura como un espacio de participación de MDID junto con profesionales de apoyo para favorecer sus derechos, garantizar su plena inclusión y realizar acciones de sensibilización, formación y visibilización dirigidas a su empoderamiento. Las MDID se representan a sí mismas y a las entidades promoviendo su participación activa.
- Durante este tiempo han realizado 4 cortos audiovisuales para concienciar a la sociedad de las barreras que encuentran las mujeres con discapacidad intelectual y los apoyos que necesitan para disfrutar de una ciudadanía plena y, en todos ellos se ha abordado la violencia de género que sufren, en sus diferentes formas¹¹³.
- Las profesionales que toman parte del Observatorio son técnicas de organizaciones locales de municipios de la región de Madrid. Trabajan por tanto en recursos específicos

¹¹³ En el ámbito divulgativo, destacan los siguientes documentales elaborados desde el Observatorio de la Mujer: También Somos Mujeres (2011). Acceso; No era yo el problema (2017). Acceso; Lo más lejos posible (2022) Acceso; Es mi derecho (2023) Acceso

de atención a personas con discapacidad intelectual miembros de la federación de Plena inclusión Madrid. Estas organizaciones no cuentan con recursos específicos de atención a mujeres víctimas de VR, pero sí las detectan continuamente en el desarrollo de su trabajo, porque las propias MDID lo verbalizan. En este sentido, en las acciones se llevan a cabo intervenciones, sobre todo de atención psicológica para la recuperación de las víctimas (duelo, resiliencia, ...), de carácter grupal, y de trabajo con las familias para que comprendan la situación de las víctimas.

- El trabajo grupal de empoderamiento y capacitación se lleva a cabo tanto con MDID en general, como con aquellas que han sufrido VR en particular. Se abordan temas relacionados con su sexualidad, conocimiento del cuerpo, cuidado de la SSR, DSR, y apoyo al reconocimiento y expresión de las violencias reproductivas que han sufrido.
- En el Observatorio se trabaja el acceso a la salud ginecológica como parte de la promoción de la salud sexual y reproductiva de las MDID y sus derechos.
- El *grupo de madres de apoyo mutuo* es otra de las acciones impulsadas por el Observatorio. Lo forman MDID que han vivido y que ejercen la maternidad compartiendo sus experiencias. Algunas de estas madres, además han sufrido algún tipo de violencia de género.

Experiencia 7: Unidades de Asistencia Especializada a mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género en la comunidad. Confederación de Entidades de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Andalucía (CODISA PREDIF Andalucía)

- CODISA PREDIF Andalucía puso en marcha este servicio en el año 2015, que atiende a mujeres con todo tipo de discapacidades. La atención se realiza a través de las Unidades de Asistencia Especializada, donde se ofrece atención psicosocial, información, acompañamiento y asesoramiento para hacer frente a las situaciones de violencia, sus secuelas y la prevención de nuevos episodios.
- Incluye el acompañamiento para la realización de gestiones administrativas, policiales y judiciales, ámbitos en los que las mujeres con discapacidad encuentran habitualmente barreras que dificultan la denuncia y su recuperación. También realizan una labor de prevención a través de la intervención grupal, mediante el desarrollo de grupos de empoderamiento de mujeres.

- Hay dos vías de acceso de las mujeres a las unidades: directamente a iniciativa de las víctimas, o mediante derivación de profesionales de alguna entidad miembro, donde la usuaria participa en alguno de los servicios o programas de la organización. Las profesionales de las entidades también contactan con las unidades de CODISA PREDIF, cuando detectan una situación de violencia o sospechan de ella, para buscar asesoramiento. De esta forma el servicio tiene un carácter preventivo. También son derivadas por parte de profesionales de otros recursos de la red pública local o autonómica de atención a MVVG.
- El servicio cuenta con una oficina virtual y disponen de atención presencial en oficinas de todas las provincias (excepto en Almería). Cada unidad cuenta con una técnica de referencia conformándose a nivel autonómico un equipo multidisciplinar formado por: una trabajadora social, una psicóloga y una educadora social. El equipo está formado y especializado en las necesidades de las mujeres con discapacidad, sus condiciones de vulnerabilidad y la presencia de riesgos diferenciales respecto al resto de la población femenina.

7.3.2. Aprendizajes y retos de la atención a mujeres víctimas

A continuación, se describen los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas para analizar las 7 prácticas descritas. También se alude en alguna ocasión a los resultados de las encuestas a EELL y organizaciones, pues en general están alineados con las experiencias y contribuye a reforzar la noción de consenso entre profesionales sobre cómo son abordadas las VR.

7.3.2.1. Detección de la violencia y el acceso a la atención

Todas las experiencias han puesto de relevancia la [importancia de la difusión de los servicios](#) para facilitar el acceso de las víctimas a la atención especializada para una violencia que resulta especialmente invisible.

Las prácticas identificadas utilizan diferentes **estrategias de difusión**, como son:

- En SAVIEX contempla a través de medios informativos, tanto medios escritos como programas de radio y canal Extremadura (tanto en informativos como programas o reportajes específicos). Se han hecho entrevistas para medios de comunicación. Se

ha repartido el díptico informativo en las farmacias: 380 de la provincia de Badajoz y 290 de Cáceres, convirtiéndolas en puntos SAVIEX.

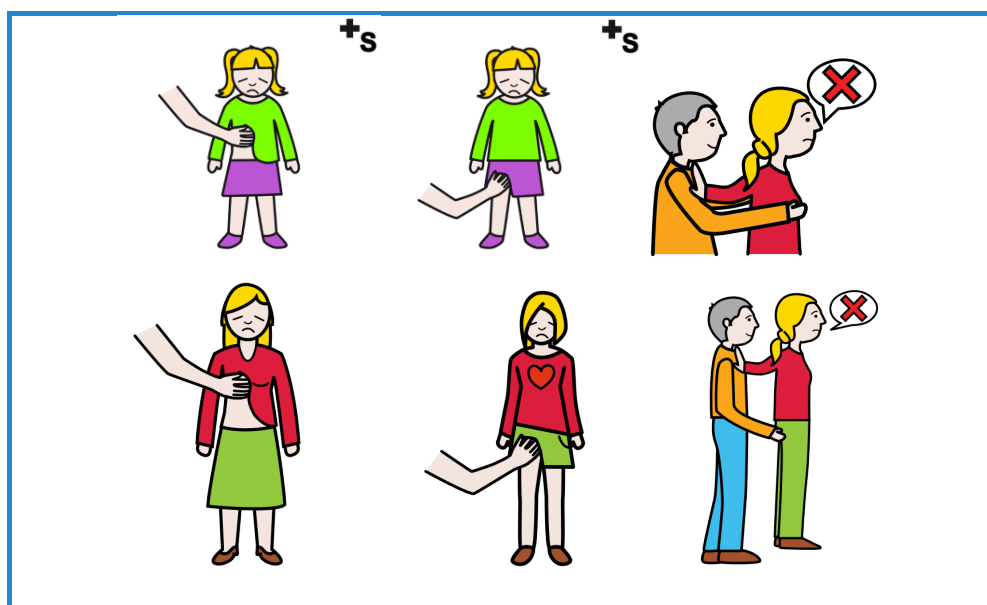
- El proyecto Construyendo Sexualidades se difunde en el marco del Plan Municipal de Educación Afectivo Sexual del Ayuntamiento de Los Realejos y en la web informativa de la asociación Sexualidad y Discapacidad.
- El Servicio Alba de CSNE, cuentan con una web informativa y realizan difusión interna.
- Las Unidades Específicas de atención a mujeres con discapacidad víctimas de VG de CODISA PREDIF, emplean multidifusión: Puntos CODISA mediante la creación de carteles con un QR en Puntos Violetas; distribución de cartelería en centros de salud, servicios sociales, centros educativos, etc., así como en las entidades miembro; redes sociales; reuniones, jornadas y foros.
- En Confederación ASPACE se difunde internamente a las entidades y federaciones miembro, a través de redes sociales y medios de comunicación, así como en las propias acciones de sensibilización (tanto con operadores jurídicos como con entornos educativos y sanitarios), ya que favorece la derivación.

Ello requiere visibilizar la violencia (en este caso la VR) con claridad en todos **los soportes informativos y comunicativos** de las organizaciones, que siguen siendo muy limitados para expresar las vivencias de abuso de las mujeres.

Las mujeres con parálisis cerebral que usan tablet o cuadernos con pictogramas para comunicarse o como apoyo a su comunicación, pues no incluían una página de pictogramas relacionados con violencias. Entonces ¿cómo te van a expresar lo que les está pasando? (E5)

En la ilustración inferior pueden verse algunos ejemplos de pictogramas sobre abuso sexual a niñas y a mujeres:

Ilustración 5. Pictogramas-SAAC sobre VS contra mujeres y niñas



Fuente: Portal Aragonés de Comunicación Aumentativa y Alternativa (ARASAAC),

Tanto para [la toma de conciencia sobre la propia victimidad](#), como para conocer la [existencia de recursos de ayuda](#), se realizan **actuaciones de formación y sensibilización con y hacia las propias mujeres**.

Estas actividades son imprescindibles; a través de ellas las mujeres VVR apprehenden un marco de **nuevos significados para vivencias no supieron nombrar**, e identifican un espacio en el que puedan resolver dudas y ser orientadas por primera vez.

- Es fundamental la existencia de **espacios específicos de escucha** -como los grupos de MDID- donde hay un **clima seguro y de confianza**, así como toda la formación específica de temas como: su sexualidad, afectividad, la maternidad, la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos, las VR.

Sobre todo, eso lo detectamos en las sesiones de formación, principalmente ahí donde generas escenarios seguros donde a veces estas temáticas no se han planteado porque no han salido en las conversaciones habituales de su día a día (E3)

- Estas actividades de sensibilización previas **ayudan a las mujeres a identificar** situaciones de violencia, entre ellas VR. En muchos casos, se ha creado un vínculo previo con las profesionales en las que confían, lo cual **facilita la intervención**.

Las mujeres con parálisis cerebral su autoconcepto está muy dañado, por el hecho de ser dependientes para todo. Y a medida que trabajan su empoderamiento, las mujeres empiezan a expresar sus demandas respecto a la violencia que están sufriendo (E5)

- En estos espacios, las profesionales requieren de una **actitud de observación y escucha** que permita plantear hipótesis sobre diferentes formas de violencia a las que pueden estar expuestas las participantes.

Cuando se trata de VR, las mujeres con parálisis cerebral desconocen, no tienen las herramientas como para identificar que se está llevando a cabo ese tipo de violencia, por lo que cuando llegan al Canal [ASPACE], ya se ha producido. La violencia reproductiva está vinculada con otras, generalmente la violencia sexual. Muchas veces lo que llevan a cabo los agresores sexuales es: "si la esterilizo, tengo mayor posibilidad luego de continuar con la violencia sin rastro", es decir, que la esterilización forzosa, normalmente, es un paso inicial para luego llevar a cabo violencia sexual. En estos casos, la intervención se dirige a que conozcan lo que ha sucedido y que dispongan de herramientas para poder autodefenderse de cara a la violencia sexual (E5)

De este modo, quienes acuden a los servicios para solicitar ayuda, han sido -o son- participantes de diferentes formaciones sobre empoderamiento, sobre derechos o de prevención de las diferentes formas de violencia contra las mujeres.

Además, dependiendo del tipo de discapacidad, en la detección suele ser indispensable **el intercambio con las figuras del/la asistente personal¹¹⁴ y el trabajo con las familias**; sobre todo en el caso de mujeres con pluridiscapacidad¹¹⁵, parálisis cerebral y MDID.

Las barreras a veces son las familias y entonces hay que trabajar una psicoeducación (...), que comprendan que son personas con una sexualidad que obviamente tienen unos derechos y que eso tiene que primar por encima de las decisiones de cada familiar (E2P2)

¹¹⁴ Por ejemplo, en CODISA PREDIF se da formación en violencia a los y las asistentes personales quienes pueden actuar como agentes de detección de situaciones de VR y trasladar la situación a los servicios correspondientes.

¹¹⁵ "La pluridiscapacidad es una discapacidad grave de expresión múltiple, en donde se asocian dos o más discapacidades como la discapacidad motriz, discapacidad intelectual, discapacidad sensorial o una salud frágil que puede ser severa o profunda. Esta provoca una restricción extrema de aspectos y posibilidades de la percepción, de la expresión, emociones y de la relación. Las personas con pluridiscapacidad experimentan un desarrollo retrasado y a menudo requieren un alto nivel de apoyo y atención en su vida diaria". (Maita, 2023).

Junto con lo anterior, se desarrolla **el trabajo con otros/as profesionales**, para que puedan detectar casos de violencia y contribuyan a la difusión de recursos.

En este sentido, los resultados del estudio apuntan a que es imprescindible la acción **hacia los recursos propios** (dentro de la institución, la EELL o la ONG), tanto como la **participación en redes de intercambio** de profesionales o asociativas. Dentro de estas actividades se incluirían las de **sensibilización y formación hacia otras profesionales**.

Respecto a esta cuestión, se ha señalado como un **obstáculo para la detección la falta de formación** básica sobre la VR y la AEF específicamente; incluso entre profesionales del ámbito de la VCM y del ámbito sanitario, también entre aquellos técnicos de promoción de SSR.

Los equipos profesionales no tienen la formación como para dar respuesta. Si les hacen preguntas (...) no saben por dónde salir ante una situación de violencia reproductiva. Entonces si no tengo formación o no sé por dónde salir, no pregunto, no voy a ser que me pregunten a mí o me devuelvan la pregunta y no tengo información (E3)

Para la identificación de la violencia reproductiva, en las experiencias analizadas se tienden a emplear un **conjunto de indicadores** específicos e inespecíficos, que por lo general están asociados a la VS dado la interrelación entre ésta y la VR¹¹⁶. Los **pautas y principales indicadores que se emplean para la detección** de la AEF dentro de las experiencias anteriores son:

- El **relato directo** de las mujeres.
- **Expresión de sospecha de otros** profesionales o personas del entorno (amistades, personal voluntario, entorno laboral, etc.).
- Informes médicos.
- **Cambios de estados de ánimo**, síntomas relacionados con depresión, conductas disruptivas.
- **Tipo de medicación** como tranquilizantes o ansiolíticos, si saben para qué los toman, si es una demanda de ellas y si realmente necesitan atención psicológica en lugar de medicación. Prestar atención a la salud mental y la psicofarmacología. Es necesario verificar los fármacos prescritos.

¹¹⁶ Véase y Vazquez y Castro (2018) respecto a una relación de indicadores de detección de la violencia sexual en diferentes etapas vitales contra las mujeres con discapacidad (v.bibl.).

- Trastornos alimentarios, sobre todo en MDID.
- **Lectura y análisis corporal.** El caso de MDID adultas que son vestidas o se visten de forma muy infantilizada. O el caso de una mujer joven que aumenta de peso de manera repentina a consecuencia de una menopausia anticipada o un método anticonceptivo.
- **Menopausia anticipada que no se corresponde con respecto con la edad.** En este caso habría que confirmar mediante análisis hormonal y/o ecografía vaginal, si se debe a una menopausia como consecuencia de una esterilización.
- **No menstruar estando en edad de hacerlo.** Aunque hay que considerar también que no todas las mujeres con discapacidad tienen la menstruación por diferentes patologías. Es usual, que las familias o centros elijan sin el consentimiento informado de las mujeres un método anticonceptivo, que en muchos casos les deja casi toda la vida sin ciclo menstrual.
- **Ingresos hospitalarios o intervenciones quirúrgicas inespecíficas.** Sospechas si una mujer no es capaz de contar exactamente qué paso, o en qué consistió esa intervención es un indicador de sospecha o de riesgo de esterilización o anticoncepción forzosa.
- **Considerar la hipótesis de la violencia sexual** y aplicar los instrumentos de detección disponibles; valorando como una consecuencia o una condición para su facilitación la VR.

Explorar con las mujeres **si han sufrido abuso en la infancia**, dado que también se vincula y es importante para evidenciar que este tipo de VS que va unida a la VR. Al mismo tiempo se prestar especial atención a las situaciones de incapacitación, lo que ahora se denomina estar sujeta a medidas de apoyo. Verificar si su tutor o tutora o la persona de apoyo es su agresor/a.

Ante la sospecha de AEAF, **suele preguntarse de forma sencilla y directa** sobre situaciones que han podido llevar a la violencia reproductiva:

- en las **consultas médicas** a las que acuden las mujeres acompañadas por personas de apoyo, o por parte de profesionales de la salud con la formación pertinente.
- en la **atención social a mujeres** con discapacidad en las entrevistas de acogida y seguimiento. Se trata de preguntas directas con respuestas cerradas, sencillas, fáciles, directas y sin dar nada por hecho. Se **han facilitado dos ejemplos tipo**:

- **Ejemplo 1:** Mujer que acude a un servicio porque tras haber sufrido violencia sexual ha quedado embarazada y expresa que se le practicó un aborto o aparece en el informe médico, se le puede preguntar directamente a ella: ¿pero tú querías tener el bebe o querías abortar?
- **Ejemplo 2:** Mujer víctima de violencia sexual que acude a centro atención a víctimas de esta violencia y a la que se le pueda realizar preguntas como:
 - ¿conoce sus derechos sexuales y reproductivos?
 - ¿conoce los métodos anticonceptivos y qué información maneja sobre ellos?
 - ¿está utilizando o ha utilizado algún método anticonceptivo hasta ese momento? ¿cuál es? ¿qué información tiene sobre el mismo: duración, protección frente a ITS, contraindicaciones y efectos secundarios, etc....? ¿O si solo tiene el que le han puesto sin más? Porque si la mujer no conoce los principales métodos anticonceptivos, posiblemente tengamos que sospechar que pueda estar esterilizada.
 - ¿recuerda haber tenido intervenciones quirúrgicas recientes y de qué tipo?

Cuando tú preguntas a las mujeres que en ese momento están con ciertos tratamientos anticonceptivos, del tipo que sea, orales o parches, un poco el mensaje que se les ha contado del por qué se les ha hecho la ligadura de trompas es porque era el mejor tratamiento. Y claro no hay ningún tipo de evidencia científica. Todo fuera de la realidad, pues les decían que es para el calcio o les había contado para las crisis epilépticas. O sea, ¿cómo puedes decir que es contradictorio ese tratamiento o por qué le prescribes algunos que además algunos son irreversibles? No, cuando no hay estudios (E3).

7.3.2.2. Itinerarios y procedimientos de atención

La atención y acompañamiento a las víctimas.

La atención a las mujeres víctimas de VR depende **de sus necesidades de apoyo para la comunicación**, que deben priorizar la expresión y comprensión por sí mismas de la situación de

violencia vivida. Este sería el primer punto de partida de cualquier itinerario de atención: la **accesibilidad universal** (véase al respecto el punto 5.3. Necesidades de las mujeres víctima).

La práctica del Canal de apoyo socio- legal para mujeres VVG con parálisis cerebral de Confederación ASPACE, sirve de ejemplo para entender la **centralidad que la accesibilidad debe tener en la atención** a estas mujeres. En el caso del Canal de apoyo socio- legal la atención se considera del siguiente modo:

- Cualquier mujer con capacidades suficientes de lectoescritura, puede escribir mensajes de WhatsApp (o correos electrónicos).
- La comunicación con las profesionales puede ser mediante la grabación de audios y vídeos, lo que permite poder escucharla de forma repetida y contar con logopedas. Esto es de especial utilidad con mujeres con distintos grados de disartria¹¹⁷. Lo cual podría ser asimilado al caso de intérpretes y mediadoras culturales para mujeres de origen extranjero con un limitado nivel de castellano (o lengua cooficial).
- Pueden emplearse de forma complementaria -parcial o totalmente- sistemas aumentativos y alternativos de comunicación que se requieran¹¹⁸ (SAAC), así como contar con apoyos técnicos profesionales: logopedas, intérprete de LSE, mediadoras comunicativas. Ello podría hacerse extensivo a intérpretes de otras lenguas o mediadoras culturales en el caso de otros perfiles de víctimas.

Durante todo el itinerario de atención se tiene presente que **la interlocutora siempre es la propia mujer**- y en los casos que lo precisen, con el apoyo técnico a de figuras profesionales.

¹¹⁷ La disartria es un trastorno de la ejecución motora del habla. Los músculos de la boca, la cara y el sistema respiratorio se pueden debilitar, moverse con lentitud o no moverse en absoluto después de un derrame cerebral u otra lesión cerebral. Es bastante común en personas con parálisis cerebral.

¹¹⁸ Los Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) son formas de expresión diferentes del lenguaje hablado que tienen como objetivo aumentar y / o compensar las dificultades de comunicación y el lenguaje de muchas personas con dificultades en esta área. Los SAAC, no son excluyentes del lenguaje hablado, sino que, son una forma de expresión complementaria. Entre ellos está el uso de pictogramas, de lenguaje signado o mediante productos de apoyo a la comunicación como tableros que pueden ser tipo cuaderno o tecnológicos mediante tablets o PC, con programas especiales, braille, lectura fácil, pictogramas, dispositivos multimedia de fácil acceso, sistemas de apoyo a la comunicación oral y lengua de signos, sistemas de comunicación táctil y otros dispositivos que permitan la comunicación. Véanse algunos de los sistemas disponibles en: el artículo 4 del Real Decreto 674/2023, de 18 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de las condiciones de utilización de la lengua de signos española y de los medios de apoyo a la comunicación oral para las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas (acceso); el Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación (acceso).

Este aspecto es determinante para la fase de acogida de la mujer víctima por lo que en la medida que se pueda, **se deben planificar y anticipar estos apoyos**. Lo ideal es que los facilite el propio servicio de manera gratuita como parte de sus derechos.

La **fase de acogida** es clave para establecer el vínculo entre profesional y la mujer víctima de la VR. Debe apoyarse en un procedimiento sistematizado que guíe la actuación profesional (un protocolo). Este por lo general comprende: presentarse, practicar la observación y escucha activa del relato de la mujer, dando credibilidad a lo que expresa, conteniendo la angustia, apoyándose en un guion de preguntas para la entrevista que permita un buen registro de cada atención.

Se hace hincapié en que las mujeres víctimas **sean protagonistas de sus procesos** y de la toma de decisiones a lo largo de la recuperación.

Es importante saber diferenciar que de las necesidades percibidas a veces por los equipos profesionales no siempre concuerdan ni coinciden con las demandas expresadas por parte de las propias mujeres o niñas con discapacidad o enfermedades raras. Y eso tiene que ver con que a veces nos tomamos el permiso de no preguntarlas, sino suponer dar por hecho ... así creo que mi prioridad sería esta, pues vamos a preguntarles a ellas, vamos a generar escenarios y vamos a ver las respuestas. (E3)

La atención **no debe estar centrada en la denuncia**, que en el caso de VR es poco probable o nada probable que la mujer haya denunciado o quiera hacerlo.

Las prácticas de las entidades muestran que, uno de los aspectos que primero se explica a las víctimas es, precisamente, que **no se va a llevar a cabo un procedimiento de denuncia hasta que ellas no decidan hacerlo**; que si lo hacen se les va a explicar cuáles son las expectativas y garantías del proceso.

La víctima tiene que decidir cuándo y cómo quiere denunciar, si es que lo hace. Se prioriza siempre el abordaje psicológico que las empodere de cara a la denuncia; y siempre se cuenta con el acompañamiento legal en dicho proceso.

De acuerdo con las profesionales entrevistadas, el proceso de denuncia se complica enormemente, cuando la VS o la VR, o ambas, se producen en el entorno familiar más cercano. En el caso de las mujeres con discapacidad implicaría la denuncia a la principal fuente de apoyo cotidiano de la víctima, de la cual depende.

Cuando es el caso de la familia, las mujeres tienen una sensación de estar desamparadas, ellas mismas tienden a dejarse embaucar por la familia, mucho más que si fuera la pareja o expareja. Esto se acentúa porque además ellas, al tener esa situación de dependencia física y comunicativa tan elevada, es como: "si me desaparece mi familia, estoy sola en el mundo". E4

La primera premisa es el desconocimiento que tienen con relación a su cuerpo y no solamente con cuestiones de anatomía, sino cuestiones de fisiología. (...) Ellas no son conscientes y tienen además interiorizado la idea de que su cuerpo no les pertenezca, ni que pueden tomar decisiones sobre ese cuerpo, ni que su opinión se va a considerar, hasta el punto de que han pasado cosas feas, que ha habido situaciones de violencia. (E3)

La integridad física y la seguridad de las mujeres es el único criterio de excepcionalidad que debe guiar la actuación profesional en materia de VCM, y ello se extiende a los casos de VR. En general, las prácticas analizadas identifican "la denuncia" como una actuación fruto de un proceso de intervención

"Una vez la mujer va avanzando con la psicóloga, vuelve a plantearse el abordaje legal y que ella decida. El itinerario que seguimos es: te pongo en lugar seguro, es decir, ese abordaje social y de acompañamiento para la salida; después el abordaje psicológico de recuperación; y por último, el abordaje legal si la mujer lo decide". E5

Los protocolos que existen en VG y VS señalan que cuando la mujer verbaliza que está sufriendo violencia, se trabaja directamente con un *plan de emergencia* y se siguen los protocolos que existan según el riesgo (que en el caso de la VR no existen, pero se aplican los de VS).

Si el riesgo es muy alto y la mujer lo decide, se le acompaña a la denuncia. Y si el riesgo es bajo, se trabaja en la comprensión de la situación y el acompañamiento en la toma de decisiones mediante la información y asesoramiento adecuado.

En la **fase de coordinación y derivación**, tras evaluar cuál es la situación personal la seguridad/integridad, dependiendo del riesgo, se ponen en marcha los recursos sociales necesarios, y si es necesario se aparta a la mujer del entorno donde se está produciendo esa violencia o se ha producido.

En caso de **urgencia o emergencia** se procede a la búsqueda de recurso de alojamiento que se adapte a las circunstancias y necesidades de la víctima dentro de los recursos públicos.

En el caso de las mujeres con discapacidad, como generalmente la respuesta es que no existen (porque no son accesibles), se habilita un recurso de alojamiento de emergencia dentro de la red asociativa de las organizaciones.

Una vez habilitado este recurso de urgencia, se inicia el abordaje psicológico que, de nuevo dada la falta de formación en discapacidad (o prácticas nocivas) de los recursos humanos de los recursos públicos, no están adaptados a las víctimas de VR.

El proceso de recuperación de la víctima (algunas entidades la han denominado “**reconstrucción acompañada**”), se centra en el empoderamiento individual; también mediante la atención psicológica y las actividades grupales.

El enfoque de trabajo de los grupos responde a la noción de “**empoderamiento colectivo**”, mediante grupos de mujeres heterogéneos, compuestos por cinco o seis mujeres, centrados en prevención secundaria: deconstruir falsas ideas sobre la violencia que han sufrido, eliminar la autculpabilización, la capacitación en educación afectivo-sexual.

Escuchar otros testimonios de otras personas también es sanador y les beneficia, el fondo también lo que necesitan es tener respuestas del por qué y para por qué se ha actuado de esa manera con ellas (E3)

Los recursos, infraestructuras y coordinación

Una perspectiva integral en la atención implica una mirada multidisciplinar a **los recursos humanos** disponibles. En las prácticas analizadas los recursos disponibles fundamentales son profesionales del ámbito de: la psicología, el trabajo social, el derecho, la educación social y la mediación comunicativa (en diferentes especialidades según la discapacidad, logopedia, LSE, sordoceguera, etc.).

Así mismo, se considera imprescindible el acceso a sexólogas, matronas-enfermeras, ginecólogas y médicas de atención primaria y psiquiatras. Aunque muchos de estos recursos humanos son accesibles **exclusivamente mediante la coordinación y el trabajo en red**.

Una característica importante de la atención, sobre todo para las MDID, es la **continuidad en la profesional de referencia**.

En cuanto a las **infraestructuras de atención**, destacan los mecanismos descentralizados, las plataformas de respuesta por internet, telefónicas y las aplicaciones móviles (para tablet y

teléfonos inteligentes) así como los equipos itinerantes que se acercan a donde están las víctimas.

De esta manera **los equipos se trasladan** a atender a las mujeres dentro de sus municipios o a otros municipios, creando equipos itinerantes y facilitando el acceso y la atención a los recursos locales disponibles. Éstos deben de tratar un **mínimo de requisitos**: intimidación y seguridad.

Para las entidades entrevistadas **la coordinación es uno de los grandes retos** sobre los que depende la calidad de la atención de todas las víctimas de violencia contra las mujeres y el acceso a recursos especializados. También lo manifestaron así las EELL y las organizaciones en las distintas encuestas.

De esta forma, una de las demandas unánimes es poder **establecer de forma estable un trabajo coordinado** entre los servicios sanitarios, los recursos de VCM y las organizaciones de la discapacidad (u otras) con el objetivo de atender adecuadamente a las mujeres que puedan verse expuestas a cualquier tipo de violencia.

Esto mismo puede hacerse extensivo a las organizaciones representantes de -o expertas en- otros colectivos, que, tal y como se ha indicado en el capítulo 4, se trataría de: asociaciones o entidades de atención a las mujeres gitanas, mujeres migrantes, solicitantes o beneficiarias de protección internacional y refugiadas, víctimas de explotación sexual y de personas transexuales.

En general, las EELL y las organizaciones se han centrado la valoración de su experiencia en coordinación **respecto a la VG y en menor medida sobre VS**.

Su valoración **es positiva**. Hay una trayectoria consolidada de intervenciones conjuntas y de seguimiento a los casos; pese a que también se detecta la pervivencia de malas praxis por parte de algunos miembros de cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado¹¹⁹ respecto a la denuncia policial.

Normalmente nosotras tenemos una muy buena coordinación con los recursos de la zona de que atiende a la violencia y entonces, generalmente pues eso, pues tenemos unas

¹¹⁹ Uno de los varios ejemplos que han surgido en el trabajo de campo ejemplifica la situación tipo: el caso de una víctima que "acude a una comisaría a denunciar y el policía le dice que eso que le está pasando, no es violencia, cuando su papel es acoger a la mujer para que haga la denuncia y no es función suya, valorar si eso es o no violencia". Subrayan en este sentido el sentimiento de frustración e impotencia como profesionales que han aconsejado la denuncia policial.

coordinaciones previo aceptación de la usuaria y si ella está de acuerdo, pues entonces nos coordinamos con las psicólogas o con las trabajadoras sociales del Punto de Violencia. Incluso en alguna ocasión alguna compañera ha hecho intervenciones conjuntas (E1)

Algunos ejemplos de la coordinación entre recursos o servicios son:

- CODISA PREDIF mantiene reuniones regulares con las coordinadoras provinciales del Instituto Andaluz de la Mujer gracias a las cuales se elaboró el *Protocolo de Asistencia Especializada a Mujeres con Discapacidad Víctimas de Violencia* de Género (IAM, 2021). A través de este protocolo se utiliza un modelo de informe consensuado que establece el procedimiento de derivación.
- Las entidades miembros de Plena inclusión Madrid se coordinan tanto con la propia federación territorial como con los centros de salud sexual y reproductiva de la Comunidad de Madrid, donde destacan la labor de apoyo de las profesionales de enfermería en los centros.
- La CNSE tienen un convenio de colaboración con el *Programa Mujeres en Modo ON*, donde se derivan para búsqueda de empleo. Es una iniciativa de Inserta Empleo y Fundación ONCE para promover la empleabilidad y el emprendimiento.
- En la atención a menores, CNSE deriva a la Fundación ANAR, con quien tienen un acuerdo de colaboración. Plena Inclusión Madrid emplea su red a través del *Programa Madres con Mayúsculas*, que está dirigido a prestar apoyos y acompañar a madres con discapacidad intelectual y a sus hijas o hijos.

No obstante, es importante señalar que esta coordinación es costosa porque **requiere mucha dedicación temporal** y también insistencia, sobre todo cuando no hay instalada aún una **cultura de trabajo en red**.

"hay una cuestión de falta de tiempo, de demanda, de sobrecarga profesional de todos los servicios (...) es facilitar espacios y lugares yo creo que eso sería una de las claves ¿no? Y tiempo para para hacerlo. La Atención Social Primaria está desbordada. ¿Salud mental? Es que es complicado. Yo creo que la constancia es importante (...) trato de coordinarme, no me contestan, pero vuelvo y desde siempre la colaboración y la y la ayuda ¿no? A ver, necesitamos de ti, pero nosotras también te podemos facilitar (entrevista anonimizada)

Las **redes y espacios estables de coordinación** son fundamentales en las experiencias analizadas.

Su obstáculo principal es la falta de recursos humanos, que hace que quien está disponible tienda a priorizar la atención directa sobre la coordinación, lo que, a medio plazo perjudica la calidad de la intervención. Esta insuficiencia de recursos también implica que la coordinación pueda limitarse a situaciones de emergencia.

Tanto en las experiencias, como en las encuestas realizadas (ver puntos 6.1. y 6.2.), quienes aportan una perspectiva más crítica plantean que, en la práctica, hay **obstáculos para el trabajo coordinado**.

En este sentido, se han señalado estas cuestiones a tener en cuenta:

- **Falta de actualización y consulta.** Algunos protocolos de coordinación se usan como medio para solventar dudas, pero no se revisan antes y durante la coordinación. En ocasiones son demasiado extensos y complejos, se exigen demasiados informes y supone una burocratización excesiva. En algunos casos se señala que es necesario mejorar la formación del personal y los procesos de intercambio de información entre servicios.
- La coordinación es más costosa en los **municipios pequeños y municipios rurales**, así como en aquellos que no cuentan con recursos propios. Implica que los servicios especializados se encuentran centralizados en la capital de la provincia (incluidos los de acogida), lo que genera inequidad territorial en la atención a las víctimas.
- Todas las entrevistadas sitúan los mayores problemas de funcionamiento de la coordinación con el **ámbito judicial**. En el caso de las mujeres con discapacidad esto viene determinado por: el desconocimiento y los mitos sobre la sexualidad y la maternidad, la escasez de recursos adecuados para testificar con los apoyos comunicativos que se necesitan, o la falta de credibilidad hacia las víctimas.
- **Falta de accesibilidad** de los recursos de atención de VCM y barreras en la comunicación por no garantizar la universalidad
- **Falta de especificidad**, porque los protocolos generales sobre atención a víctimas de VG no suelen tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad, por lo que no identifican además otras violencias que las afectan especialmente, como las VR.

- Falta de pautas para **situaciones de emergencia**, como la COVID19, en la que no existían protocolos y se paralizaron varios servicios.

Tanto las EELL como las organizaciones expertas coinciden en señalar una serie de **retos generales** sobre la coordinación. Han sido recogidos en la tabla inferior.

Tabla 5. Principales retos en la intervención en materia de VR según tipo de entidades

EELL	Organizaciones especializadas
Revisión y desburocratización	Insuficiencia de recursos
Formación específica para profesionales	Mejora de los mecanismos de detección
Asignación competencias y dotación suficiente de materiales y RRHH	Perspectiva de discapacidad y de interseccionalidad
Inaccesibilidad a bases de datos comunes para solicitar ayudas	Servicios inclusivos y accesibles para las víctimas
Riesgo de victimización secundaria	Orientación de los recursos en función de las necesidades de las mujeres
Mejora de la atención en situaciones de crisis	Consolidar la coordinación interinstitucional más allá de la emergencia
	Cambios en el contexto político e institucional

Para concluir, resulta imprescindible tener en cuenta las ideas clave sobre los **desafíos pendientes y las claves para la sostenibilidad** que caracterizan las prácticas analizadas.

De esta forma, las informantes han señalado a los siguientes ocho retos a los que se dirige su trabajo:

- *Reto 1: Establecer una coordinación real interinstitucional y consolidarla entorno a la AEAF, con protocolos específicos.*
- *Reto 2: Incorporar la perspectiva transversal de la discapacidad y la interculturalidad como ejes vertebrales del enfoque de género interseccionalidad.*
 - Considerar la heterogeneidad de las discapacidades y no el tratamiento único de *la discapacidad*, ya que cada tipo tiene sus especificidades y sus necesidades concretas de atención, así como la noción de pluridiscapacidad que afrontan muchas mujeres con discapacidad.
- *Reto 3: Poner en el centro a las mujeres víctimas de VR y sus derechos.*

- *Reto 4: Diseñar servicios inclusivos y accesibles universalmente para todas las víctimas de VR*
- *Reto 5: Concienciar y visibilizar las diferentes formas de VR que existen y específicamente la AEAF para poder avanzar en la detección.*
 - Incidir en que es un tipo de violencia que afecta principalmente a mujeres con discapacidad.
- *Reto 6: Establecer mecanismos adecuados para la detección de las VR*
 - Trabajan para incorporar la detección de las VR en los servicios de salud sexual y reproductiva, los centros de atención a víctimas de VS así como desde los servicios de atención a víctimas de otros tipos de violencia. Para alcanzar este reto se requiere de la formación a profesionales.
- *Reto 7: Conseguir que las mujeres víctimas de VR, acudan a pedir ayuda a los recursos de la Red Integral para la Violencia de Género que existen en todas las CCAA*

7.3.2.3. Acciones de prevención y sensibilización

Las actuaciones de prevención que **se dirigen a mujeres** se centran en dos tipos de acciones: por un lado, mediante **grupos de empoderamiento para mujeres**, propiciando espacios seguros y de confianza donde abordar muchas cuestiones relacionadas con su autodeterminación, sexualidad, DSR; y, por otro lado, a través de **capacitaciones específicas** trabajando estos mismos contenidos (véase el punto anterior).

En los grupos de salud reproductiva y todo eso, nosotras sí que trabajamos cuando viene la matrona o así sí que les explica muy bien qué métodos anticonceptivos hay, para qué sirve cada uno, cómo se ponen (E2)

Todas las prácticas analizadas llevan a cabo actividades de sensibilización dirigidas a las **familias** de niñas y mujeres con discapacidad, bien desde el trabajo individualizado de información y asesoramiento bien desde acciones de formación o concienciación en temas relacionados con sexualidad y educación afectivo-sexual.

Un padre vino a una de las charlas y me dijo "yo este tema ya le tengo resuelto, le hicimos la ligadura de trompas a mi hija cuando tenía 20 años, con lo cual esto ya lo tengo resuelto" ... pensé usted lo que cree que ha resuelto, pero aquí vamos a hablar sobre la sexualidad. Después concretamente este padre después de la charla, se me acercó y

cambió el discurso "ostras, pues es verdad, se ha hecho una intervención en el cuerpo de una mujer sin consultarla, ni informarla, ni pedir la colaboración, ni considerándola" (E3).

En cuanto a otros actores, **agentes e instituciones**, se trabaja con Fuerzas y Cuerpos de seguridad del estado, profesionales del ámbito de la salud sexual y reproductiva, estudiantes de disciplinas de la salud y de Ciencias Sociales y con operadores jurídicos.

Las experiencias analizadas tienen un compromiso con los movimientos en defensa de los derechos de las mujeres y los derechos de las personas con discapacidad y enfermedad mental. Por tanto, llevan a cabo múltiples acciones de sensibilización dirigidos a **la sociedad en general** a través de: charlas en institutos, participación en diferentes jornadas o encuentros, mediante campañas de sensibilización.

Ilustración 6. Difusión de charla informativa. SAVIEX - CERMI Extremadura



Ilustración 7. Difusión de formación especializada. CODISA PREDIF Andalucía



Fuente: HOY Solidario¹²⁰

Fuente: Twitter CODISA-Predif¹²¹

En todas las acciones tienen un peso importante el trabajo de **romper mitos** en torno a las mujeres con discapacidad, así como dar una **imagen positiva** de ellas, dando a conocer la violencia que padecen y sobre todo lanzando a la sociedad la idea de que las mujeres con discapacidad "no son eternas niñas" y pueden ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

¹²⁰ HOY Solidario. Acceso

¹²¹ Twitter CODISA-Predif. Acceso

Todas señalan que **no se puede hablar de “ellas” sin contar con “ellas”**, por lo que en sus acciones de sensibilización prestan los apoyos adecuados para que sean las propias mujeres con discapacidad las protagonistas siendo, por ejemplo, quienes imparten la formación o relatando sus propios testimonios.

8. Gestación subrogada o por sustitución

8.1. Caracterización de la gestación subrogada o por sustitución

8.1.1. Dimensiones y aspectos clave

La gestación subrogada o gestación por sustitución (en adelante, GS) es una forma de **explotación reproductiva de las mujeres** y por ello una forma de violencia contra las mujeres (VCM). En España es una práctica ilegal y la Comisión Europea ha establecido con claridad la relación de esta práctica con la trata de mujeres con fines de explotación.

La GS alude al conjunto procedimientos por los que una mujer acaba gestando uno o varios embriones (tiene un embarazo), fruto de la fecundación de su propio óvulo o la transferencia de embriones, y da a luz a uno o varios niños/as para una empresa, para otra persona o para una pareja.

Aunque existe un **profundo debate sobre la regulación** de esta práctica bajo los principios del altruismo (Regalado Torres, 2017; Piña Sempertegui, 2019; Zegarra Vásquez, 2022) ello trasciende el acuerdo entre particulares con vínculos personales (previos o no), siendo una práctica que se caracteriza por su desarrollo comercial a nivel mundial (Balaguer, 2017; Marrades Puig, 2017; Serrano Ruíz-Calderón, 2017; Salazar Benítez, 2018; Guerra Palmero, 2018).

La GS supone un tipo de VCM muy específico, que **tiende a conllevar otras formas de VR** como es la violencia la obstétrica y el aborto forzado, y que, además, puede constituir un **delito internacional** ya que afecta a mujeres que podrían ser sujetos de protección internacional en nuestro país dado su vinculación con la trata de mujeres con fines de explotación.

La GS vulnera derechos fundamentales reconocidos tanto en el ámbito estatal como internacional: como el derecho a la vida, el derecho a la integridad física, el derecho a la libertad de decisión -que a pesar de que se plantea como el principal argumento a favor de la GS, queda totalmente supeditado a los deseos de los comitentes o a la propia efectividad del contrato de GS en determinados supuestos-, el derecho a la salud, la autonomía del paciente, los derechos

sexuales y reproductivos, la libertad deambulatoria y el derecho a la dignidad y, en el caso de los menores, el derecho a conocer su origen e identidad (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017).

La Comisión Europea (2020) reconoce que **la trata de seres humanos** a través de la maternidad subrogada es una forma de explotación; un patrón emergente ante el cual mujeres y niñas son especialmente vulnerables. Las víctimas de trata destinada a otras formas de explotación (entre las que se encuentra la GS) representarían el 18% del total de las víctimas de trata según la Comisión Europea (2020).

Las expertas consultadas en la investigación han subrayado que **la GS es -fundamentalmente- una forma de VR comercial**, lo que implica prestar atención a las formas en las que el capitalismo como sistema económico confluye con el patriarcado para formular formas específicas de violencia contra las mujeres (González López; López Paredes; Nuño Gómez; Trejo Pulido). Ambas se consideran sistemas interdependientes de opresión.

Además de la GS, este es el caso también de la explotación sexual en la prostitución y otras derivadas de la industria sexual. Son violencias que desde la perspectiva contemporánea no se entienden sin la comprensión de la intersección entre capitalismo y patriarcado (Fernández-Martorell, 2018).

El modelo capitalista neoliberal ha encontrado en la GS una oportunidad de ganancia a través de la necesidad de dos partes. Por un lado, de los padres de intención sin posibilidad de tener descendencia de forma natural y que buscan de forma desesperada, en ocasiones por la presión social y familiar, cualquier forma para tener un hijo con su mismo ADN. Y, por otro lado, de las mujeres en situación de vulnerabilidad encuentran recursos económicos que podrían paliarla (Szygendowska, 2021).

A pesar de ello **las características de la GS son muy poco conocidas** por el conjunto de la sociedad que, en general, maneja estereotipos fomentados por las empresas comercializadoras que ocultan las consecuencias sobre las madres gestantes y encubren las situaciones de coerción y violencia a las que suelen estar sometidas. Ello tiene como consecuencia **la normalización de la práctica y la invisibilidad del abuso**.

De este modo, es **una forma de violencia contra las mujeres que no es reconocida como tal** en muchos lugares y por muchos agentes. Ciertamente, desde una

perspectiva internacional, existen diferentes enfoques sobre esta práctica, en su mayoría arraigados a la sociedad y legislación de los diferentes países.

A pesar de las razones por las que las mujeres consienten inicialmente esta práctica es **el acceso a un ingreso**, se estima que las madres gestantes sólo percibirían el 0,9%, del volumen de negocio mundial. La estimación de las cifras de negocio de la GS a nivel mundial se sitúa en torno a los 6 millones de dólares al año, por lo que algunas expertas hablan de **proxenetismo reproductivo** (Nuño Gómez, 2016; Trejo Pulido, 2017),

La falta de reconocimiento condiciona, por supuesto, la normativa al respecto, pero también el grado de sensibilización social e institucional. En este sentido, a menudo se emplea una **perspectiva alejada de los derechos de las mujeres y sus vivencias** y se pone el foco sobre el proceso de nacimiento de un hijo o hija deseados por la parte compradora. La gestación se convierte en un medio *menor* para este fin y se produce la **deshumanización** de la madre gestante. Esta perspectiva de invisibilización se ve favorecida por el debate social sobre los derechos de reconocimiento de los/as menores gestados y, por tanto, por los intereses de las personas que recurren a esta práctica para tener un bebé.

De esta forma, **se subordina la integridad física y la salud de las madres gestantes cuyos cuerpos son imprescindibles**; que son quienes sufren la continua vulneración o incluso la pérdida total de sus derechos durante la gestación, antes y después de ella. Como se explicaba en el capítulo 2 *Violencia contra la capacidad y el derecho a la reproducción*, la gestación subrogada comprende un **conjunto complejo de prácticas comerciales, sanitarias y administrativas** que suponen un continuum de vulneración de derechos fundamentales para las mujeres que son víctimas de la misma y que va más allá de la gestación misma.

La perspectiva feminista ayuda a comprender cómo la noción patriarcal sobre las mujeres minimiza la ovulación, la implantación embrionaria, el embarazo, dar a luz y enfrentar un postparto. El conjunto de la sociedad, el sistema sociosanitario y las propias mujeres **infravaloran el papel de las mujeres en la reproducción, su valor y sus costes**.

Tal y como señalan investigadoras como Fernández-Martorell (2018) todos estos procesos quedan relegados como hechos secundarios, “automáticos”. En su conjunto supondrían un proceso natural donde todos **los subprocesos psicológicos y emocionales, fisiológicos y sociales son por completo minimizados en las vidas de las mujeres**.

Se obvia y simplifica todo ellos en torno a la noción de “gestación”, que se concibe como una “función básica” para cualquier mujer, que no tiene mayor relevancia. Frente a ello, pasa a un primer plano la tecnología (esfera masculina por excelencia), que es la protagonista. La técnica de reproducción asistida (la fecundación *in vitro*) ocupa, junto con el acto administrativo frente al Estado del registro del bebé, los relatos de en qué consiste la GS; y las mujeres, que son las únicas que pueden hacer todo ello posible, son conceptualizadas como sujetos pasivos portadores de los productos “niño” / “niña” (Fernández-Martorell, 2023).

“En el caso de la gestación subrogada las **analogías con el proceso productivo fábricas de bebés**¹²², son evidentes y la cosificación de las mujeres gestantes no se puede considerar como un avance de la libertad, sino como un retroceso hacia la esclavitud” (Guerra Palmero, 2018: 49). Por tanto, es preciso adoptar un **enfoque interseccional** en el estudio de la GS y poner fin a la mercantilización del cuerpo de las mujeres en este y otros ámbitos (Guerra Palmero, 2018).

Respecto a las **diferentes denominaciones** que recibe la GS, éstas dependen del aspecto que se quiera destacar –y también de la valoración ética que se haga–, conociéndose como: gestación subrogada, maternidad subrogada, vientre de alquiler, gestación por sustitución, maternidad de alquiler, maternidad por sustitución, etc. (Comité de Bioética de España, 2018). Si bien desde el movimiento feminista se prefiere incidir en la noción de gestación comercial o maternidad comercial para poner en foco en las empresas -que son las que fomentan esta práctica y desarrollan las prácticas de violencia contra las mujeres gestantes.

Se subraya por tanto que **los procesos vitales no se pueden ni subrogar ni sustituir**, mientras que “vientre de alquiler” remite sólo a una parte del cuerpo (como si no se viera comprometido todo el organismo en su conjunto) y es menos respetuoso con las gestantes (que no son meros vientres) (Nuño Gómez, 2023).

Dentro de la discusión sobre la terminología, los **términos más comunes** son la noción de *vientres de alquiler, maternidad por sustitución o gestación subrogada* que se emplean como eufemismos de esta compleja práctica.

¹²² La UNESCO empleó el término “fábrica de bebés” en 2006 para referirse a los centros clandestinos de Nigeria a los que traficantes de personas llevaban, mediante engaños o secuestros, a mujeres jóvenes con embarazos no deseados o mujeres que eran violadas hasta dejarlas embarazadas para luego vender a los bebés (Holguín, 2020).

En cuanto al primer término, lo correcto sería hablar de *madre de alquiler* -en lugar de *vientre de alquiler*-, ya que no se contrata solo el vientre, sino a la mujer en su integridad para que lleve a cabo una gestación que los padres/madres de intención no pueden o no desean llevar a cabo. “Tampoco parece correcto hablar de ‘maternidad por sustitución’ ya que desde la perspectiva biológica y genética la maternidad no es sustituible: o hay maternidad genética (la madre que aporta el óvulo) o hay maternidad fisiológica (la madre gestante)” (Comité de Bioética de España, 2018: 9).

En este sentido, la OMS ha señalado que la gestante subrogada “es la mujer que lleva adelante un embarazo habiendo acordado que ella entregará el bebé a los padres previstos. Los gametos pueden originarse de los padres previstos y/o de terceros” (2010).

La GS tiende a ser presentada de forma reduccionista en tres partes: (1) la mujer gestante, (2) el padre/madre o padres intencionales o comitentes y (3) el bebé o bebés nacidos mediante esta práctica. Según las relaciones entre las partes y las variables que intervienen, existen diferentes modalidades de GS que son representadas del siguiente modo (ver tabla):

Tabla 6. Modalidades actuales de gestación subrogada

Variable	Tipos de GS
Acuerdo retributivo	<p><u>GS altruista</u>: la mujer gestante no recibe un pago por ello, aunque sí puede haber una compensación por gastos, daños o pérdida de ingresos derivados del proceso de gestación.</p> <p><u>GS comercial o lucrativa</u>: (la más practicada) la mujer gestante obtiene una retribución económica que es superior a la compensación de los gastos y molestias sufridas por la gestación.</p>
Origen de la dotación genética del bebé	<p><u>GS gestacional o plena</u>: la mujer gestante aporta "únicamente" la capacidad gestacional del útero. Mediante esta técnica se renuncia a los derechos sobre el/la bebé nacido/a. Se pueden dar 3 situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se emplean gametos de ambos padres de intención • Los dos gametos proceden de donantes o de donación de embriones • Uno de los progenitores aporta un gameto mientras el otro procede de donación <p><u>GS tradicional o parcial</u>: la mujer gestante proporciona también el óvulo -que por lo general no es manipulado- (esta práctica está casi en desuso).</p>
Relación afectiva o familiar con la mujer gestante	<p><u>GS intrafamiliar</u>: si la mujer gestante pertenece a la familia de los padres de intención (madre, hermana, hija, tía, etc.). En este caso, el bebé tendrá un doble vínculo con la gestante: el derivado de la gestación y el de la filiación legal.</p> <p><u>GS extrafamiliar</u>: si la mujer gestante no tiene relación familiar con los padres intencionales.</p>
Condiciones de entrega del bebé	<p><u>GS con renuncia antes del parto</u>: la mujer gestante renuncia a la maternidad antes del nacimiento del bebé, por lo que tras el parto éste será entregado. Es la forma habitual de la GS comercial.</p> <p><u>GS sin renuncia antes del parto</u>: se puede acordar con la gestante que no renuncie de forma previa y que pueda decidir en los días posteriores al nacimiento si entrega finalmente al bebé.</p>
Territorio	<p><u>GS nacional</u>: los padres intencionales llevan a cabo la GS en el mismo país donde residen.</p> <p><u>GS internacional</u>: los padres de intención acuden a otro país distinto al que residen para realizar la GS.</p>

Elaboración propia

Bajo la concepción triangular, **el resto de figuras del proceso quedan muy invisibilizadas, pero son igual de relevantes** para comprender la dimensión del problema:

- **La empresa captadora** de mujeres gestantes y la comercializadora de la práctica (si no es la misma), sus procedimientos y prácticas y el beneficio económico que obtienen.

- **Los establecimientos y profesionales sanitarios** que intervienen en el proceso de preparación hormonal y tratamientos para la implantación y gestación del embrión y el resto de la atención sanitaria a la madre, incluyendo interrupciones del embarazo, abortos espontáneos, el parto y el postparto (si lo cubre).
- **Agentes institucionales** de registro administrativo y legal de las y los bebés aceptados por la parte compradora; que abarcan los estados donde viven las madres gestantes y los estados donde viven los compradores.
- **Los niños y niñas que son rechazados**, y por tanto sus vidas posteriores.
- **Las instituciones** que se hacen cargo de las criaturas rechazadas.

Así mismo, debemos considerar en el debate **los derechos de los niños y niñas nacidos por GS** (Balaguer, 2017) y sus futuros derechos a conocer a su progenitora gestante¹²³.

La maternidad subrogada es, por su propia naturaleza, caldo de cultivo para la explotación, el abuso y el tráfico de personas, y no sólo en los países en vías de desarrollo. En Estados Unidos, en el año 2015 se dismanteló una red de abogados que había creado un inventario de bebés no nacidos para venderlos al precio de 100.000 dólares utilizando la GS (Profesionales por la ética, 2015: 9)

8.1.2. Prevalencia del problema

No existen registros estadísticos específicos sobre el fenómeno, por lo que resulta difícil cuantificar el verdadero alcance y las dimensiones de esta forma de VCM.

Suele realizarse una aproximación cuantitativa al problema a través de los registros en embajadas y consulados. De esta forma, a través de las **embajadas y consulados** y otros procedimientos registrales pueden identificarse el número de niñas y niños que son registrado¹²⁴ por personas de nacionalidad española, así como sus países de nacimiento. Lo que

¹²³ En el año 2020 el Comité de Bioética de España elaboró un informe en el que recomendaba la modificación del artículo 5.5 de la Ley de Reproducción Humana Asistida para eliminar el anonimato en la donación de gametos. España era uno de los pocos países europeos, con Francia e Italia que todavía lo mantenía.

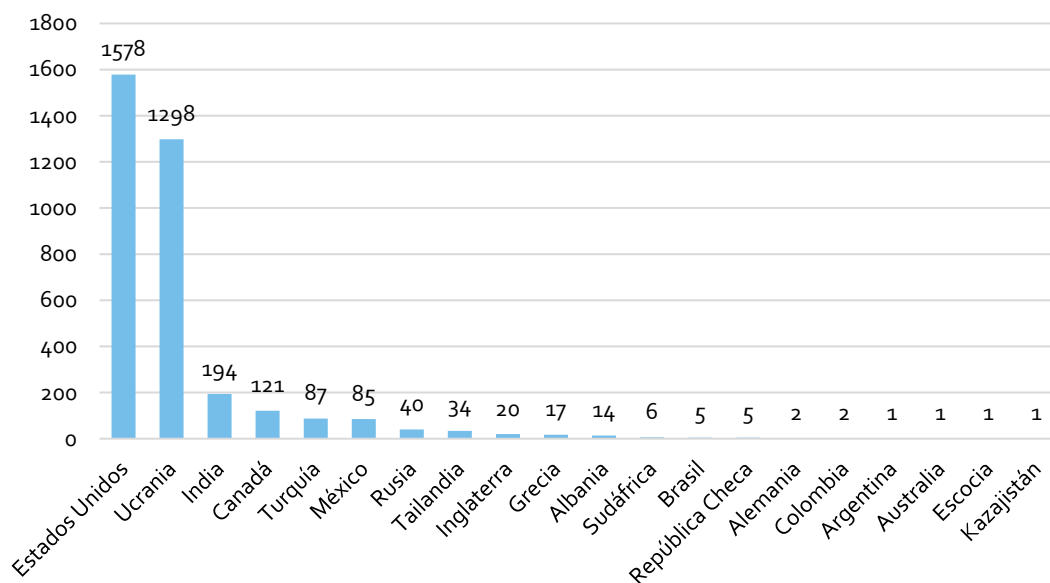
¹²⁴ Como parte de esta investigación se realizó una solicitud al Ministerio de Asuntos Exteriores y a la DGVG sobre los datos actuales de solicitudes de registro de bebés en los registros civiles de los consulados españoles. El Ministerio de Asuntos Exteriores -vía portal de transparencia- facilitó en julio de 2023 los datos disponibles sobre el "número de solicitudes presentadas en las oficinas consulares españolas entre los años 2010 y 2022 para la inscripción de menores nacidos mediante técnicas de gestación por sustitución", mientras que la DGVG -vía correo electrónico- respondió que no dispone de datos al respecto.

permite una aproximación a la problemática. No obstante, se trata de una **visión parcial y sesgada**, ya que se atiende a las y los menores -en este caso en relación a su registro civil- y no al **número real de mujeres que son víctimas** de GS en cualquiera de sus formas.

Los datos aportados por el Ministerio de Asuntos Exteriores, para responder a la consulta realizada en el presente estudio, indican que **entre el año 2010 y el año 2022 se habrían realizado 3.512 solicitudes de inscripción** a bebés nacidos por GS en consulados españoles de diferentes países

Respecto a **los países origen**, Estados Unidos (EEUU) con 1.578 solicitudes (supondrían el 44,9% del total) y Ucrania con 1.298 (el 37,0%) son los dos lugares en los que se han realizado mayor número de solicitudes en el periodo 2010-2022, si bien hay más países como puede verse en el gráfico siguiente.

Gráfico 9. Solicitudes presentadas en las oficinas consulares españolas para la inscripción de menores nacidos mediante técnicas de gestación por sustitución por países (2010-2022)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Asuntos Exteriores solicitados vía ley de transparencia (2023).

La diferencia en el número de solicitudes **en EEUU y Ucrania frente al resto de países es elevada** y tiene que ver, fundamentalmente, con la legislación de cada territorio en materia de GS y también con el coste o el precio del "servicio" que ofertan las distintas empresas.

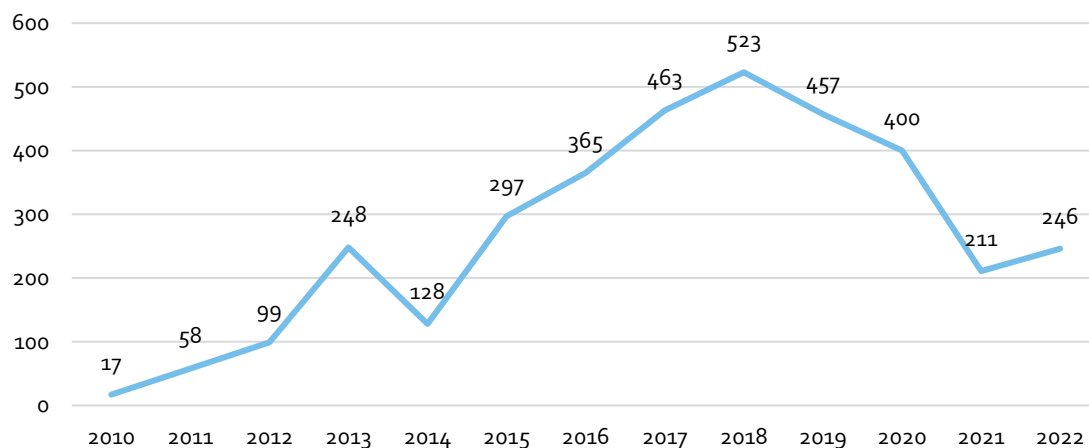
No obstante, estos datos sólo muestran una pequeña parte de la realidad y es difícil de cuantificar el número total de personas de nacionalidad española que han tenido hijas

o hijos por GS. Muchas optan por inscribir directamente a estos bebés al llegar a España, en el Registro Civil Central, donde no se recoge ningún tipo de dato relacionado con la gestación. Hay, por tanto, una probable subestimación del fenómeno.

Es necesario señalar que el descenso del número de solicitudes de inscripción en los consulados a partir de 2019 indica que **cada vez son más los bebés que se registran directamente en España.**

Una explicación que encaja con esta hipótesis es que este año, en 2019, se dictó al respecto la *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*, que considera que los registros civiles en consulados sólo podrán hacerse en los casos en los que exista una sentencia en firme de la autoridad judicial del país correspondiente.

Gráfico 10. Evolución del número de solicitudes para inscribir bebés nacidos por GS en los consulados españoles por años (2010-2022)¹²⁵



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Asuntos Exteriores solicitados vía ley de transparencia (2023).

Las coaliciones de ONG feministas que llevan un seguimiento del fenómeno (como CIAMS, Stop Surrogacy Now o RECAV) que alertan sobre la violación de derechos humanos de las madres gestantes, señalan que al no existir un registro o cuantificación del número de mujeres afectadas es muy difícil dimensionar el problema.

¹²⁵ Los datos para 2013 presentan un pico debido a que se contabiliza en este año el número de solicitudes de efectuadas en el consulado español de Nueva Delhi (Asia) entre 2010 y 2013, que asciende a un total de 90 solicitudes, puesto que no se dispone de estos datos desagregados por años.

8.2. Las mujeres víctimas y las consecuencias de esta VR

La mayor parte de la literatura se centra en el debate bioético y legal sobre la GS (Regalado Torres, 2017; Albert Márquez, 2017; Aparisi Miralles, 2017; Casciano, 2018; López, de Montalvo, Alonso, Bellver, Cadena, de los Reyes, Fernández, Jouve, López, Nombela, Romero, y Serrano, 2018; Piña Sempertegui, 2019; Zegarra Vásquez, 2022). Apenas existen investigaciones centradas en las experiencias de las mujeres como madres gestantes subrogadas, por lo que las mujeres víctimas de esta violencia reproductiva (VR) y sus necesidades son aún muy poco conocidas.

8.2.1. Características de las mujeres víctimas

Existe un consenso entre personas investigadoras y expertas sobre GS sobre que se trata de **mujeres en situación de vulnerabilidad** socioeconómica quienes ponen su cuerpo al servicio de la GS comercial (Pande, 2014; Aparisi Miralles, 2017; Albert Márquez, 2017; Abell-Selby, 2019; Nuño Gómez, 2020; Pardo Mirando, 2023). Ello ocurre **en cualquier país** y especialmente en aquellas sociedades o contextos culturales en los que persiste de manera más notable la subordinación de las mujeres respecto a los hombres, donde éstas se encuentran especialmente desprotegidas ante la instrumentalización de su cuerpo y el consiguiente empleo para fines ajenos (Aparisi Miralles, 2017; Nuño Gómez, 2020).

Las víctimas son mujeres jóvenes en edad reproductiva, de entre 25 y 35 años, que por lo general ya han sido madres con anterioridad, características con las que se pretende asegurar la viabilidad del embarazo. Son mujeres que por lo general carecen de formación y tienen pocas o nulas oportunidades laborales.

Generalmente están desempleadas o desempeñan trabajos precarios en la economía informal (E8).

Algunos estudios señalan que menos del 4% son mujeres que hayan cursado estudios universitarios y más del 40% se encuentra en situación de desempleo y/o percibe ayudas sociales (Trejo Pulido, 2017).

Se trata por tanto de mujeres en una **situación de vulnerabilidad extrema** que no tienen recursos económicos o éstos son muy escasos. De facto, la causa más habitual por la que una mujer se involucra en la GS es la económica (Casciano, 2018).

Esta decisión se toma en pareja si la mujer se encuentra casada. En este sentido, **el marido de la víctima** puede tener un papel fundamental en la toma de decisiones, por encima de la propia mujer gestante que, con frecuencia se puede encontrar en un rol de subordinación emocional, social y legal a su marido que limita su autonomía o incluso en una situación de violencia de género (Pande, 2014; Aparisi Miralles, 2017; Albert Márquez, 2017; Abell-Selby, 2019; Nuño Gómez, 2020; Pardo Mirando, 2023). Así mismo, como señala la Comisión Europea, puede tratarse de una mujer víctima de trata con fines de explotación reproductiva.

El fin último que persiguen las gestantes es lograr **mejorar su estatus socioeconómico y poder mantener a sus familias** (Abell-Selby, 2019). Por ejemplo, que sus hijos reciban educación y se libren de la pobreza (Pande 2014; Abell-Selby, 2019).

Un hecho que señalan algunos estudios es que las mujeres gestantes que ya tenían hijos antes de someterse a GS no han tenido la capacidad económica para alimentarse adecuadamente durante sus embarazos anteriores, en cambio, durante la subrogación esta situación cambia, puesto que el bienestar del bebé está supeditado a la salud de la mujer que lo gesta. Esto da una idea del impacto que produce la llegada de ingresos económicos a sus vidas (Pande 2014; Abell-Selby, 2019).

Las víctimas **parten de una situación de asimetría** (cultural, económica, ...) entre la mujer gestante y los padres comitentes, lo que pone en un riesgo mayor la vulneración de la autonomía y los derechos de la mujer (Aparisi Miralles, 2017; Casciano, 2018; Abell-Selby, 2019).

Gestar un bebé para otras personas implica un proceso que trasciende la gestación. No puede considerarse una decisión libre cuando la mujer gestante se encuentra en una situación de vulnerabilidad, porque carece de suficiente autonomía para ejercer su derecho a la libertad si se halla en una posición de desigualdad (Aparisi Miralles, 2017; López Rodríguez, 2017; Casciano, 2018; Gonzalez López, 2019; Szygendowska, 2021).

Los padres/madres de intención que viajan a otros países -generalmente en vías de desarrollo- para llevar a cabo la GS, no enfrentan las mismas dificultades sociales ni económicas que las mujeres gestantes. No tienen en cuenta ni los costes ni las implicaciones que la subrogación conlleva para estas mujeres, reproduciendo la **vulnerabilidad física y estructural** hacia las mismas.

Investigaciones como las de Amrita Pande (2014) en la India describen cómo se produce el **proceso de “reclutamiento” de las mujeres** gestantes y de manera particular, como algunas mujeres justifican la decisión de ser gestantes adoptando un nuevo *código moral*, a veces religioso, y dejando a un lado sus creencias personales, en torno al altruismo. También se ha investigado la influencia que tiene la desigualdad social en la GS para las mujeres indias (Abell-Selby, 2019), concluyendo que las mujeres son explotadas o no en función de su clase socioeconómica.

El proceso de selección de la mujer gestante por parte de las empresas y los padres/madres intencionales lleva asociado multitud de pruebas y criterios, que tiende a incluir criterios raciales sobre la selección de la madre gestante (Profesionales por la ética, 2015).

Es habitual entre las mujeres gestantes la **incomprensión de las implicaciones de la situación** que deben enfrentar. La GS expone a las gestantes a situaciones en las que aumenta su vulnerabilidad, debido a un proceso en el que pierden su voz y están subyugadas a las **normas de un contrato**, a menudo abusivo.

En casi la totalidad de las ocasiones las mujeres presentan **dificultades para entender un contrato** que generalmente se encuentra en inglés o en un idioma que no es el suyo nativo. Incluso en su propia lengua, se enfrentan a un lenguaje legal cuyas características e implicaciones van más allá de la comprensión inicial del texto (como ocurre con cualquier persona fuera del ámbito del derecho). La falta de educación y de asesoramiento en el proceso de firma del contrato no sólo limita las oportunidades futuras de estas mujeres, también supone un obstáculo en la capacidad de las gestantes a la hora de negociar con los padres de intención sobre el acuerdo (Abell-Selby, 2019).

Las madres gestantes se ven **relegadas a roles dependientes**, desde los que tienen que asumir las órdenes de los padres/madres de intención y personal médico relacionado con las empresas (Pande 2014; Abell-Selby, 2019).

Esta situación llega a implicar que algunas víctimas asuman este papel de madres gestantes **recluidas en los centros de residencia de gestación** (Pande, 2014; Abell-Selby, 2019). Es decir, la reclusión puede formar parte del proceso de GS, sobre todo al final del embarazo, lo que implica el aislamiento de la víctima de su entorno familiar y de apoyo emocional (Fernández-Martorell, 2023).

Mientras que en los embarazos no comerciales la prioridad suele ser la salud de la madre gestante, en la comercial se prioriza el bienestar del nasciturus (véase López, De Montalvo, Alonso, Bellver, Cadena, de los Reyes, Fernández, Jouve, Nombela, Romero y Serrano, 2018). El proceso de GS relega a un **lugar secundario la integridad física y la salud de las mujeres gestantes** víctimas frente a los del feto, por lo que ven suspendidos sus derechos durante el periodo de gestación, no pudiendo tomar en ocasiones decisiones reproductivas como tener un parto vaginal frente a una cesárea, pese a que la primera es lo más adecuado para la salud de ésta (Pande, 2014; Aparisi Miralles, 2017; Abell-Selby, 2019; Nuño Gómez, 2020).

Es frecuente que la madre gestante lo sea de varios embriones porque abarata el coste del segundo bebe para la parte compradora; lo que incrementa el **riesgo de embarazo y parto múltiple** de las víctimas (Profesionales por la ética, 2015).

Esta deshumanización se acentúa cuando, contrato mediante, se solicita el aborto si el feto sufre Síndrome de Down u otras características genéticas no deseadas por los padres/madres; o cuando **se impone el aborto** de uno de los fetos en caso de embarazo múltiple, como una condición para recibir el dinero acordado, sin tener en cuenta los efectos que esto puede conllevar para la madre o los bebés no nacidos (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017).

Sin duda, los debates respecto a la libre autodeterminación es un aspecto susceptible de crítica en los procesos de GS, puesto que la aparente libertad de decisión está condicionada por las circunstancias económico-sociales que rodean a la mujer gestante (Regalado Torres, 2017).

8.2.2. Consecuencias de la gestación subrogada

Los debates sociales y legislativos sobre la GS habitualmente se establecen en torno a la **relación patrimonial de prestación de un servicio** y no desde la perspectiva de los derechos de las mujeres. Desde el primer enfoque, la gestación por sustitución desarrolla una práctica de mercantilización del cuerpo de las mujeres. Permite que las personas con capacidad económica se sientan con el derecho de comprar un bebé (Szygendowska, 2021; Nuño Gómez, 2020) y que la explotación reproductiva de las mujeres vulnerables ofrezca esa posibilidad. Por tanto, la primera consecuencia es la **normalización de esta forma de violencia**.

La GS contribuye a la infravaloración de los cuerpos de las mujeres y su función en la reproducción humana, sus costes e implicaciones sociales. Supone una vulneración de derechos fundamentales de las mujeres y de los niños y las niñas que llegan a la vida por esta vía. La cosificación, la instrumentalización y la despersonalización de la madre gestante son efectos y caracteres propios, constitutivos e inherentes a la GS (Casciano, 2018).

Una consecuencia de especial relevancia es fomento de la trata. Puesto que se ha identificado la relación que existe entre la GS y la **trata de personas con fines de explotación y el tráfico de menores**.

“La mercantilización de seres humanos y la explotación de personas necesitadas en países en vías de desarrollo son solo las manifestaciones más graves de esta figura. El perfil de los países que realizan la oferta y los que realizan la demanda de este tipo de gestación refuerza la idea de que la gestación subrogada constituye un vehículo de explotación de mujeres” (Pardo Miranda, 2023: 8).

Las **consecuencias derivadas del proceso de gestación** que tienen que enfrentar las víctimas son sobre todo de tipo físico y psicológico, pero también sociales y económicas.

Aunque muchas de las mujeres gestantes ven inicialmente la GS como una oportunidad de ganar capacidad de supervivencia -en el marco de la feminización de la pobreza y las contrageografías de la globalización (Sassen, 2003)-, lo cierto es que **la GS refuerza las desigualdades e incrementa la vulnerabilidad de las mujeres** (Aparisi Miralles, 2017; López Rodríguez, 2017; Casciano, 2018; Gonzalez López, 2019; Szygendowska, 2021).

Las propias madres gestantes **minimizan su trabajo reproductivo e infravaloran el impacto** que tiene en sus vidas. **Infravaloran los costes físicos, psicológicos, sociales y económicos** que implican los procesos de gestación “no exitosa” o a lo largo del proceso.

Las consecuencias físicas de la GS sobre las mujeres gestantes, tanto durante el proceso como posteriormente inciden en **la autonomía corporal y en la salud** de las mujeres (Abell-Selby, 2019).

De forma previa a la gestación, todas las mujeres son sometidas a análisis médicos y a tratamientos hormonales. Estos difieren de si se requiere la fertilización del propio óvulo, y la inseminación es posterior, o bien se realiza la implantación de un embrión.

El empleo de medicamentos para la preparación de la madre gestante para recibir los embriones transferidos la expone a un **riesgo mayor de aumento de la presión intracraneal** (Center for Bioethics and Culture [CBC], s.f.).

Es fundamental entender que el proceso que lleva al embarazo en la GS **difiere de una concepción espontánea y que existen importantes detalles médicos** hasta que se establece la gestación. El tratamiento hormonal que provoca la ovulación en la mujer tiene **importantes riesgos para su salud** (Farhud, Zokaei, Keykhaei y Yeganeh, 2019; Trejo Pulido, 2017) como, por ejemplo, resultados obstétricos negativos, problemas vasculares comparados con un embarazo espontáneo (Wu, Sharma, Mehta, Chew-Graham, Lundberg, Nerenberg, Graham, Chappell, Kadam, Jordan y Mamas, 2022; Udell, Lu y Redelmeier, 2017) o severo deterioro de la salud mental a largo plazo (Vikström, Josefsson, Bladh y Sydsjö, 2015).

En el embarazo, las mujeres asumen diferentes cambios y también riesgos para su salud. Un embarazo conlleva inevitablemente cambios físicos como aumento de peso, hinchazón, alteraciones del apetito, aumento de la micción, cambios hormonales, dolor de espalda o náuseas, entre otras, que por lo general afectan a todas las personas embarazadas. Algunas de estas consecuencias como el aumento de peso, la aparición de estrías o una posible cicatriz por el parto o partos y cesáreas programadas, no desaparecen tras el parto.

Existen **complicaciones que pueden darse en cualquier embarazo**, como embolias, anemia por deficiencia de hierro, hemorragias, diabetes gestacional, hipertensión arterial, eclampsia, hiperémesis gravídica, aborto espontáneo, placenta previa, desprendimiento de placenta, trabajo de parto prematuro, depresión y ansiedad o, incluso, la muerte, a lo que hay que sumar los problemas que pueda presentar el feto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Pero, además, “gestar una criatura que genéticamente no es propia supone un mayor riesgo de complicaciones graves como la preeclampsia” (Trejo Pulido, 2021: 49).

En el caso de los embarazos de GS, las condiciones particulares de concepción, gestación y parto establecidas en los contratos exponen a las mujeres gestantes a un **proceso muy agresivo para su salud física y mental** y entraña riesgos para los bebés, al tratarse de un embarazo “altamente medicalizado, tecnificado, controlado y enajenado” (Trejo Pulido, 2021: 49).

Las mujeres embarazadas con un óvulo donado tienen un **riesgo más de tres veces superior a desarrollar hipertensión** inducida por el embarazo y preeclampsia (CBC, s.f.).

También se han documentado casos de muertes de madres gestantes (CBC, s.f.).

Es común que en cada intento se transfieran múltiples embriones, que junto a la *sobrehormonación* a la que son sometidas las mujeres, tiene el consecuente aumento de la probabilidad de **embarazos múltiples, asociados con un riesgo mayor de complicaciones maternas y perinatales**, como diabetes gestacional, restricción del crecimiento fetal y preeclampsia, así como parto prematuro (CBC, s.f.).

Ante esta situación **la madre subrogada no tiene voz** y es la parte contratante la que decide si se realizan abortos selectivos o se lleva a cabo la gestación de 2 o 3 bebés, y si luego se quiere quedar con todos los niños o no. Tampoco tienen capacidad de decisión sobre el parto, el cual es en la mayoría de casos programado e inducido, en muchas ocasiones por cesárea.

Durante la GS son habituales las pruebas de amniocentesis u otras pruebas genéticas invasivas, que tienen riesgos y son dolorosas, para garantizar la integridad genética del gestado y descartar el riesgo de malformaciones o determinadas anomalías genéticas (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017; Trejo Pulido, 2021; Profesionales por la ética, 2015). En caso de detectarse algún problema, se somete a la mujer a un aborto (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017; Trejo Pulido, 2021; Profesionales por la ética, 2015). Esto podría constituir otra forma de violencia reproductiva pues podría darse la situación de aborto forzado (véase capítulo 4.2).

Debido a las consecuencias de la GS, se han dado casos en los que las mujeres gestantes se han visto obligadas a reinvertir el dinero que reciben en su recuperación física y emocional y/o para compensar el estado de baja laboral postparto, ya que en muchos de los países donde se realiza la GS las mujeres carecen de algunos derechos básicos como la baja por maternidad (E8).

Respecto al parto y postparto, en la GS se da un **porcentaje muy elevado de partos inducidos y por cesárea** (CBC, s.f.; Trejo Pulido, 2021), por petición de la parte comitente para que puedan asistir al nacimiento y evitar otros riesgos para el bebé durante el parto vaginal o por decisión de la clínica, para maximizar el número de nacimientos que realizan por día (Trejo Pulido, 2021),

circunstancias que incrementan la probabilidad de estancias hospitalarias más prolongadas (CBC, s.f.).

Las cesáreas que se producen en fin último, por imperativo del negocio, sin tener en cuenta a la mujer gestante constituyen una manifestación clara de **violencia obstétrica**, junto a otras prácticas médicas que se realizan durante la gestación sin consentimiento de la mujer gestante. Además, **las cesáreas conllevan riesgos graves** (Olza, 2018; National Guideline Alliance, 2021) entre los que se encuentran sangrado abundante, infección, una recuperación más larga en comparación con el parto vaginal y la **probabilidad de complicaciones en embarazos futuros** (National Library of Medicine, 2021).

En relación al puerperio, un parto vaginal normal de un único bebé tiende a extenderse 6 semanas, en el caso de la GS donde el parto tiende a ser por cesárea y son frecuentes los partos múltiples, las mujeres gestantes no suelen recibir atención médica ni psicológica durante la **recuperación de periodo completo del postparto**.

Las madres gestantes sufren la **ausencia y desatención** tanto de la parte comitente, como de los intermediarios o clínicas que han llevado el proceso, que no asumen ninguna responsabilidad sobre la salud de la mujer tras el nacimiento del bebé (Trejo Pulido, 2021).

En cuanto a las **consecuencias físicas para el bebé**, existe mayor probabilidad de que los niños/as nacidos por GS tengan **bajo o muy bajo peso al nacer**, además de que se observa un aumento entre 4 o 5 veces superior de **mortinatos** en los embarazos realizados mediante tecnologías de reproducción asistida (CBC, s.f.).

Los bebés que han sufrido consecuencias en su salud en el proceso del parto, que presentan malformaciones u otras características no deseadas por la parte compradora son habitualmente rechazados (Lamm, 2012; Regalado Torres, 2017; Profesionales por la ética, 2015). Faltan estudios que permitan conocer cuál es la situación de los niños y niñas que son abandonados.

Las condiciones particulares de los embarazos subrogados que, como se ha señalado, se relacionan con una probabilidad mayor de embarazos múltiples, pueden derivar en **nacimientos pretérmino**, con los consecuentes **riesgos para los bebés prematuros** como parálisis cerebral, dificultades de aprendizaje, desarrollo lento del lenguaje,

dificultades de conducta, enfermedad pulmonar crónica y retrasos en el desarrollo (Trejo Pulido, 2021).

Las **consecuencias psicológicas** del proceso de GS para las madres gestantes son diversas.

“La venta o alquiler del propio cuerpo implica, en última instancia, a la totalidad de la persona, y las **secuelas psicológicas** de la GS son evidentes. Cada vez se cuenta con mayor evidencia científica respecto los lazos que se crean entre la madre y el bebe durante el embarazo, algunos pretenden, sin embargo, hacer creer a la sociedad que un vientre de alquiler es algo aséptico, sin consecuencias psicológicas ni para la madre ni para el hijo” (Profesionales por la ética, 2015:6).

En muchos casos, las mujeres gestantes **requieren apoyo psicológico** (Profesionales por la ética, 2015; Aparisi Miralles, 2017; Nuño Gómez, 2020; Trejo Pulido, 2021). Cabe destacar de manera especial los **riesgos existentes para la salud mental de las madres gestantes** tras el parto y separación del recién nacido (Profesionales por la ética, 2015; Aparisi Miralles, 2017).

Algunos estudios sobre el estado emocional de madres subrogadas demuestran que tienen **altos niveles de depresión durante el embarazo y el postparto** (Lamba, Jadva, Kadam y Golombok, 2018; Ahmari, Tashi, Mehran, Eskandari y Dadkhah, 2014). Durante el embarazo las preocupaciones de la madre subrogada pueden ser varias como sufrir un aborto *espontáneo* después de experimentar dolor físico en el proceso de fecundación *in vitro*; ansiedad por posibles problemas de salud del bebé o malformaciones; inseguridad sobre como informar a sus propios hijos/hijas o familiares sobre la situación; conflictos religiosos y económicos relacionados con la gestación subrogada; o temor a las complicaciones del parto y a la recuperación en el caso de que se realice una cesárea, entre otros (Ahmari, Tashi, Mehran, Eskandari y Dadkhah, 2014; Taebi, Masoudi y Ahmadi, 2020).

En el postparto, aunque las mujeres sean conscientes de la entrega del bebé desde el inicio y tengan prohibido contractualmente el establecimiento de un vínculo sentimental con el bebé que están gestando, en más de un 10% de los casos precisan de un **apoyo psicológico intenso para superar la separación** (Aparisi Miralles, 2017).

En las prácticas comerciales donde las madres y padres comitentes mantienen un contacto estrecho con la madre gestante, éste tiende a desaparecer de golpe o progresivamente tras el nacimiento del bebé. Una vez se produce el parto, la mujer es

desechada, “se convierte en un elemento innecesario, molesto y amortizado, en términos de mercado, y siente todo el peso de la explotación, de la separación del bebé, de la cosificación del embarazo y de los intereses creados de una transacción comercial que implicaba a personas completas y no a productos de compra-venta” (Profesionales por la ética, 2015:7).

Cuando la parte contratante consigue lo que perseguía, que es la obtención del bebé o los bebés, cualquier tipo de inversión para asegurar la salud física y mental de la madre gestante es considerada por las empresas y clínicas intermediarias como una pérdida, puesto que el producto ya ha sido entregado. (E8).

Aparte de lo descrito, según investigadores de epigenética, los factores prenatales pueden afectar negativa o positivamente el desarrollo genético del ser humano, por lo tanto, **la gestación subrogada presenta un desafío en este campo por el impacto en la salud del feto** (Tan, 2020).

Además, las víctimas se enfrentan **otras consecuencias personales**. La **pérdida de las redes de apoyo social y familiar** es otra de las consecuencias que enfrentan algunas mujeres gestantes.

En algunos países, como en la India, la línea que divide la GS y el trabajo sexual en el imaginario social es muy fina, por ello las mujeres gestantes a menudo ocultan esta realidad a su entorno cercano, alejándose de familiares y amistades durante la subrogación (Abell-Selby, 2019; Trejo Pulido, 2021).

Muchas mujeres que han estado fuera de su entorno durante el embarazo y regresan tras el parto a sus comunidades -donde ejercen de cabeza de familia y acarrear con la mayor parte de las responsabilidades del hogar- se enfrentan al estigma social por haber realizado esta práctica (Abell-Selby, 2019; Trejo Pulido, 2021). Todavía existe muy poca información sobre qué tipo de estigmatización enfrentan las mujeres por haber sido madres gestantes o estar haciéndolo.

Otro aspecto menos conocido es la **vulneración del derecho a la intimidad, a la libertad de movimiento y a la capacidad de decisión**.

Las madres subrogadas pueden ser monitoreadas según sus contratos las 24 horas al día durante los 7 días de la semana por las empresas intermediarias y/o por las personas que acceden a esta práctica (E8).

También hay casos en los que se les prohíbe mantener relaciones sexuales, o sufren fuertes restricciones para el control de las relaciones sociales, llegando incluso a verse obligadas a separarse de sus familias (Trejo Pulido, 2021).

Finalmente, hay que señalar que la falta de comprensión de los procesos que abarca la GS puede llevar a la **criminalización de las mujeres gestantes**, lo que puede interpretarse como una posible consecuencia específica de esta forma de VR (Nuño Gómez, 2020).

Un ejemplo de ello se produjo en Camboya, donde la GS se prohibió en 2016 y más de 60 mujeres fueron encarceladas acusadas de gestar para otras personas. Lo habitual en estos casos era poner en libertad provisional bajo fianza a las madres gestantes, con la obligación de llevar a término el embarazo y criar al bebé como propio hasta su mayoría de edad (Nuño Gómez, 2020). Las expertas consultadas han señalado que en España habría que ser precavido, pues el artículo 221 del Código Penal (CP) español podría suponer la criminalización de la madre gestante.

Por todo lo anterior, el enfoque institucional sobre la GS en España es el de su consideración como una violencia reproductiva. **Legalizar la GS supone la deshumanización de las mujeres y de los bebés**, que se convierten en partes de un contrato de compraventa, en mercancías. Supone una vulneración de los derechos de las mujeres más vulnerables y contribuye al aumento de la brecha de desigualdad existente entre los países (Regalado Torres, 2017; Nuño Gómez, 2020; Szygendowska, 2021).

8.2.3. Necesidades de las mujeres víctimas de GS

Entre las personas expertas que han participado se encuentran algunas experiencias de atención a víctimas de GS, a través de las cuales exponen sus necesidades.

Las expertas coinciden en señalar que **el acceso a estas víctimas es complejo**, ya que las mujeres sometidas a explotación reproductiva no denuncian. Cuando lo hacen, estas mujeres corren el riesgo de ser tratadas como comitentes del delito. Además de que no se contemplan ayudas ni recursos para las víctimas de esta violencia.

Además, de las necesidades comunes de las víctimas de VR (punto 4.4 sobre perspectiva de la integridad), las supervivientes de GS **presentan múltiples necesidades** que pueden variar según las circunstancias individuales de cada mujer, pero en términos generales las necesidades más comunes son:

- **Recursos económicos:** la situación económica puede ser diversa y depende en gran medida del país de las madres subrogadas, pero por lo general las mujeres que acceden a gestar para otras personas lo hacen por razones económicas, como sostiene Nuria González López (E8), abogada especializada en Derechos Humanos¹²⁶.

Una característica común es la situación de emergencia económica propia o de alguna persona cercana a la mujer que, por ejemplo, en los casos de mujeres de EEUU o Canadá, puede ser costear los gastos médicos de una enfermedad o, en los casos de mujeres de países en vías de desarrollo, puede ser un intento de salir de una situación de extrema necesidad. En cualquier caso, casi la totalidad de ellas enfrentan una situación excepcional de vulnerabilidad (E8).

- **Atención médica y psicológica:** las mujeres gestantes precisan de revisiones médicas con periodicidad y de una atención prenatal que garantice su bienestar y el del bebé tanto durante el embarazo, como en el parto y especialmente en el posparto. También requieren de atención psicológica y emocional, ya que pueden experimentar diferentes emociones durante el proceso. Por esta razón, como señala Helena López (2023), matrona experta en salud y mujer¹²⁷ resulta esencial el acceso a atención sanitaria, cuidados obstétricos especializados y a servicios de salud mental de calidad durante todo el proceso del embarazo, distinguiendo las siguientes necesidades según el momento:

- Antes del embarazo:

En los procesos en los que se realiza un tratamiento hormonal, como es el caso de la GS, la mujer debería haber contado con **apoyo socio-sanitario y**

¹²⁶ Nuria González López es abogada experta en Derechos Humanos (DDHH), autora de *Vientres de alquiler* (2019) y *La Mala Gente* (2021). Actualmente, entre otros trabajos, presta servicios de apoyo y asesoría jurídica a madres subrogadas. Ha participado en el estudio como experta colaboradora (González, 2023).

¹²⁷ Helena López Paredes es enfermera (Universidad Europea de Madrid, España) y matrona (University of East Anglia, England), experta en salud y mujer, que actualmente trabaja como consultora internacional de matronería para Naciones Unidas. Ha participado en el estudio como experta colaboradora (López, 2023).

recibir una información completa de los posibles efectos secundarios de la estimulación ovárica mediante hormonas antes de someterse al proceso.

- Durante el embarazo:

Los cuidados durante el embarazo son parte crucial de la continuidad en la atención de salud reproductiva de la mujer, como declara la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) y de acuerdo a la estrategia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹²⁸ que pretende garantizar el bienestar y una vida sana de la mujer embarazada. Proporcionan una plataforma para funciones importantes que incluyen la promoción de la salud, el cribado, diagnóstico, y la prevención de enfermedades.

En el caso deterioro materno o fetal, el equipo multidisciplinar debe intervenir de forma conjunta uniendo diferentes disciplinas para lograr un resultado satisfactorio (Gómez, Seva, Hellín, Roldán, Paredes, Iglesia, Ruíz y Navarro, 2022).

Es muy posible que la madre subrogada necesite el apoyo concreto de una **matrona especializada en salud mental** durante la etapa gestacional que detecte los signos y síntomas de alerta para derivar y trabajar con el equipo multidisciplinar.

- Durante el parto:

La mujer **va a necesitar un asesoramiento previo** sobre cómo puede desarrollarse el nacimiento del bebé para que pueda tomar decisiones plenamente informadas, esto puede ser considerado un desafío creando controversia ante la autonomía de la mujer.

La literatura demuestra que el parto puede ser una experiencia satisfactoria pero también traumática para la madre, es por ello que las mujeres requieren un cuidado individualizado **atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales y psicosociales** (Rodríguez-Almagro, Hernández-

¹²⁸ La Agenda para el Desarrollo Sostenible o *Agenda 2030* (UN, 2015) es una estrategia de desarrollo sostenible que consta de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que fueron pactados por Naciones Unidas (UN) con el apoyo de los países miembros.

Martínez, Rodríguez-Almagro, Quirós-García, Martínez-Galiano y Gómez-Salgado, 2019).

- En el postparto:

El periodo postnatal está definido desde el momento del nacimiento del bebé hasta las seis semanas después del parto. La nueva adaptación y los cambios hormonales hacen que sea una **etapa de gran vulnerabilidad** para la mujer, que necesita una atención médica y psicológica cercana. Contrariamente, las madres establecen que hay un foco intenso sobre la salud de las mujeres durante el embarazo, pero no así en el postparto (Tully, Stuebe y Verbiest, 2017).

- **Apoyo jurídico y/o legal:** el abuso y la explotación subyacen en la mayoría de los procesos de GS, la explotación y la violencia están en la naturaleza del contrato. Cuando se habla de prácticas abusivas en el contexto de la subrogación, se hace referencia a los innumerables problemas añadidos que las mujeres gestantes y los bebés pueden enfrentar en el contexto de estos acuerdos.

Las mujeres gestantes, por tanto, necesitan una protección que garantice sus derechos.

Las madres subrogadas se convierten en meros objetos durante el proceso de GS, hasta el punto de perder todos sus derechos. Todas las decisiones que se llevan a cabo desde el inicio de la GS hasta el parto y entrega del bebé las toma la parte comitente, contrato mediante, en muchas ocasiones **sin criterios médicos.**

Resulta relevante también asistir a **las mujeres gestantes que no quieren entregar al bebé.** Se trata de una situación poco frecuente, porque la extrema necesidad económica que empuja a las mujeres a gestar para otras personas es incompatible con asumir una carga familiar más (E8).

Además de las circunstancias descritas, **existen otros problemas** -algunos ya mencionados- a los que se enfrentan las mujeres gestantes y por los que pueden presentar **otras necesidades:** como la violencia obstétrica -que puede incluir mala praxis médica, cesárea forzada, pruebas invasivas no deseadas, abortos forzados y/o selectivos, etc.-; incumplimiento de los pagos

acordados; ruptura unilateral del contrato de la parte comitente; abandono de la mujer con el bebé; reclusión forzada de las madres en “pisos” o residencias de maternidad; entre otros.

9. GS: marco normativo e institucional

9.1. Marco internacional y europeo

9.1.1. Marco general de partida

La **gestación por sustitución** violenta la integridad y autonomía corporal y reproductiva de las mujeres. Convierte a las niñas y niños en un objeto de intercambio, afectando a sus derechos de identidad, y las mujeres embarazadas quedan reducidas a cuerpos gestantes. Esta forma de violencia **atenta contra los derechos fundamentales de las mujeres** que se encuentran frecuentemente ante situaciones de privación económica y en países cuyos contextos políticos y económicos tienden a caracterizarse por la falta de derechos y oportunidades.

Ningún instrumento internacional regula específicamente la gestación subrogada (Nuño Gómez, 2020). En el marco europeo, aunque no se recoge explícitamente como tal en el Convenio de Estambul, su art.3 permite abarcar esta tipología de VCM (ver capítulo 9.1.2) y el Parlamento ha mostrado preocupación al respecto de la extensión de esta violencia. En el marco institucional español se prohíbe explícitamente esta práctica.

Naciones Unidas (UN, por sus siglas en inglés) **dispone de instrumentos internacionales de derechos humanos** donde podemos ver recogidas referencias análogas, aunque no en todos se trate específicamente la GS (Nuño Gómez, 2020). Entre ellas, la *Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer* -del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)-, la *Convención de Naciones Unidas contra la Esclavitud*, la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño* (CDN) y el vinculado Protocolo Facultativo, o el Convenio relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional.

El CEDAW, en uno de sus informes¹²⁹, muestra su preocupación por las madres subrogantes y solicita que, mediante el apoyo técnico de la Oficina del Alto

¹²⁹ El Comité examinó el sexto informe periódico de Camboya (CEDAW/C/KHM/6) en sus sesiones 1730^a y 1731^a (véanse CEDAW/C/SR.1730 y CEDAW/C/SR.1731), celebradas el 29 de octubre de 2019. La lista de cuestiones y preguntas del grupo de trabajo anterior al período de sesiones figura en el documento CEDAW/C/KHM/Q/6, y las respuestas de Camboya, en el documento CEDAW/C/KHM/Q/6/Add.1.

Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, las normas se ajusten a las normas internacionales de derechos humanos.

Por su parte, la CDN (UN, 1989) -ratificada por España y en vigor desde 1991- en el artículo 35 expone que los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin. Además, la CDN reconoce de forma expresa la responsabilidad de los Estados Partes en la garantía del derecho a la identidad de niñas y niños -artículos 7 y 8- aspectos que se ven vulnerados en la GS.

El *Protocolo Facultativo*¹³⁰ 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 (UN, 2000) -ratificado por España en 2002- pretende reforzar los artículos 34 y 35 de la CDN y **otorgar mayor protección a niñas y niños** frente a la explotación sexual, los abusos sexuales y la venta o tráfico de menores. Aunque no menciona específicamente la situación particular de las y los niños nacidos por GS, en el artículo 2.A considera que:

Por venta de niños se entiende todo acto o transacción en virtud del cual un niño es transferido por una persona o grupo de personas a otra a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución.

Resulta de especial relevancia señalar el Informe de la Relatora Especial de las Naciones Unidas 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 (2018), ya que incluye un “**estudio sobre la gestación por sustitución y la venta de niños**” y realiza recomendaciones para hacer efectiva la prevención y prohibición de la venta de niños.

Este informe de la Relatora Especial¹³¹ (UN, 2018) considera “**inaceptable la discriminación de las mujeres en virtud de la instrumentalización de sus cuerpos con fines culturales, políticos, económicos o de otro tipo**” y anima a otros mecanismos y

¹³⁰ Los Protocolos facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño son un instrumento de la Asamblea General de las Naciones Unidas que refuerzan las normas contenidas en la Convención.

¹³¹ El Comité Económico y Social Europeo -CESE- coincide con la Relatoría Especial del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas mostrando preocupación “por el incremento de la denominada gestación subrogada” y expone que “coincide con la expresión manifestada por el Parlamento Europeo que la considera una forma de explotación reproductiva que vulnera la dignidad de las mujeres. Por tanto, entiende que dicha práctica —cuando sea negocio jurídico donde medie lucro o beneficio de cualquiera de las partes, incluida la publicidad—, debe considerarse como una forma de violencia contra las mujeres y contemplarse al mismo nivel que la explotación sexual”. (CESE, 2022: 3.12).

entidades de las UN a que investiguen la GS y sus repercusiones sobre los derechos de las mujeres con el objetivo de elaborar una normativa basada en los derechos humanos. Además, señala que “nada de lo que se consigna en el presente informe deberá interpretarse como limitación de la autonomía de las mujeres en cuanto a la adopción de decisiones ni de sus derechos a la salud sexual y reproductiva” (UN, 2018: 4. Énfasis añadido).

La Relatoría encomendó a la ONG Servicio Social Internacional -ISS- la elaboración de principios y normas internacionales que rijan los contratos de GS de acuerdo a la normativa de los derechos humanos y los derechos del niño. Esta recomendación, denominada “Principios para la protección de los derechos del niño nacido por gestación subrogada” -y conocida como los “**Principios de Verona**”- (ISS, 2021) tienen como objetivo la protección de los derechos de las niñas y niños nacidos mediante GS.

Tiene 18 principios que son:

- Principio 1: Dignidad humana
- Principio 2: El niño como titular independiente de derechos
- Principio 3: El derecho del niño a la no discriminación
- Principio 4: Derecho del niño a la salud
- Principio 5: Protección previa a la maternidad subrogada
- Principio 6: Interés superior del niño
- Principio 7: Consentimiento de la madre de alquiler
- Principio 8: Consentimiento de los futuros padres
- Principio 9: Consentimiento de las personas que proporcionan material reproductivo humano
- Principio 10: Filiación legal y responsabilidad parental
- Principio 11: Protección de la identidad y acceso a los orígenes
- Principio 12: Notificación, registro y certificación de nacimientos
- Principio 13: Prevención de la apatridia
- Principio 14. Prevención y prohibición de la venta, explotación y tráfico de niños
- Principio 15: Transparencia en asuntos financieros
- Principio 16: Intermediarios

- Principio 17: Respuesta a acontecimientos inesperados en los acuerdos de maternidad subrogada
- Principio 18: Cooperación entre Estados, regiones y autoridades locales

Destaca el principio 7, que alude al consentimiento de la mujer gestante, señalando (ISS, 2021):

7.1. La confianza en la integridad de las circunstancias que rodean su acuerdo de maternidad subrogada es de gran importancia para los derechos del niño. La madre subrogada debe estar en condiciones de tomar decisiones independientes e informadas, libres de explotación y coacción.

7.2. La toma de decisiones libre e informada en todos los asuntos legales, sociales, financieros y médicos por parte de la madre subrogada debe ser apoyada antes de los acuerdos de subrogación, durante todo el embarazo y después del parto.

Deberán establecerse y garantizarse condiciones que permitan a la madre subrogada ejercer su autodeterminación. La maternidad subrogada sólo debe permitirse cuando la madre subrogada, entre otras cosas:

- a. sea legalmente mayor de edad*
- b. haya experimentado como adulta, al menos un parto anterior que no haya sido un acuerdo de maternidad subrogada;*
- c. sea competente y tenga la capacidad cognitiva de tomar decisiones, dar su consentimiento y ejercer su autonomía y autodeterminación.*

A pesar de las consideraciones de la Relatora Especial anteriormente mencionadas sobre las mujeres gestantes (UN, 2018) y que el informe del ISS (2021) explicita que **los Principios de Verona no suponen una aprobación de la GS**, ambos documentos se centran exclusivamente en los derechos del menor nacido por GS y **adolecen de un enfoque de género** que atienda a los derechos de las mujeres gestantes y que propicie el análisis de su situación socioeconómica o de las circunstancias y razones que las han llevado a exponerse a la subrogación.

Diferentes **organizaciones feministas internacionales, y dentro del estado español, han criticado los Principios de Verona**. De esta forma, la Coalición Internacional por la Abolición de la Maternidad Subrogada -CIAMS- (2022) considera que, bajo el pretexto de proteger los derechos de los menores que nacen por GS, tienden a **promover la**

regulación internacional de esta práctica. Ha elaborado una crítica en 8 puntos que comprende las siguientes ideas:

1. supondría un apoyo a la industria internacional de la explotación reproductiva
2. una tentativa de despenalizar la gestación subrogada,
3. una estrategia para oponer los derechos de las mujeres a los derechos de los menores,
4. una concepción «low cost» de la dignidad humana,
5. omite la cuestión de la dignidad de las mujeres contratadas como madres de alquiler,
6. contiene un concepto sesgado del interés superior del menor,
7. implica un enfoque superficial y una instrumentalización del concepto de consentimiento,
8. se fundamenta en la construcción social de la creencia en el derecho a tener hijos.

Respecto a **la regulación jurídica que existe en los países**, encontramos diferentes situaciones (González, Guerrero, Hernández, Holgado, Ingelmo, Justo, Lázaro, López, Lucas, Martín, Mateos y Mateos, 2021; Nuño Gómez, 2023):

- Estados que permiten la GS tanto altruista como comercial, como es el caso de Ucrania, Rusia, India y algunos estados de EEUU. Aunque hay que señalar que en estados federales como los Estados Unidos y México la regulación es muy dispar de un estado a otro.
- Estados que únicamente permiten la GS altruista. Se trata del modelo de regulación más común entre los países europeos que permiten esta práctica como Reino Unido, Grecia o Portugal.
- Estados que prohíben la GS en cualquiera de sus modalidades, también presente en países europeos como España, Italia o Francia, entre otros
- Estados que se encuentran en un limbo jurídico porque no se recoge en ningún sentido.

Marco internacional

En general, la normativa internacional presenta un **enfoque alejado de la protección de las mujeres** frente a esta práctica y centrado fundamentalmente en los derechos del bebe gestado.

Resulta de interés observar la práctica de EEUU y Canadá, dos de los tres principales destinos internacionales de españoles/as para la práctica de la GS; de los cuales se puede destacar lo siguiente:

- **EEUU:** es el territorio que presenta mayor flexibilidad, aunque la legislación depende del estado donde se realice la gestación. Por un lado, se considera delito penal en Nueva York, Arizona, y Míchigan y se prohíbe y el contrato es nulo en Kansas, Louisiana, Nebraska e Indiana. Por otro lado, está permitida para cualquier modelo de familia (heterosexuales, homosexuales o personas solteras) en Florida, California, Arkansas, Delaware, New Hampshire, Nevada e Illinois. En otros estados que se permite se imponen determinados requisitos: Texas solicita la aprobación de un juez; en Tennessee ambos miembros de la pareja han de aportar sus gametos; Utah establece que los padres de intención deben estar casados y la mujer gestante no puede ser la donante de óvulos; en Nueva Jersey no se permite la gestación comercial y los padres solo tienen 3 días para reclamar los derechos de maternidad; y en Vermont precisa de una sentencia judicial posterior al parto (Cáceres Lara, 2019).
- **Canadá:** la práctica es legal -*Assisted Human Reproduction Act*¹³² (S.C. 2004, c. 2)- para cualquier modelo de familia (parejas heterosexuales, homosexuales y personas solteras) pero sólo se permite la modalidad de GS altruista. La mujer gestante, además, debe ser mayor de 21 años y haber tenido al menos un hijo antes de la gestación. La paternidad legal del bebé se consigue mediante la aprobación de un/a juez/a (Cáceres Lara, 2019).

En América Central y del Sur la legislación al respecto es diversa. No en todos los países se recoge la GS en la normativa. Algunos ejemplos de países donde sí se recoge la GS son:

- **Argentina:** como señala Cáceres Lara (2018) la GS no está regulada y hasta el momento la justicia ha fallado varias causas. No obstante, se han presentado varias propuestas de Ley, como la *Regulación de la Técnica de Gestación Solidaria 5700-D-2016*¹³³ o el *Proyecto de Ley 5759-D-2016*¹³⁴, que consideran la GS altruista (o solidaria). Otras

¹³² *Assisted Human Reproduction Act* de Canadá. Acceso

¹³³ *Regulación de la Técnica de Gestación Solidaria 5700-D-2016* de Argentina. Acceso

¹³⁴ *Proyecto de Ley 5759-D-2016* de Argentina. Acceso

iniciativas son el *Proyecto de Ley 3202-2017*¹³⁵ que modifica algunos artículos del Código Civil y Comercial para incluir la gestación subrogada, y el *Proyecto de Ley 3765-D-2017*¹³⁶ que establece la necesidad de una autorización judicial para la GS.

- **Brasil:** La ley no considera esta práctica, pero está considerada en el apartado VII de la *Resolución CFM n.º 1.957 / 2010*¹³⁷ del Consejo de Medicina Federal). Contempla la GS en la modalidad altruista y en los casos en los que existe un problema médico que impide o contraindique que la madre de intención (que será la donante genética) lleve a cabo el embarazo. Entre las condiciones que se imponen, se establece que las mujeres gestantes deben ser familiares (de hasta segundo grado) de la mujer donante genética -GS intrafamiliar-, el resto de casos están sujetos a la autorización del Consejo Regional de Medicina.
- **Colombia:** está prohibida la GS en la modalidad comercial y el Proyecto de Ley Estatutaria considera controles para prevenirla. De acuerdo al *Proyecto de Ley 88 de 2017*¹³⁸, "Ley Lucía", se consideraba la GS altruista en los casos de imposibilidad natural de procrear.
- **México:** no existe una ley específica que regule la gestación subrogada y depende de cada estado. En algunos como Querétaro, Coahuila o San Luis Potosi está explícitamente prohibida. En Tabasco (Código Civil) -que limita el acceso a la GS solo a ciudadanos mexicanos- y Sinaloa (Código Familiar del estado), en cambio, se permite en los casos en los que existe una imposibilidad física o contraindicación médica de que la madre de intención lleve a cabo la gestación (Cáceres Lara, 2019). En México DF la propuesta de ley favorable a la GS se enfoca en asegurar los derechos de filiación a los padres intencionales (Hernández y Santiago, 2011).
- **Uruguay:** permite la GS únicamente si la madre de intención no puede gestar un embrión propio por un impedimento médico (capítulo IV de la *ley 19.167*¹³⁹). Esta incapacidad debe ser reconocida por el equipo médico, que realizará un informe para la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, órgano encargado de evaluar si se cumplen las condiciones establecidas. En este caso se permitirá a una mujer o a

¹³⁵ Proyecto de Ley 3202-2017 de Argentina. Acceso

¹³⁶ Proyecto de Ley 3765-D-2017 de Argentina. Acceso

¹³⁷ Resolución CFM n.º 1.957 / 2010 de Brasil. Acceso

¹³⁸ Proyecto de Ley N.º. 88 de 2017 Senado "Por medio de la cual se reglamenta la reproducción humana asistida, la procreación con asistencia científica y se dictan otras disposiciones –Ley Lucía–" de Venezuela. Acceso

¹³⁹ Ley 19.167 de Uruguay. Acceso

una pareja recurrir a la GS altruista intrafamiliar y acordar con una familiar (hasta segundo grado de consanguinidad) la implantación y gestación de un embrión propio -entendiéndose como propio aquel que es formado como mínimo por un gameto de la pareja o por el óvulo en el caso de mujeres solteras- (Cáceres Lara, 2019).

Más allá de los países latinoamericanos, **otros países** con legislación sobre GS son:

- **Australia:** sólo se permite la GS altruista y las condiciones dependen de los estados. Es el único país en el que la mujer gestante es considerada la madre por lo que, tras el parto, ésta tiene derecho a quedarse con el bebé si así lo desea. Por normal general sólo está permitida para parejas heterosexuales. En estados como Queensland, Tasmania y Nueva Gales del Sur también se permite a parejas homosexuales. Además, en Queensland y Nueva Gales del Sur también las personas solteras pueden acceder a esta práctica si demuestran su incapacidad para gestar (Cáceres Lara, 2019).
- **Georgia:** sólo se permite a parejas heterosexuales casadas en los casos en los que la madre de intención no tenga útero. Entre otros criterios que se establecen, destacan que la mujer gestante no puede superar los 35 años, haber tenido al menos un hijo propio con anterioridad y tener un nivel socioeconómico medio-alto. El bebé será inscrito en el registro por los padres de intención, sin necesidad de consentimiento de la madre gestante. Y en el caso particular de parejas españolas, para que el consulado de España reconozca la filiación paterna el padre debe aportar sus espermatozoides (El Mundo, 2023).
- **India:** permitía las dos modalidades de contrato de GS (comercial o altruista), siendo uno de los principales destinos para esta práctica. Pero como otros países asiáticos, abandonó – en 2016, con la aprobación de la ley *Surrogacy (Regulation) Bill, 2016*¹⁴⁰ la modalidad comercial en favor de los extranjeros y en la actualidad la legislación del país sólo permite la GS altruista en los casos de parejas heterosexuales infértiles de nacionalidad india (El Mundo, 2023).
- **Sudáfrica:** permite la modalidad altruista -de acuerdo a la normativa “Children’s Act 38” de 2005- y a personas residentes en el país ya sea una persona soltera o una pareja, requiriendo que los gametos utilizados sean de al menos uno de ellos. Además, se

¹⁴⁰ *Surrogacy (Regulation) Bill, 2016* de India. Acceso

establece que la persona o pareja, padres de intención, no puedan tener un hijo o hija por motivos que sean permanentes e irreversibles (Cáceres Lara, 2019).

- **Tailandia:** era uno de los principales destinos para esta práctica hasta que en 2015 modificó la legislación. La ley actual sólo permite la gestación subrogada a parejas heterosexuales y nacionales (El Mundo, 2023).

La **ausencia de un marco internacional común, la diversidad de criterios y la oposición de algunos países** -como EEUU, entre otros- a reconocer la CEDAW y la CDN, propician un contexto que sitúa tanto a las mujeres gestantes como a las y los menores gestados en una posición de vulnerabilidad extrema frente a la violación de sus derechos (Nuño Gómez, 2020).

9.1.2. Contexto europeo

En el **contexto europeo**, la norma referente en la lucha contra las violencias machistas, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul) -ratificado por España en 2014-, no menciona la GS como una forma de violencia contra las mujeres, pero como ya ha sido explicado, el artículo 3 da cabida a todas las formas de violencia contra las mujeres. Esto es debido a las múltiples expresiones que tiene la VCM y a la que las instituciones tardan en llegar en el desarrollo de su acción institucional.

En este marco, **el Parlamento Europeo**, ha sido la única institución supranacional que ha mostrado de forma clara una posición contraria a la regulación de la GS (Nuño Gómez, 2020). La *Resolución del Parlamento Europeo*, de 17 de diciembre de 2015, sobre el Informe anual sobre los derechos humanos y la democracia en el mundo (2014) y la política de la Unión Europea al respecto (2015/2229(INI)), considera en el marco de los derechos de las mujeres y las niñas lo siguiente:

"Condena la práctica de la gestación por sustitución, que es contraria a la dignidad humana de la mujer, ya que su cuerpo y sus funciones reproductivas se utilizan como una materia prima; estima que debe prohibirse esta práctica, que implica la explotación de las funciones reproductivas y la utilización del cuerpo con fines financieros o de otro tipo, en particular en el caso de las mujeres vulnerables en los países en desarrollo, y pide que se examine con carácter de urgencia en el marco de los instrumentos de derechos humanos" (Parlamento Europeo, 2017: 115).

Otras instituciones como el **Tribunal Europeo de Derechos Humanos** (TEDH), ha mostrado una mayor ambivalencia ante el tema al no regular expresamente la GS ni respecto a la reproducción humana asistida. El TEDH remite a la legislación nacional de cada estado, lo que permite un margen muy amplio en su tratamiento y consideración (Nuño Gómez, 2020).

El propio TEDH de facto, reconoce la ausencia de consenso en Europa y tiende a considerar que en estos casos prevalece el derecho a la identidad del menor en base al artículo 8 *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*¹⁴¹ (en adelante Convenio Europeo de los DDHH). Así lo expone por primera vez en 2014 y posteriormente en otras sentencias.

En cuanto a la **normativa nacional de los países europeos** se observa una regulación dispar en torno a la GS. Entre los países que permiten esta práctica, Ucrania resulta especialmente relevante al situarse como el segundo destino al que acuden más españoles para llevar a cabo la GS. Otros “países destino” de las y los españoles son: Rusia, Inglaterra y Grecia.

- **Ucrania:** antes de la guerra era el principal destino en Europa para las personas que recurren a esta práctica. Permite la GS en cualquier modalidad sólo a parejas heterosexuales casadas¹⁴² y en los casos en los que la madre de intención tiene reconocida la incapacidad médica de gestar a su propio bebé. En Ucrania, además, la mujer gestante debe ser anónima y no puede reclamar la maternidad, por lo que no tiene ningún derecho ni deber sobre el bebé que gesta (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

No obstante, la guerra no ha detenido la explotación reproductiva de mujeres ucranianas y la principal clínica dedicada a la GS en el país -BioTexCom- sigue funcionando a pesar de la invasión. Tras el estallido de la guerra, BioTexCom se trasladó a un búnker, aunque se desconocen las garantías de seguridad que ofrecen para las mujeres gestantes y los bebés¹⁴³.

- **Rusia:** permite la GS altruista o comercial, sólo a parejas heterosexuales -como Ucrania- y en los casos en los que la madre de intención tiene reconocida la incapacidad médica de gestar a su propio bebé. La mujer gestante no puede aportar sus óvulos, y

¹⁴¹ Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales. Acceso

¹⁴² Ucrania prohíbe el matrimonio entre personas del mismo sexo por lo que, al no poder cumplir con el requisito de estar casadas, las parejas homosexuales no pueden recurrir a la GS (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

debe tener entre 20-35 años, haber tenido al menos un hijo propio con anterioridad y realizar un examen físico y emocional. Además, en caso de que la mujer gestante esté casada, se debe contar con el consentimiento previo del marido (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

- **Reino Unido:** sólo se permite la modalidad altruista para parejas (homosexuales o heterosexuales) y excluye a personas solteras. Desde el nacimiento del bebé, los padres de intención tienen 6 meses para solicitar la paternidad o se considerará hijo/a legal de la mujer gestante. Además, al menos uno de los miembros de la pareja debe residir en Reino Unido para solicitar la ayuda de una mujer gestante. Por esta razón Reino Unido es un destino poco empleado por personas extranjeras. La GS en Reino Unido es poco utilizada también por los propios británicos que optan con frecuencia por la India porque no encontrarían mujeres británicas que consientan ser madres gestantes.
- **Grecia:** la GS comercial está prohibida, sólo se permite la modalidad altruista a parejas heterosexuales y mujeres solteras que no pueden gestar a sus propios hijos, situación que la madre de intención debe justificar mediante un certificado de infertilidad. La mujer gestante no puede aportar sus óvulos y el proceso debe contar con el consentimiento de un/a juez/a.
- **Portugal:** en 2017 entró en vigor la Ley 25/2016, que establecía las condiciones para la aplicación de la GS, y que sería derogada por el Tribunal Constitucional del país al considerar que violaba distintos principios y derechos, entre los que se encuentra el arrepentimiento de la gestante. A finales de 2021, tras varios años de debate, se aprobó la Ley 26/2021 sobre gestación subrogada vigente en la actualidad. Esta ley permite a parejas heterosexuales o parejas de mujeres acceder a la modalidad de GS altruista únicamente en los casos en los que la mujer no tenga útero o cuente con una lesión o situación clínica irreversible que le impida tener un embarazo. Entre las particularidades de esta medida destaca el plazo de 20 días con el que cuenta la mujer gestante a partir del parto para decidir si finalmente desea entregar o no el bebé. A pesar de la aprobación de la ley, sólo se ha registrado un proceso desde su entrada en vigor.

Por otro lado, otros países europeos como **Suecia, Alemania y especialmente Francia e Italia** se han posicionado en contra de la regulación de esta práctica de VR.

- **Francia:** la GS es una práctica ilegal recogida en el Código Civil y Penal francés, particularmente prohibida por la Ley 94-653 de 29 julio de 1994. Esta ley introduce el

artículo 16-7 del Código Civil francés que establece la nulidad de pleno derecho de cualquier acuerdo sobre la gestación por cuenta de otra persona y el CP, en el artículo 227-14, establece penas de prisión y multa para quienes intermedien entre personas que quieran tener un bebé mediante esta práctica y la mujer que lo vaya a gestar. Además, la jurisprudencia francesa ha sido muy clara proclamando la nulidad de estas prácticas, llegando a negar la inscripción en el Registro Civil de los bebés subrogados nacidos fuera de las fronteras francesas. En 2014, de facto, existen dos conocidas sentencias del TEDH¹⁴⁴ en las cuales se condena al estado francés por no inscribir a dos menores nacidas por GS en EEUU (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

- **Italia:** la GS está prohibida y su práctica se castiga con duras penas legales. La Ley n.º 40 del 19 de febrero de 2004, en el artículo 4.3, prohíbe recurrir a la práctica de la procreación medicamente asistida de tipo heteróloga -como ocurre con la GS- y en el artículo 12.6 impone multas económicas muy elevadas y penas de prisión por el uso de “madres de alquiler” (González, Guerrero, Hernández, et al., 2021).

En 2015, el TEDH¹⁴⁵ también intervino ante la **negación de las autoridades italianas a la inscripción de un bebé nacido por GS**. La inscripción de la pareja como padres se realizó, en primera instancia, de acuerdo a la legislación rusa -donde se realizó el proceso de GS-, pero posteriormente se les imputó por alteración del estado civil, falsedad y violación de la ley sobre adopción, “en tanto se acreditaron notables

¹⁴⁴ STEDH 26 junio 2014: esta sentencia del TEDH sienta doctrina en torno a dos casos semejantes resueltos anteriormente según la legislación francesa. En ambos casos, una pareja de nacionalidad francesa recurre a la GS (la primera tras varios intentos fallidos de fecundación in vitro y la segunda por problemas de fertilidad) en dos estados diferentes de EEUU. Las autoridades francesas niegan en ambos casos la inscripción del nacimiento.

El TEDH expone que el no reconocimiento de la relación de filiación entre los bebés nacidos por GS en el extranjero y las parejas que recurren a esta práctica en el Derecho francés no se limita a la situación de los padres de intención, si no que afecta también a la de los menores, “cuyo derecho al respeto a la vida privada, que implica que cada uno pueda establecer la sustancia de su identidad, incluida su filiación, se encuentra significativamente afectado” (CGPJ, 2016: 8). Así, el TEDH considera que existe una situación de incertidumbre jurídica en relación a que los menores puedan ver reconocida su nacionalidad francesa y poder heredar de los esposos recurrentes, incertidumbre que se manifiesta con mayor intensidad si uno de los miembros de la pareja ha participado en la engendración del bebé.

En la conclusión señala que “al obstaculizar el Tribunal de Casación francés tanto el reconocimiento como el establecimiento de su vínculo de filiación respecto de su padre biológico (dado que ni siquiera le permite reconocerlo como hijo o adoptarlo)” (CGPJ, 2016: 8) el Estado francés ha excedido los límites de su margen discrecional, y ha ignorado el derecho de los niños a su vida privada, infringiendo el art. 8 del Convenio Europeo de los DDHH.

¹⁴⁵ STEDH 27 enero 2015: una pareja de nacionalidad italiana recurre, tras varios intentos sin éxito de fecundación in vitro, a la GS en Rusia, donde la mujer gestante dio su consentimiento escrito para que el bebé fuera inscrito como hijo de los padres de intención italianos.

El Tribunal de nuevo considera el quebrantamiento del art.8 del Convenio Europeo de los DDHH, en este caso por parte de las autoridades italianas, al alejar al menor de los padres, puesto que tras una convivencia de más de seis meses los tres constituían un núcleo familiar “de facto”.

falsedades en el relato de los hechos, negándoseles el reconocimiento de la filiación establecida en el extranjero” (Consejo General del Poder Judicial [CGPJ], 2016).

Las autoridades italianas no sólo no reconocieron la filiación si no que, tras 6 meses de convivencia, pusieron al menor bajo la tutela de una institución, impidiendo el contacto mutuo, además de entregarlo a una familia de acogida.

Recientemente, mediante una orden de la delegación del gobierno en Milán, se ha solicitado al alcalde de la ciudad interrumpir la inscripción de las y los bebés de parejas del mismo sexo nacidos en el extranjero por gestación subrogada (El Mundo, 2023).

9.2. Marco normativo español

9.2.1. Normativa estatal

En España desde 1988 la *Ley 35/1988*¹⁴⁶, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida -artículo 10- considera el contrato de gestación subrogada nulo de pleno derecho y es una práctica que **no está permitida en ninguna de sus modalidades**, aspecto que se mantiene en la posterior y vigente *Ley 14/2006*¹⁴⁷, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. El artículo 10 sobre Gestación por sustitución, señala concretamente:

- 1. Será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero.*
- 2. La filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto.*
- 3. Queda a salvo la posible acción de reclamación de la paternidad respecto del padre biológico, conforme a las reglas generales.*

Además, según el artículo 221 del CP¹⁴⁸ la entrega del bebé está tipificada como un delito:

- 1. Los que, mediando compensación económica, entreguen a otra persona un hijo, descendiente o cualquier menor aunque no concorra relación de filiación o parentesco, eludiendo los procedimientos legales de la guarda, acogimiento o*

¹⁴⁶ Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. Acceso

¹⁴⁷ Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Acceso

¹⁴⁸ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del CP. Acceso

adopción, con la finalidad de establecer una relación análoga a la de filiación, serán castigados con las penas de prisión de uno a cinco años y de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de la patria potestad, tutela, curatela o guarda por tiempo de cuatro a 10 años.

2. Con la misma pena serán castigados la persona que lo reciba y el intermediario, aunque la entrega del menor se hubiese efectuado en país extranjero.

3. Si los hechos se cometieren utilizando guarderías, colegios u otros locales o establecimientos donde se recojan niños, se impondrá a los culpables la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de las referidas actividades por tiempo de dos a seis años y se podrá acordar la clausura temporal o definitiva de los establecimientos. En la clausura temporal, el plazo no podrá exceder de cinco años.

No obstante, personas expertas e investigadoras feministas consideran que hay un **riesgo de criminalización**. Señalan que este artículo del CP sitúa al mismo nivel a los padres de interés y a la mujer gestante, a la que considera igualmente comitente del delito, y no tiene en cuenta ni la situación de vulnerabilidad que enfrentan mayoritariamente las mujeres que acceden a gestar para otras personas ni las relaciones jerárquicas que se establecen durante los procesos de gestación y que relegan a las mujeres gestantes a una posición de subordinación.

En nuestro país, hay que destacar en el marco estatal el papel del **Comité de Bioética de España**¹⁴⁹. En su *Informe sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada* se manifiesta la postura de la mayoría de integrantes del Comité que “entiende que *todo contrato de gestación por sustitución entraña una explotación de la mujer y un daño a los intereses superiores del menor*” (López et al., 2018:86) y formula tres criterios que deberían orientar una reforma legislativa:

- Principio de mínima intervención: la reforma debería estar orientada a lograr la nulidad efectiva de los contratos de GS, aplicable también a los que se celebren en el extranjero. Para ello se debería considerarse la sanción de las agencias dedicadas a la

¹⁴⁹ Creado en cumplimiento de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica como un “órgano colegiado, independiente, con carácter consultivo sobre las materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y las Ciencias de la Salud”, adscrito al Ministerio de Sanidad.

intermediación y en caso de no resultar efectivas para impedir la GS, recurrir a otras medidas legales que refuercen su cumplimiento.

- Prohibición universal de la maternidad subrogada internacional: adopción de medidas destinadas a la prohibición de los contratos de GS a nivel internacional.
- Transición segura: el Comité reconoce que durante la elaboración de la reforma es probable que un número indeterminado de personas españolas estén inmersas en procesos de GS, situación que debe tenerse en cuenta en la transición hacia una regulación efectiva para no dejar desprotegidas a las niñas y niños que nazcan a raíz de estos procesos. Para ello, el Comité propone garantizar su filiación en el extranjero de acuerdo a la doctrina establecida por el Tribunal Supremo (TS).

En cuanto a las **políticas públicas** implementadas, éstas carecen de suficiente especificidad.

El *Plan Estratégico Nacional contra la Trata y la Explotación de Seres Humanos (2021-2023)*¹⁵⁰, en el marco general, expone que la trata de seres humanos -como delito antecedente- engloba todas las formas de explotación conocidas -delito final- señalando particularmente entre éstas la GS. Frente a este “fenómeno criminal grave” relata la **necesidad de realizar un abordaje multidisciplinar e integral** que contribuya a establecer líneas de acción tanto en el ámbito público como privado, incluyendo al tercer sector.

La¹⁵¹ *-EEVM- (2022-2025)*, en línea con el Convenio de Estambul, manifiesta que es necesario **ampliar el enfoque de análisis de la violencia que atenta contra las mujeres en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos** y que existe el compromiso de atender las vulneraciones graves de los derechos reproductivos que son manifestaciones de violencia contra las mujeres, como la GS (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [DGVG], 2022).

La EEVM 2022-2025 reconoce que **algunas formas de violencia sexual pueden constituir delitos internacionales**¹⁵² y muestra especial preocupación por violencias sexuales que se producen en el ámbito transnacional como “la trata de mujeres y niñas

¹⁵⁰ Plan Estratégico Nacional contra la Trata y la Explotación de Seres Humanos (2021-2023). Acceso

¹⁵¹ Estrategia Estatal para combatir las Violencias Machistas -EEVM- (2022-2025). Acceso

¹⁵² De acuerdo a la *Recomendación núm. 35 de la CEDAW*, “Entre otros, crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra como la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, la esterilización forzada o cualquier otra forma de violencia sexual de gravedad comparable, de conformidad con los artículos 7 1) g), 8 2) b) xxii) y 8 2) e) vi) del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional”. Acceso

con fines de explotación sexual, el matrimonio infantil, precoz y forzado, la **gestación subrogada comercial**, y la mutilación genital femenina (MGF)”.

Según la EEVM se constituyen como violencia contra las mujeres en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos aquellos actos que, basándose en la discriminación por razón de género, **atentan contra la integridad o la autodeterminación de las mujeres** en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamiento y oportunidad, incluidos el aborto y la esterilización forzosos.

Entre las diferentes formas de violencia en el ámbito reproductivo, según la EEVM 2022-2025 el “**embarazo forzado**” en relación a la explotación comercial de las mujeres mediante la GS (o vientres de alquiler) merece especial atención puesto que “este tipo de violencia materializa la explotación reproductiva del cuerpo de las mujeres para fines comerciales, pudiendo sufrir situaciones relacionadas con la falta de consentimiento informado completo, coacción y privación arbitraria de libertad” (DGVG, 2023: 48).

La EEVM 2022-2025 **no incluye actuaciones específicas** sobre esta forma de violencia al estar en trámite, en el momento de elaboración y aprobación de la Estrategia, el anteproyecto de ley que modifica la Ley Orgánica 2/2010 sobre la salud sexual y reproductiva.

La reforma de la Ley Orgánica 2/2010 o “Ley del aborto” -*Ley Orgánica 1/2023*¹⁵³, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo- pone de manifiesto que a pesar de que la GS es ilegal en España (de acuerdo a la Ley 14/2006 anteriormente mencionada) se sigue produciendo al amparo de la diversa regulación internacional, considerando por ello que **la GS se debe reconocer normativamente como “una forma grave de violencia reproductiva”** y que se deben tomar medidas para prevenir y perseguir su práctica. De facto, esta reforma incorpora el **Artículo 32. Prevención de la gestación por subrogación o sustitución:**

Artículo 32. Prevención de la gestación por subrogación o sustitución:

1. La gestación por subrogación o sustitución es un contrato nulo de pleno derecho, según la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción

¹⁵³ Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Acceso

humana asistida, por el que se acuerda la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero.

2. Se promoverá la información, a través de campañas institucionales, de la ilegalidad de estas conductas, así como la nulidad de pleno derecho del contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero.

El artículo 32 está integrado en el capítulo III de medidas de prevención y respuesta frente a formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva del título III sobre las “Protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos” que se incorpora en la Ley 1/2023. En el mismo título III, también se consideran los capítulos 1 y 2 sobre la responsabilidad institucional y la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito gineco-obstétrico, respectivamente.

Además, la Ley 1/2023 introduce en el **artículo 7 bis, sobre la atención a la salud reproductiva**, que los servicios públicos de salud garantizarán: un enfoque antidiscriminatorio e interseccional en su intervención; el acceso a la información sobre los derechos reproductivos, prestaciones públicas y cobertura sanitaria durante embarazo, parto y puerperio; la provisión de asistencia, apoyo emocional y acompañamiento de la salud mental a las mujeres que lo requieran durante el postparto o en el caso de muerte perinatal; y la provisión especializada de atención psicológica o sexológica con perspectiva de género, entre otros preceptos.

Esta norma establece en el artículo 11 la elaboración de la Estrategia Estatal de Salud Sexual y Reproductiva¹⁵⁴ y en el artículo 30 se considera que dicha Estrategia “contemplará un apartado de prevención, detección e intervención integral para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico”.

No obstante, a pesar de la expresa prohibición de la GS por la normativa española, **la filiación de los niños y niñas nacidos mediante esta práctica se ha ido concediendo.**

¹⁵⁴ La Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva (2011) no realiza ninguna mención sobre la GS, aunque sí manifiesta que “uno de los derechos básicos de las mujeres en materia de salud reproductiva es el derecho a la información y a decidir libremente”, derechos que se ven vulnerados durante los procesos de GS. Acceso

Nuestro ordenamiento jurídico considera que la nulidad únicamente afecta al contrato, cuestión que se solventa una vez conseguida la filiación, pero no prevé un ilícito penal por compra-venta de bebés (Nuño Gómez, 2020).

Prueba de ello, en la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) 5375/2016 (CGPJ, 2016) se hace referencia a dos sentencias previas del TEDH -STEDH 26 junio 2014 y STEDH 27 enero 2015- en relación a la GS y el reconocimiento de la filiación en dos casos resueltos en países europeos (véase 9.1.2. Marco Institucional Europeo).

La STS 5375/2016 señala que en ambas sentencias se expresa que se ha vulnerado el art.8 del Convenio Europeo de los DDHH. **En ninguno de estos casos se discute sobre el derecho a la protección por maternidad**, lo que está en debate es la viabilidad de la inscripción registral de filiación "surgida mediante contrato de maternidad" (CGPJ, 2016: 9).

Ambos asuntos tienen lugar en un contexto jurídico distinto del español, señalando la STS 5375/2016 que en España "la posibilidad de adoptar a los menores o de indagar la paternidad biológica mitigan el eventual desamparo en que pueden encontrarse al impedir su acceso al Registro Civil como hijos de los padres subrogados" (CGPJ, 2016: 9).

El TS destaca sobre estos asuntos la importancia que **en ambas sentencias se otorga a la necesidad de proteger la situación generada**. Si se produce convivencia familiar entre los padres de intención y los menores, ha de protegerse en beneficio de los segundos, sobre todo si uno de los "padres subrogados" es a su vez madre o padre biológico. "Lo que se hace es optar por un "mal menor": mantener las consecuencias de una situación contraria al Derecho nacional (convivencia derivada de la maternidad subrogada) porque así conviene al interés del menor (mantenerlo en su núcleo familiar "de facto"). Y esto, al margen de lo que disponga el Derecho Internacional Privado, obviamente también integrado en el ordenamiento español" (CGPJ, 2016: 9).

Así en España "nos encontramos ante un auténtico limbo jurídico en el que la legislación, el Ministerio Fiscal y la jurisprudencia del Tribunal Supremo desautorizan la validez de los contratos, pero la Dirección General de los Registros y del Notariado, pertenecientes al Ministerio de Justicia, las diferentes empresas comercializadoras y los comitentes desoyen la misma" (Nuño Gómez, 2020: 66).

En este sentido, la medida más controvertida (Nuño Gómez, 2020) es la *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 -DGRN-* que permite la posibilidad de inscribir en el Registro Civil español una relación de filiación declarada por un Tribunal extranjero, lo que posibilita la continuidad transfronteriza de una relación de filiación que implica responsabilidades parentales. Aunque esta relación de filiación se produzca por GS.

La finalidad de la Instrucción de la DGRN es:

Atendiendo a la finalidad de dotar de **plena protección jurídica el interés superior del menor**, así como de otros intereses presentes en los supuestos de gestación por sustitución, resulta necesario establecer los criterios que determinen las condiciones de acceso al Registro Civil español de los nacidos en el extranjero mediante esta técnica de reproducción asistida (DGRN, 2010: 1).

Por su parte, la *Instrucción de 18 de febrero de 2019*, de la DGRN, sobre actualización del régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución, exige una sentencia en firme de las autoridades judiciales del país donde se lleve a cabo la GS para el registro del menor.

Por otro lado, cabe mencionar que se han producido diferentes propuestas en favor de la legalización de la GS. La última presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el 14 de abril de 2023, bajo el nombre *Proposición de Ley reguladora del derecho a la gestación por sustitución*¹⁵⁵. Esta proposición de ley aboga por permitir la GS en la modalidad altruista y se ha encontrado con una mayoría opuesta a la regularización, por lo que con toda probabilidad no saldrá adelante. El partido político que presentó dicha propuesta no obtuvo representación parlamentaria para la siguiente XV legislatura de España.

9.2.2. Referencias autonómicas

La revisión de la normativa autonómica muestra un **escenario diverso, con una única mención específica sobre GS**. Es por esta razón que se ha ampliado la búsqueda a preceptos que indirectamente puedan aludir a esta forma de violencia contra las mujeres.

¹⁵⁵ Para más información ver *Proposición de Ley reguladora del derecho a la gestación por sustitución*. Acceso

En este sentido, los hallazgos muestran que varias **CCAA presentan una definición amplia de la violencia** contra las mujeres -en línea con el Convenio de Estambul- y que, si bien no la mencionan explícitamente, **podrían incluir la GS al referirse de manera genérica** a “violencia contra los derechos sexuales y reproductivos” como son: Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña y La Rioja.

Por otro lado, Baleares y País Vasco, si bien no mencionan la GS ni consideran la violencia contra los derechos reproductivos entre las formas de VG, como las anteriores CCAA, hacen referencia a éstos entre los principios generales.

Cabe destacar que Aragón es la **única comunidad autónoma que menciona explícitamente en su normativa la GS**. Lo hace en el *IV Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón*¹⁵⁶ (2018-2021) mediante la siguiente medida:

Medida 1.1.1.6: Realizar acciones de sensibilización frente a la explotación reproductiva de las mujeres y los vientres de alquiler, a fin de concienciar a la sociedad de los efectos negativos de estas prácticas para todas las mujeres.

En el resto de CCAA -Asturias, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Comunidad de Madrid, Murcia o Navarra- la normativa en materia VCM presenta un enfoque más reducido sobre la violencia y sus manifestaciones, ya que generalmente se acogen a la definición estatal de violencia de género que establece la *Ley 1/2004*¹⁵⁷ y hay poca presencia de la tipología de violencia reproductiva.

¹⁵⁶ Consultar en *IV Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón*. Acceso

¹⁵⁷ Consultar en *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Acceso

10. GS: mapeo y experiencias de acción

10.1. Consulta a entidades locales y organizaciones y personas expertas

10.1.1. Características de las EELL y organizaciones participantes

Los datos de participación de la encuesta son muy reducidos en ambos casos puesto que en España **no existen entidades con experiencia en la atención a víctimas** de este tipo de violencia. Por esta razón se complementó el trabajo de campo con entrevistas semiestructuradas (ver Anexo 3) y se reforzó el análisis de literatura científica sobre el tema.

En cuanto a **la encuesta**, se ha realizado una doble consulta en torno a las actuaciones sobre GS y la experiencia en la atención a mujeres víctimas de GS; por un lado, a entidades locales (EELL) y por otro, a organizaciones y personas expertas.

De las 279 **EELL** que han realizado el cuestionario únicamente 6 señalan haber conocido la GS en el desarrollo de su trabajo y sólo 4 EELL han respondido preguntas sobre gestación subrogada. Únicamente 3 de ellas (ayuntamientos) señalaron tener alguna experiencia sobre esta forma de VR, pero, o no la especifican, o se refieren a actividades de sensibilización para dar a conocer la existencia de este tipo de VCM y concienciar a la sociedad.

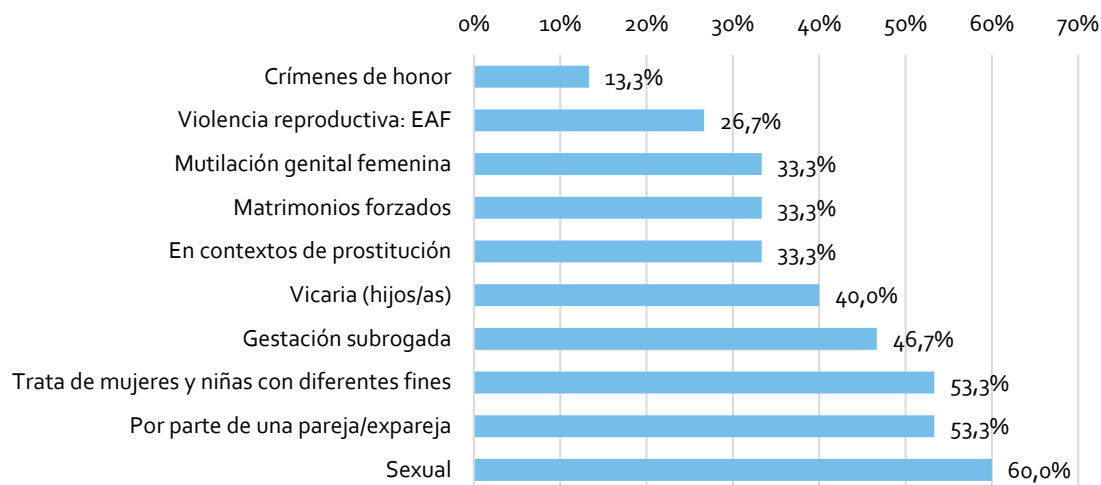
Las EELL participantes consideran en general la aplicación de la interseccionalidad es elevada. Y que su trabajo con los principales grupos de mujeres vulnerables es con mujeres con discapacidad.

En el segundo caso, se ha conseguido recabar la participación de 17 **organizaciones y personas expertas**, pertenecientes a universidades, asociaciones, fundaciones, y movimientos organizados feministas y de mujeres. Representan un variado *expertise* que abarca los ámbitos académico, sanitario, jurídico, psicológico o divulgativo, entre otros.

En cuanto a las **organizaciones expertas consultadas**, su ámbito territorial es fundamentalmente estatal (el 85,7% de ellas), pero también autonómico (7,1%), provincial (7,1%) y local (14,3%). El 87,5% de estas organizaciones tiene conocimiento experto y/o

experiencia en la atención a mujeres víctimas de VCM en sus distintas formas (ver gráfico), si bien el 46,7% señala que en materia de GS su conocimiento es fundamentalmente teórico.

Gráfico 11. Áreas de conocimiento y/o intervención de las entidades expertas consultadas



Fuente: Elaboración propia

El 70% de las organizaciones considera que la aplicación del enfoque interseccional en su trabajo es total, y el 30% bastante. En cuanto a las mujeres con mayor vulnerabilidad que están presentes en sus actuaciones, han señalado que estas son mujeres migrantes/extranjeras (en torno al 80% de las entidades), racializadas (50%) o refugiadas (40%) y también mujeres jóvenes y menores (70%).

El ámbito de *expertise* de las personas participantes en la encuesta ha sido diverso, destacando ligeramente los perfiles profesionales del ámbito de la psicología y personas académicas, divulgadoras y/o profesoras.

10.1.2. Actuaciones en materia de GS

Las entidades y personas expertas consultadas y que han tomado parte en la encuesta señalan que, puesto que en España la GS es ilegal, **no existen recursos especializados de atención** a esta forma de violencia ni a sus víctimas. También manifiestan desconocer si existen protocolos de atención, o de coordinación institucional y/o mesas o protocolos de seguimiento para esta forma de violencia que haya sido promovido por otro tipo de organizaciones. En cualquier caso, ni las EELL, ni las organizaciones ni personas expertas consultadas han intervenido con mujeres víctimas de GS en el Estado Español.

Si se pone el foco en **posibles víctimas de GS que puedan llegar a España**, el protocolo de intervención a seguir con ellas podría ser similar al que se sigue con las mujeres víctimas de trata o prostitución. Además, debe tenerse en cuenta que, al tratarse de mujeres migrantes, pueden presentar algunos obstáculos en el acceso a recursos: desconocer los recursos y servicios que tienen a su disposición en nuestro país; no saber dónde acudir para pedir ayuda; barreras idiomáticas o culturales; desconfianza en la administración -especialmente mujeres de países en vías de desarrollo o de países con alto índices de corrupción-, entre otros (E8).

Las EELL no advierten ninguna particularidad en la **atención a las mujeres víctimas de GS** y plantean que ésta debe ser igual a la que se presta a otras víctimas; en el sentido de hacer extensivo los mismos derechos y recursos.

En general, todas las expertas consultadas coinciden en la importancia de incorporar a las **políticas de cooperación internacional para el desarrollo** la GS. En su opinión, los países que prohíben la GS en su territorio, como España, tienen la **obligación moral y ética de impulsar y financiar programas de cooperación internacional** que protejan a las mujeres más vulnerables en cuyos países se lleve a cabo la GS, proporcionándoles determinados recursos como educación o recursos materiales y financieros que les permitan defenderse de la explotación de sus cuerpos.

Las actuaciones sobre la GS en España se centran, como ya ha sido señalado, en **acciones de sensibilización** hacia la ciudadanía. La concienciación se realiza fundamentalmente a través de las organizaciones y entidades feministas. Gracias a ellas, se han desarrollado manifiestos, charlas, formación, concentraciones, recogidas de firmas, y materiales de divulgación en prensa y en medios de comunicación online.

- Estas acciones se dirigen de manera general a la ciudadanía, pero de manera particular a las personas que han recurrido a la GS (padres/madres-parte compradora) o planean hacerlo y a las administraciones públicas.
- Habitualmente se llevan a cabo desde las propias organizaciones que las diseñan, pero también en coordinación con otras organizaciones feministas tanto de España como internacionales, como CIAMS, No somos Vasijas, la Red Estatal contra el Alquiler de Vientres, Stop Vientres de Alquiler, l'Escola AC, etc.

A continuación, se señalan algunas experiencias de interés en el ámbito internacional y nacional.

10.2. Experiencias de interés

En el ámbito internacional, destaca la actuación de las siguientes organizaciones que realizan un trabajo de observación, estudio, denuncia y concienciación sobre la GS:

La **Coalición Internacional por la Abolición de la Gestación por Sustitución**¹⁵⁸ -CIAMS, por sus siglas en francés- es una asociación internacional que promueve los derechos de las mujeres desde la perspectiva feminista. Su principal objetivo es “contribuir a la adopción y a la puesta en práctica de legislaciones y políticas públicas que promuevan la abolición de la gestación por sustitución a nivel nacional, europeo e internacional”¹⁵⁹.

Está formada por numerosas entidades de distintos países, entre las que se encuentran las siguientes organizaciones de España: Red Estatal contra el alquiler de vientres; No somos vasijas; Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas; Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres; Stop Vientres de Alquiler; Federación Mujeres Jóvenes; FAC

Feministas al Congreso; y Fórum de Política Feminista.

Stop Surrogacy Now¹⁶⁰ es una organización internacional -asociada al Centro de Bioética y Cultura (CBC)- que agrupa a organizaciones y profesionales de diversos ámbitos y procedencia que se oponen a la explotación reproductiva de las mujeres y la trata de menores a través de la GS. Las organizaciones miembros manifiestan, a través de la firma de la Declaración, la preocupación por los aspectos sociales, humanos, económicos, jurídicos y culturales derivados de la gestación subrogada. En la *Declaración de Stop Surrogacy Now*¹⁶¹ instan a la colaboración de los gobiernos nacionales del mundo y de las y los líderes de la comunidad internacional para poner fin a la GS.

Como ya se ha explicado, no se ha podido acceder a experiencias de intervención con madres subrogadas en el [contexto de las EELL en España](#), no obstante, se han localizado algunos

¹⁵⁸ Coalición Internacional por la Abolición de la Gestación por Sustitución -CIAMS-. Acceso

¹⁵⁹ Estatutos CIAMS. Acceso

¹⁶⁰ Stop Surrogacy Now. Acceso

¹⁶¹ Declaración de Stop Surrogacy Now. Acceso

ejemplos de prácticas de sensibilización y concienciación relacionadas con la temática promovidas por gobiernos locales:

Como ejemplo de compromiso institucional y acuerdo local puede señalarse la acción del **Consejo Municipal de la Mujer junto con la Concejalía de Bienestar social del Ayuntamiento de Marín** (Pontevedra). Mantuvieron una reunión en noviembre de 2018 con motivo de la conmemoración del 25N, Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Además de establecer los premios otorgados a la intervención local frente a la violencia de género, estos órganos decidieron expresar un acuerdo público contra la regulación de los vientres de alquiler¹⁶².

También destacan en actuaciones de promoción del conocimiento: El Ayuntamiento de Mérida colaboró en la charla-debate¹⁶³ "Ventre de alquiler vs. Gestación por Subrogación: una mirada crítica" celebrado en 2015 y que pretendía exponer la postura regulacionista frente a la

abolicionista. El Ayuntamiento y la Diputación de Lugo, dentro de la programación de actividades de "Mujeres con fuerza" que realizaron en conmemoración del 8M de 2019, participaron en la presentación pública del libro *Vientres de Alquiler* de Nuria González, profundizando sobre la realidad de la GS mediante el abordaje de la situación jurídica, la práctica y las consecuencias que ésta tiene sobre las mujeres gestantes.

La diputación de Pontevedra dentro de los cursos en línea en materia de igualdad imparte la formación "Vientres de alquiler: explotación reproductiva y feminización de la pobreza".

El Ayuntamiento de Sevilla organizó a finales de 2017 el II Ciclo Otoño Feminista que, entre otras actividades, incluyó jornadas de reflexión¹⁶⁴ sobre la GS/Vientres de alquiler.

Desde el trabajo de las **asociaciones feministas y de mujeres**, destaca la acción de la **Red Estatal Contra el Alquiler de Vientres (RECAV)**¹⁶⁵, No somos vasijas y Stop Vientres de Alquiler.

¹⁶² Faro de Vigo, 2018. Marín rechaza la regulación sobre vientres de alquiler y exige abolir la prostitución. Acceso

¹⁶³ Charla-debate: Ventre de alquiler vs. Gestación por Subrogación: una mirada crítica. Acceso

¹⁶⁴ II Ciclo Otoño Feminista. Acceso

¹⁶⁵ Red Estatal Contra el Alquiler de Vientres (RECAV). Acceso

RECAV Fue fundada por un grupo de organizaciones y activistas que se unieron para luchar contra la GS y defender los derechos colectivos de las mujeres. En la actualidad, pertenecen a la RECAV más de 150 organizaciones feministas procedentes de todo el territorio estatal. Además, destacan otras tres organizaciones especializadas en la denuncia y sensibilización que son: No somos vasijas¹⁶⁶, Stop Vientres de Alquiler¹⁶⁷ (SVA) y la Red Académica Internacional de Estudios sobre Prostitución y Pornografía (RAIEPP).

En cuanto a “**No somos vasijas**”, se trata de una plataforma formada con el intento de impedir los posibles intentos de regulación de la GS en España. Por su parte, **Stop Vientres de Alquiler** es un proyecto de divulgación feminista cuyo objetivo principal es impulsar el conocimiento y crear conciencia social sobre la GS como una forma de violencia contra las mujeres y una práctica contemporánea de explotación reproductiva y venta de bebés.

Varias **universidades públicas** también han realizado actuaciones (congresos, conferencias y seminarios) sobre gestación subrogada que podrían replicarse desde gobiernos locales, ejemplos de ello son:

También existen ejemplos sobre iniciativas locales de asociaciones feministas, como los siguientes. La **asociación feminista Marea Violeta Jerez** organizó en 2019, con la colaboración de Stop Vientres de Alquiler, la jornada de divulgación “Explotación reproductiva y mercado de bebés”. La **Asociación de Mujeres para la Salud (AMS)**, en conmemoración del 28 de mayo -Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres-, y con la colaboración del Ayuntamiento de Madrid, celebró la jornada “Las Maternidades” en la que entre otras temáticas se abordaron las cuestiones relativas a la violencia en torno a la maternidad y particularmente la filósofa feminista Ana de Miguel trató sobre “La nueva maternidad neoliberal: los vientres de alquiler”.

¹⁶⁶ No somos vasijas. Acceso

¹⁶⁷ Stop Vientres de Alquiler (SVA). Acceso

La conferencia organizada por la **Universidad Nacional de Educación a Distancia** (UNED) en marzo de 2023, que fue impartida por la antropóloga Mercedes Fernández-Martorell bajo el nombre Encargar humanos¹⁶⁸.

El seminario permanente que la **Universidad Carlos III de Madrid** ofrece en abierto desde 2020 de la politóloga y

feminista Laura Nuño sobre "Maternidades S.A.: El negocio de los vientres de alquiler"¹⁶⁹.

O el Congreso internacional "Debates teóricos y jurídicos: explotación reproductiva y gestación comercial"¹⁷⁰ organizado por la **RAIEPP** en 2022, entre otras actuaciones del ámbito académico.

¹⁶⁸ Conferencia "Encargar humanos". Acceso

¹⁶⁹ Seminario "Maternidades S.A.: El negocio de los vientres de alquiler". Acceso

¹⁷⁰ Congreso internacional "Debates teóricos y jurídicos: explotación reproductiva y gestación comercial". Acceso

11. Violencia o Crímenes en nombre “del honor”

11.1. Descripción del problema y tipologías

Los crímenes “de honor” o crímenes cometidos en nombre “del honor” (CNH) son un tipo de violencia contra las mujeres (VCM) que comprende un **amplio *continuum* de mecanismos de control de diferente gravedad cuya expresión más extrema es el asesinato (*feminicidio por honor*)** (Mayeda, Vijaykumar y Chesney-Lind, 2018). En el marco de la Unión Europea están recogidos dentro del Convenio de Estambul, que orienta la acción de los poderes públicos en materia de lucha contra la violencia contra las mujeres (CVM).

Aunque sus víctimas son **principalmente mujeres**, pues son sobre las que recae en mayor medida la noción de “honor”, también afecta a personas no binarias, hombres y mujeres del colectivo LGTBQ+.

Algunas instituciones y autoras consideran que es más adecuado que se denomine “**violencia basada en el honor**” (VBN) (véase al respecto, Mayeda y Vijaykumar, 2016) o “**violencia y opresión relacionadas con el honor**” (como hace la Agencia de Igualdad de Género de Suecia). Ello se debe a que **las prácticas coercitivas son más amplias** que los ejemplos más extremos de la misma, que se centran en el castigo para la restauración “del honor”. Por el momento el Convenio de Estambul las denomina CNH.

De acuerdo con Servicio de Estudios del Parlamento Europeo (2015: 2), la connotación de “crimen” también es criticado porque “disfraza la naturaleza premeditada del crimen o hace demasiado hincapié en “el honor”, por lo que en cierto modo puede validar el motivo del crimen” (Welchman y Hossain, 2005). Algunas alternativas sugeridas son por el EPRS son “feminicidio” o “asesinatos por vergüenza”.

La vulneración “del honor” es una noción compleja, central en las sociedades patriarcales, que hace referencia a diferentes **valores morales, religiosos y culturales en relación al comportamiento esperado de los miembros femeninos** de una familia (nuclear o extensa) u otra afiliación comunitaria o religiosa (ej.: tribu, etnia, clan, etc.) en función de los roles de género vigentes.

De esta forma, tal y como señalan Mayeda y Vijaykumar (2018:354), "un sistema familiar basado en el honor descansa en una construcción social rígida de la comprensión de la feminidad y la masculinidad, y bajo dicho sistema la supuesta pureza sexual de las mujeres y las niñas es fundamental para la reputación de la familia"¹⁷¹.

Todo ello tiene las siguientes implicaciones:

- Los comportamientos de las mujeres **afectarían al conjunto del grupo**, por lo que los intereses y necesidades de éstas quedarían subordinados a los del colectivo, pues sus trasgresiones ponen en riesgo el "honor" del conjunto.
- Por este motivo, las mujeres están sujetas a un **estrecho control familiar y comunitario**; sobre todo de sus comportamientos sexuales (ej., la virginidad o la fidelidad) y actitudes (ej., modestia, pudor, rectitud).
- El control **comprende, entre otras cosas**: la vigilancia de los espacios a los que pueden acceder solas o acompañadas, su uso y horario; las personas con las que pueden interactuar, sobre todo hombres; su forma de vestir; las actividades que pueden realizar (de ocio, profesionales o de otro tipo); la priorización de las necesidades familiares, etc.
- También implica **prácticas nocivas** como son las pruebas de virginidad, la MGF y los matrimonios forzosos; que también son considerados VS y VR.
- Las **exige estar fuera de comentarios**, rumores o habladurías que funcionarían como mecanismos de control patriarcal (Sen, 2005). En contextos de diáspora, los rumores pueden llegar al país de origen de la familia, "lo que lleva a lo que lleva a un nivel macro de opresión que cruza las líneas internacionales" (Mayeda, Vijaykumar y Chesney-Lind, 2018: 357).
- Este control es **ejercido tanto por hombres como por mujeres**; en su conjunto tiene como consecuencia un contexto de opresión.

Entre los comportamientos o situaciones que **pueden suponer una afrenta "al honor"** se encuentran: actitudes no recatadas, vestimentas, elecciones profesionales, no ser heterosexual, tener una identidad de género no binaria o diferente a la asignada, relacionarse con varones ajenos a la familia, denunciar incidentes de maltrato doméstico o violencia de

¹⁷¹ Traducción propia del original en inglés.

género, no seguir preceptos religiosos, negarse a contraer un matrimonio concertado, conflictos con la dote, negarse a la MGF de las hijas o a su matrimonio precoz, solicitar el divorcio, el adulterio, tener relaciones afectivas prematrimoniales, no ser virgen o quedarse embarazada fuera del matrimonio. Las víctimas de violación pueden incluso ser consideradas "causantes" de su propia violencia (Stenger y Jones 2019).

Por lo tanto, cuando se percibe un **riesgo potencial o una afectación en "el honor"** (*vergüenza*), se requiere de una **acción correctiva** (*restauración*), cuyo grado de severidad variará en función de la familia y el contexto.

Los modos de expresión de la VBH o CNH o **sus tipologías son varias:**

- castigos o sanciones de tipo afectivo,
- pérdida de libertades personales,
- restricciones a la libertad de movimiento,
- restricciones en el contacto con hombres,
- violencia verbal y psicológica,
- aislamiento comunitario y ostracismo,
- traslado correctivo o secuestro al país originario o de referencia de la diáspora,
- traslado correctivo o secuestro a un tercer país para residir con otros familiares,
- retención en el hogar contra la voluntad o secuestro,
- abuso físico no letal,
- ataques con ácido,
- violación correctiva,
- aborto forzado,
- inducción al suicidio,
- asesinato.

La incidencia de la VBH o CNH parece disminuir en la medida en que:

- la noción de "honor" se transforma en función de algunos cambios socioculturales que afectan sobre todo a las mujeres (relacionados con el matrimonio, la dote, y en general la situación social de las mujeres y de las personas no binarias);

- disminuye la tolerancia social a la violencia libremente ejercida por parte de familiares (pierde legitimidad);
- el Estado refuerza la protección de la ciudadanía en general y de las mujeres en particular y mejora la eficacia del derecho civil (se pierde impunidad); y se promueven y protege los derechos de las mujeres y las personas LGTBQ+ (se avanza en la igualdad de género).

11.2. Características y necesidades de las víctimas

11.2.1. Principales colectivos afectados

De acuerdo con Stenger y Jones (2019), en las comunidades propensas a la VBH, la escasa protección jurídica y el acceso inadecuado a la información de las víctimas suelen hacer que las mujeres sean vulnerables.

Pese a que los CNH están asociados a geografías alejadas de España, lo cierto es que la noción “de honor” y su corrección o castigo están **presentes en todas las culturas** aunque de manera distinta, pues el término puede variar en sus connotaciones. Aunque estos delitos se han asociado en su mayoría con el islam, también ocurren en las comunidades hindú, sij, drusa, cristiana y judía (EPRS, 2015).

En Europa hay prácticas que han (casi) desaparecido y otras perviven de forma de desapercibida para la mayoría de la sociedad. Por ejemplo, algunas de las que subsisten son las violaciones correctivas a mujeres lesbianas o las terapias correctivas a personas del colectivo LGTBQ+; otras han perdido legitimidad, como son los asesinatos relacionados con el adulterio.

En este sentido, es necesario señalar que, **en España, el franquismo** en el periodo dictatorial supuso la instauración de un orden simbólico y legal que potenció la acción contra las mujeres en nombre “del honor” (Cenarro Lagunas, 2018; Noblet, 2021).

En esta línea, Noblet (2021:164-165), señala que “El código civil y el código penal se forman a fin de establecer el delito de adulterio con un tratamiento diferenciado según el sexo del autor, de suprimir casi toda condena en caso de crimen de honor contra una hija o una esposa, y de castigar con penas de cárcel a las mujeres que hubieran abortado. (...). Es evidente, pues, que después de 1939, detrás del padre y del esposo responsable, se esconde más frecuentemente que antes (y con menos discreción) el

pater familias todopoderoso, que garantiza (y ostenta) el honor colectivo. (...) En los años 1940 y 1950, se trata más de un “jefe de familia” que de un “padre de familia”.

No queda pues, tan lejano de **nuestras propias referencias culturales**, la noción de “honor”.

En la actualidad, los CNH aluden tanto a *prácticas nocivas* como a costumbres derivadas de valores patriarcales que, en sus expresiones más notorias, tienen **mayor prevalencia en unas regiones del mundo** que en otras; si bien las mediciones son insuficientes o se carece de ellas en muchos países, por lo que los datos cuantitativos deben de tomarse desde una perspectiva aproximativa.

De acuerdo con las investigaciones disponibles y los datos de organismos internacionales, hay una mayor prevalencia en el **subcontinente indio de Asia, norte de África, Oriente Medio y entre las diásporas procedentes de dichas zonas** que residen en otras partes del mundo, incluidas por supuesto Europa y por tanto **en España**.

Las diásporas aluden tanto a las **personas migrantes** por motivos económicos como al conjunto de población solicitante o beneficiaria de **protección internacional** en España (véase punto 5.2.2.).

- El hecho de que la VNH estén presentes entre las formas de violencia comunes de VCM en algunas regiones, **no significa que toda la población originaria esté expuesta a ellos ni sea perpetradora de la misma**.
- La comisión de CNH está relacionada en ocasiones solo con la pertenencia a grupos (a veces minoritarios) de algunas zonas, expresiones religiosas, clanes específicos, y también con valores familiares concretos. Además, su práctica puede variar en función del **origen rural o urbano** de las mismas.
- Por todo ello, es preferible **huir de generalizaciones y estereotipias** que pueden afectar al conjunto de la población procedente de algunas nacionalidades; induciendo con ello a la **discriminación, racismo y xenofobia**. Lo que, además provoca el alejamiento de las potenciales víctimas de los recursos de atención.

En cuanto a **la expresión de algunas violencias específicas** se conocen los siguientes datos.

- Sobre la **MGF**, según la UNFPA (2020b) ésta ha afectado al menos a 200 millones de niñas y mujeres y se practica en comunidades de todo el mundo (aunque principalmente en África subsahariana y los Estados árabes):
 - En África: Benin, Burkina Faso, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Djibouti, Egipto, Etiopía, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Uganda y Zambia.
 - Asia: India, Indonesia, Malasia, el Pakistán y Sri Lanka.
 - Oriente Medio: Emiratos Árabes Unidos, Omán, Yemen, Iraq y en el Estado de Palestina.
 - Europa del Este: Georgia y la Federación Rusa.
 - América del Sur: Colombia, Panamá, Ecuador y en Perú.

El origen étnico es el factor más relevante para la prevalencia de la MGF, que va más allá de la clase socioeconómica y el nivel educativo, aunque hay excepciones en relación al origen urbano o rural de la población (UNFPA, 2020b).

- Respecto al matrimonio infantil¹⁷², aunque se registra en todo el mundo, los países donde la práctica tiene mayor prevalencia (muy por encima del 50% de la población femenina infantil) son: Níger, República Centroafricana, Chad, Bangladesh y Burkina Faso. En términos globales, India China, Pakistán, Afganistán e Irán son países donde la práctica está extensamente arraigada. Los países de gran prevalencia donde se ha registrado un descenso notorio en la práctica son: Bangladesh, Etiopía, India, Indonesia, Armenia, Esuatini (antes Suazilandia), Maldiva, Ruanda y Túnez (UNICEF, 2021).

Su número en el mundo ascendería a 765 millones. Aunque afecta tanto a niños como a niñas, las primeras se ven más afectas y las consecuencias son más graves. Según la alianza mundial Girls Not Brides, cada año, 12 millones de niñas y adolescentes se casan antes de cumplir los 18 años.

¹⁷² Alude a cualquier tipo de matrimonio formal o unión informal en el que uno o los dos contrayentes tienen menos de 18 años (UNICEF)

- No siempre es posible diferenciar con claridad los datos de uniones o matrimonios forzados infantiles de aquellos que **afectan a mujeres a partir de 18 años**. Su extensión es mundial y no debe de asimilarse a los matrimonios concertados ni de conveniencia, si bien éstos pueden llegar a convertirse en forzosos cuando no se permite su disolución (véase las diferentes relaciones por ejemplo en Naz Ali Kousar, 2023).

Aún existen pocos estudios de su prevalencia en Europa (véase la investigación promovida por la FEMP al respecto, 2023). Por su parte, la Red de trabajo sobre los matrimonios forzados en España (2023) indica la importancia de su práctica entre comunidades y etnias de China, India, Pakistán, Turquía, Irán, Afganistán, Bangladesh Irak, Marruecos, Senegal, Gambia, entre otros.

- En cuanto a las **pruebas de virginidad** (ver capítulo3), de acuerdo con la Declaración para Eliminar los Test de Virginidad (WHO, ONU Mujeres, OHCHR, 2018:7), entre los países donde se ha documentado esta práctica se encuentra: Afganistán, Brasil, Egipto, India, Indonesia, Irán, Irak, Jamaica, Jordania, Libia, Malawi, Marruecos, los Territorios Palestinos Ocupados, Sudáfrica, Sri Lanka, Suazilandia, Turquía, Reino Unido, Zimbabue, Bélgica, Canadá, los Países Bajos, Suecia y España.

En España **se debe a la presencia de diásporas**, pero también se hace referencia a la **población gitana**. En nuestro país tiende a exacerbarse su presencia en la comunidad romaní española en referencia a los exámenes rituales de la virginidad como parte de los actos de celebración asociados al matrimonio o la unión de pareja.

Las expertas consultadas al respecto señalan que la prueba de la virginidad **no es algo que caracterice al Pueblo Gitano** sino que fue una práctica “adquirida” a partir de su “fomento” en la corte de los Reyes Católicos, quienes querrían incentivar la moral cristiana entre las mujeres. El Pueblo Gitano es diverso y la prueba del pañuelo no está generalizada. En España está en desuso y se realizaría solamente cuando hay una aceptación libre por parte de la novia. Ciertamente, está asociada a la noción patriarcal de “orgullo”, aunque en la actualidad se considera que no existiría la posibilidad de “deshonra”, puesto que si la prueba se da sucede cuando la mujer lo decide y el resultado no contradiría la expectativa.

- En cuanto a los “**feminicidios o asesinatos por honor**” o en nombre “del honor”, existe una subestimación de su incidencia ya que la cuantificación siendo muy deficiente en general. Su objetivo sería la restauración “del honor” familiar.

La mayoría se produciría en Oriente Próximo y sur de Asia. La OMS estimó(2012), que mundialmente se producían alrededor de 5.000 asesinatos cada año en nombre “del honor”. No obstante, como señala Valcárcel, “estas cifras podrían engrosarse considerablemente teniendo en cuenta los casos no reportados como la falta de estadísticas nacionales e internacionales oficiales al respecto” (2020:59).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, **en España** -en donde no hay una medición oficial de la prevalencia de los CNH como tales- se podría estimar que **hay grupos de mujeres que podrían estar enfrentando un mayor riesgo**. Nos referimos a las niñas y mujeres de diásporas donde la pervivencia y prevalencia de los CNH en sus países de origen es mayor. Ello no excluye a la población nativa española, pero la sitúa ante un riesgo menor de VBH (que no inexistente).

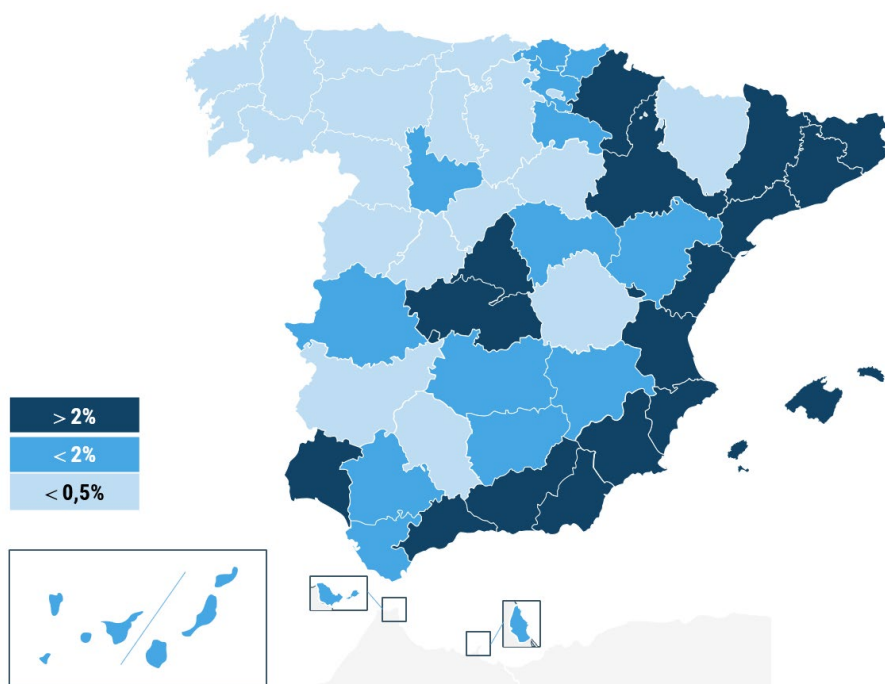
Partiendo de este hecho, y centrándonos en la población de origen migrante, se ha realizado un **análisis del padrón** en función de la **población femenina por país de nacimiento** en España, valorando aquellas nacionalidades más numerosas en nuestro país.

Se han seguido los siguientes criterios:

- Se ha considerado la división en provincias porque favorece la acción local sobre el fenómeno.
- Se ha valorado la presencia del conjunto de nacionalidades con prevalencia de CNH respecto al total de población femenina empadronada (%). La clave no es la nacionalidad sino el peso de población femenina en riesgo.
- Muchas de las nacionalidad tiene muy escasa presencia en España, por lo que para considerar el fenómeno tiene mayor interés un enfoque regional. De esta forma se han considerado las siguientes procedencias:
 - África: Gambia, Mali, Marruecos, Argelia, Sudán y Sudán del Sur.
 - Asia- subcontinente Indio: India, Pakistán y Bangladesh.
 - Oriente Medio: Egipto, Arabia Saudí, Emiratos Árabes Unidos, Iraq, Irán, Jordania, Kuwait, Líbano, Qatar, Yemen, Siria y Turquía.

- Para valorar el **grado de vulnerabilidad a los CNH**, se ha establecido este criterio:
- vulnerabilidad alta: si se supera el 2% de población sobre el total de mujeres;
- vulnerabilidad media: cuando el peso poblacional sea del 0,5% hasta el 2%,
- vulnerabilidad baja: cuando la población femenina sea inferior al 0,5%.

Ilustración 8. Mapa de la vulnerabilidad (*) potencial a los CNH en España (por provincias). % de mujeres extranjeras** sobre el total de población femenina.



Elaboración propia. INE (2023) Explotación estadística del padrón de habitantes

Notas:

(*):Alta: 2% - 15%; Media: < 2%; Vulnerabilidad Baja:< 0,5%.

(**): Gambia, Mali, Marruecos, Argelia, Sudán, Sudán del Sur, India, Pakistán, Bangladesh, Turquía, Egipto, Arabia Saudí, Emiratos Árabes Unidos, Iraq, Irán, Jordania, Kuwait, Líbano, Qatar, Yemen, Siria

Desde una perspectiva autonómica, donde hay una mayor presencia de estas poblaciones femeninas es en Cataluña, Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana, Islas Baleares y Navarra.

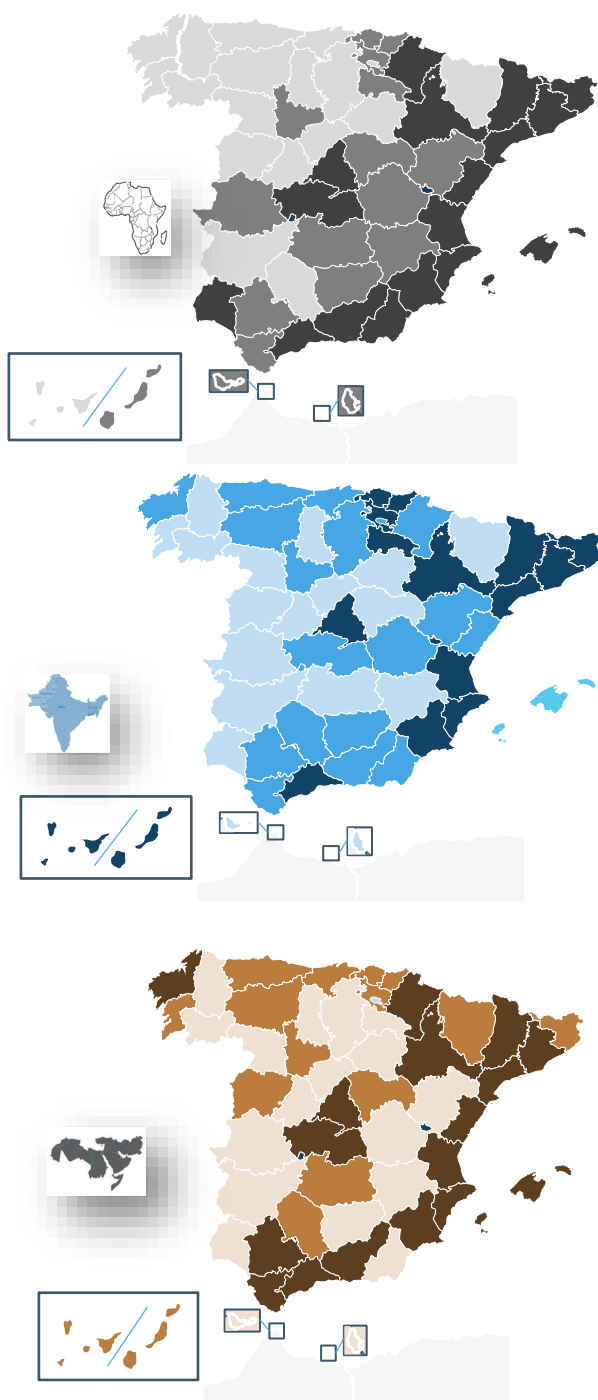
Una mirada más detallada desde el enfoque del origen junto con la provincia, nos indica que el peso poblacional varía según continente de procedencia, y que hay resultados que cambian. En las ilustraciones siguientes se recogen estas diferencias.

Respecto a la **procedencia africana**, es necesario considerar su presencia en todas las provincias de Cataluña, de la Comunidad Valencia y en las Islas Baleares, así como en Murcia, Madrid, Málaga, Huelva, Granada ,Almería, Navarra, Zaragoza y Toledo.

En cuanto a las mujeres de procedencia asiática -en relación al **subcontinente indio** (Bangladesh, India y Pakistán) las provincias a las que hay que prestar más atención a la población femenina serían: todas las Islas Canarias, Islas Baleares y todas las provincias de Cataluña y el País Vasco, junto con Murcia, Alicante, Valencia, Madrid, Málaga, Zaragoza y la Rioja.

Respecto a las mujeres de países de **Oriente Medio**, éstas se encontrarían residiendo en las provincias de: Barcelona, Tarragona, Lleida, Madrid, Cádiz, Málaga, Granada Sevilla, todas las provincias de la comunidad Valenciana y las Islas Baleares, además de Toledo, Murcia, Navarra, Zaragoza y la Coruña.

Ilustración 9. Mapas de la vulnerabilidad (*) potencial a los CNH en España, por provincias y según región de origen de las mujeres (África; subcontinente indio; Oriente Medio). % de empadronadas (por país de nacimiento**) sobre el total de población femenina.



Elaboración propia. INE (2023) Explotación estadística del padrón de habitantes

Notas:

(*): Vulnerabilidad Alta: 2% - 15%; Vulnerabilidad Media: < 2%; Vulnerabilidad Baja: < 0,5%.

(**): Gambia, Mali, Marruecos, Argelia, Sudán, Sudán del Sur, India, Pakistán, Bangladesh, Turquía, Egipto, Arabia Saudí, Emiratos Árabes Unidos, Iraq, Irán, Jordania, Kuwait, Líbano, Qatar, Yemen, Siria

Por su parte, en **las encuestas y entrevistas a personas y organizaciones expertas**, se ha aludido a algunos perfiles concretos de mujeres que han llegado a diferentes recursos de atención social .

En primer lugar, se ha aludido a migrantes (y sus descendientes) y **mujeres que demandan protección internacional** en España.

- En este sentido, se han señalado con víctimas de CNH a mujeres jóvenes y de mediana edad (entre 20 y 45 años), con pocos estudios e importantes dificultades con el idioma (castellano), generalmente con menores a cargo y que en muchos casos han venido solas a España huyendo de la violencia de género y solicitando asilo por persecución de género. Procedentes sobre todo de Afganistán, Irán, Pakistán, exrepúblicas soviéticas (sin especificar) y países de África subsahariana y el Magreb (sin determinar en las encuestas), así como Honduras, Perú y Colombia.
- El perfil de las mujeres que solicitan en España y su **vinculación con la protección internacional** por motivos de género, ha sido descrita en el capítulo 5 (AEAF: mujeres víctimas y sus necesidades).

En segundo lugar, se ha aludido a **las mujeres gitanas/romaníes** españolas, pese a que no son una población considerada usualmente dentro de la VBH.

A lo largo del trabajo de campo, en las encuestas y en las entrevistas, se ha señalado que algunas mujeres de etnia gitana podrían ser una población que enfrentase riesgos asimilables a los CNH. Falta investigación social para poder valorar la situación en el Pueblo Gitano, pero ningún organismo internacional ha asimilado la noción "de honor" a esta minoría étnica.

No obstante, resulta de interés considerar que las soluciones a las expresiones de violencia machista requieren prestar atención a algunos rasgos culturales propios (como es el peso de la familia y la presencia de prescriptores comunitarios relevantes). Dado que la población gitana es la minoría étnica mayoritaria en España (y en la Unión Europea), conviene considerar la información recopilada y valorar también las **lagunas de información que existen en relación a las necesidades de las mujeres de etnia gitana** en relación a la presión familiar y la VCM.

- A partir de la experiencia de algunos recursos de servicios sociales y de atención a la VG, se ha valorado que algunas mujeres gitanas experimentan coerciones y amenazas **por parte de sus familias directas y extensas** en relación a algunos comportamientos

femeninos transgresores: fuera de la expectativa o que buscaban una solución distinta o fuera de los procedimientos de resolución familiar o comunitaria de conflictos.

- Respecto a dichos **comportamientos**, se ha hecho alusión a: la ruptura (separación o divorcio) por parte de la mujer de su relación de pareja bajo razones *no admisibles*, la infidelidad, la petición de la custodia de los y las menores tras una separación no consensuada, la denuncia policial por VG o por el impago de pensiones/manutención tras una separación o divorcio a su expareja y la denuncia policial por una agresión sexual cometido por un varón gitano de la comunidad.
- Estas víctimas **habrían experimentado**: amenazas, intimidación, agresiones físicas, violación, repudia, aislamiento social, pérdida de custodia (acceso a sus hijos/as) y destierro. Las amenazas eran extensivas a su descendencia (hijos e hijas) o su familia directa (padre, madre, hermanos y otros parientes). Así mismo experimentaban la advertencia de ser responsables de provocar un (grave) conflicto entre familias (*guerra*), con consecuencias potencialmente nefastas para todos sus miembros. Todas estas consecuencias (vividas o temidas), habrían sido enunciadas por estas usuarias como “la ruina” ante las profesionales.
- Debido a ello muchas de las víctimas **habrían cambiado sus decisiones** ante la denuncia, la ruptura o abandono a la pareja, la cesión de la custodia, la renuncia a la manutención, etc. Por lo que sus derechos se habrían visto vulnerados.
- Algunas informantes han aludido también a la prueba del pañuelo como una práctica nociva.

La percepción de las profesionales que han trabajado estos casos de atención es que, en tales situaciones, **se castigaba a las mujeres que transgredían** normas fuera de lo tolerado por sus familias -la propia y/o la de su pareja-, porque -en esos casos- los valores morales sostenidos por las relaciones familiares primaban sobre los derechos individuales de las mujeres. Lo cual es un rasgo característico de -todas- las sociedades patriarcales. Estas profesionales sentían que carecían de suficientes **herramientas para garantizar sus derechos, su acompañamiento y apoyo y también su seguridad.**

Por su parte, las organizaciones que representan y defienden los derechos de la población gitana/romaní en España, consideran que la denominación de “crímenes en hombre del honor” **no se corresponde con las prácticas culturales del pueblo gitano.**

En esta línea, la Fundación Secretariado Gitano y la Federación Nacional de Asociaciones de Mujeres Gitanas 'Kamira', han señalado que la referencia a la etnicidad en los crímenes machistas "perjudica la imagen de las personas gitanas como comunidad, perpetuando prejuicios y estereotipos"¹⁷³.

El estudio de Duque Sánchez, Khalfaoui Larrañaga y Valls Carol (en adelante, Duque Sánchez et al., 2023) *Violencia de género en la población gitana* promovido por la DGVG no tiene entre sus objetivos el análisis de otras VCM y ni el papel familiar; pero muestra, no obstante, la importancia de las familias dentro de la comunidad gitana.

- En el citado estudio se parte del reconocimiento de la diversidad en el papel que juegan las familias (unas facilitadoras y otras perpetuadoras), como ocurre con las mujeres que no son gitanas. No determina por tanto que se dé un modelo específico de respuesta familiar ante la VG.
- Se alude a que "algunas [víctimas] comentan que no denunciaron por el miedo a las represalias hacia su familia" (2023:30).
- Consideramos que este miedo podría darse también en contextos pequeños y/o rurales donde la familias tienen una estrecha vinculación a partir de los matrimonios; donde además, la comunidad tiene un papel vigilante de las normas sociales y de género.
- En este sentido, Franco y Guilló señalan que una víctima de VG en el ámbito rural corre el riesgo de no contar con apoyos y de ostracismo cuando "no tiene la legitimidad otorgada de la comunidad para contar con la ayuda por algo que no es aprobado colectivamente" (2012:231)¹⁷⁴ (en relación, por ejemplo a la legitimidad de separarse del maltratador pero no recurrir a la denuncia policial).
- Se ha considerado que estas las víctimas expresarían también "la importancia de no involucrar a las familias de pertenencia en conflictos, y al mismo tiempo resolver los problemas –incluyendo expresamente una situación de violencia de género- con la familia. (...) En la relación con la familia es totalmente determinante *no preocuparles, no causarles un disgusto, evitarles vergüenza*" (Guilló Girard, et al., 2010: 476).

¹⁷³ Véase FSG y Kamira (2014). Comunicado conjunto. Documento en línea (acceso)

¹⁷⁴ Véase, por ejemplo: FADEMUR. (2020). Mujeres víctimas de violencia de género en el mundo rural. Ministerio de Igualdad-DGVG; o Folia Consultores (2010). Violencia de género en los pequeños municipios del Estado Español. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. DGVG.

- Duque Sánchez et al.(2023), muestran que en ocasiones las mujeres gitanas deciden “no acudir a la policía, ni a instituciones que ofrecen ayudas” por el miedo a “las consecuencias de acudir a la policía, o bien porque no están seguras del trato que recibirán o bien por las represalias posteriormente” (2023: 33). Es importante recordar que el pueblo gitano ha sido históricamente perseguido y discriminado (y lo sigue estando). Asimismo, la denuncia incrementa el riesgo de agresión cuando no va acompañada del adecuado despliegue de medidas de seguridad para la víctima (cualquier víctima, cualquier violencia) adaptada a sus necesidades de protección.
- La citada investigación también muestra casos en los que sí se tiene el apoyo de ambas familias, la propia y la del agresor; y se recoge la importancia de figuras de prestigio (gitanos y gitanas mayores) que harían de mediadores en estos casos (2023:31) y la de pastoras y pastores evangélicos (2023:33).
- En línea con otras investigaciones existentes, se identifica que la falta de información, la desconfianza, el miedo a no ser creídas o entendidas y la ausencia generalizada de profesionales gitanas, son factores de influencia que alejan a las mujeres gitanas/romaníes de las instituciones de apoyo.

Es necesario mejorar el conocimiento sobre las VCM que enfrentan las mujeres gitanas/romaníes y sus experiencias entorno a las mismas.

11.2.2. Necesidades de las víctimas

Desde el enfoque de derechos, y del mismo modo que ocurre con las víctimas de la VR, las necesidades de las víctimas de CNH son **las comunes a cualquier otra víctima de la VCM** (véase al respecto los puntos 5.3. y 8.3. del presente informe).

Éstas se refieren a: información, orientación, apoyo psico-social, acompañamiento jurídico-legal, atención residencial, seguridad-protección, atención sanitaria, atención psicológica y psiquiátrica, atención especializada a sus hijas/hijos, vínculos o red social alternativas al entorno agresor y reparación.

Por otro lado, y al igual que se ha señalado respecto a la VR, las víctimas de CNH, dependiendo de la tipología que enfrenten, **tendrán además necesidades más específicas** debido a las características de la violencia y los perfiles de los colectivos de mujeres más afectados por ella.

A lo largo de trabajo de campo se ha hecho referencia a cuestiones como las siguientes:

- Acceso y rápida respuesta a la protección internacional por motivos de género.
- Servicios de **interpretación cultural** que trasciendan la traducción y la mediación en servicios; que estén orientados al apoyo en el acompañamiento social y la relación con los recursos de atención a lo largo de los procesos.
- Se considera necesaria la presencia de mujeres **profesionales de su etnia o misma procedencia** (pero no de su círculo más cercano porque puede ser percibido como una amenaza).
- Procesos de orientación e información que garanticen el **anonimato**.
- **Comprensión**; las víctimas y supervivientes necesitan una atención especializada donde se entienda con precisión y empatía la complejidad de sus experiencias, trascendiendo prejuicios culturales:
 - el papel de las redes familiares, la noción de lealtad, la vergüenza, la lucha interna entre valores y mandatos culturales, la sensación de traición a la familia, el aislamiento y la soledad.
 - Asimismo necesitan sentirse comprendidas en las características de la comunidad de su barrio o municipio de residencia, y la relación que existe entre ésta y otras de otras localidades.
- Una **valoración del riesgo y de los recursos de seguridad** para su protección mucho más precisa que la actual. Entre otras, es necesario valorar cuestiones como:
 - riesgos comunitarios y de diferentes perpetradores;
 - la protección en el país de origen, a ellas si regresan y a los familiares que se encuentran ahí y son amenazados;
 - las prácticas culturales que las afectan son difundidas con frecuencia por canales internacionales que llegan a sus comunidades a España, tal y como señala la CEDAW es necesario adoptar medidas adecuadas para contener esa difusión;
 - el traslado forzado con familiares a otra CCAA;
 - el traslado o secuestro internacional de las víctimas;
 - la mediación internacional que requiere su rescate y el retorno a España;
 - la necesidades de sus hijos e hijas y los riesgos que corren;
 - las características de las situaciones de crisis o emergencia.

- Se consideran víctimas con especiales dificultades para **acceder a ayudas a la autonomía económica**, a veces por su situación administrativa y la dependencia a las redes familiares o a la pareja. Es vital la rapidez en las respuestas.
- Requieren de una **red social de apoyo**, pero:
 - enfrentan mayores **barreras para acceder a grupos de mujeres**; en ocasiones debido a la discriminación (racismo, xenofobia o antigitanismo) que se produce desde las asociaciones locales de mujeres de sus municipios.
 - Hay pocos grupos de mujeres supervivientes que han sido **perseguidas por motivos de género**.
 - Hay pocos **espacios seguros de inclusión social** (interculturales y con perspectiva de género), que les permitan construir nuevas relaciones (de ocio, deporte, culturales, etc.).
- El **acompañamiento es a largo plazo**, y a veces a lo largo de la vida, porque los agresores son siempre un riesgo potencial y son múltiples (en ocasiones en varios países). Los procesos de recuperación, en este tipo de violencia son más complejos y mucho más lentos que ante la VG y la VS.
- La VS y la VR está presente en algunas expresiones de los CNH, por lo que hay que garantizar a las víctimas el acceso a los **recursos de SSR**.
- Las víctimas **pueden tener dificultades para solicitar ayuda o formular demandas** sobre todo debido a la falta de conocimiento de sus derechos y los recursos disponibles; y en relación a esto último, también porque en no han elaborado aún la noción de su propia victimidad pues **el contexto de opresión que experimentan está muy normalizado** y su ruptura les causa conflictos morales. Debe de **facilitarse su acceso a la justicia**, ya que la mayoría de estos delitos no suelen denunciarse, ni siquiera cuando se ponen en conocimiento de la policía (RSEP, 2015).

“Se necesita mucha escucha e interpretación de su historia de vida, muchas no lo tienen identificado como crímenes de honor. Es muy importante escucharlas para poder realizar una adecuada identificación” (entrevista a experta).

Es necesario mejorar el conocimiento sobre las necesidades de las víctimas a través de investigaciones que pongan en el centro el protagonismo de las mismas.

11.3. Marco normativo e institucional

11.3.1. Contexto internacional y europeo

Los CNH entran en el ámbito de los **derechos humanos fundamentales** y la violencia contra las mujeres. De esta forma, se haría alusión a instrumentos usuales del derecho internacional de las Naciones Unidas ya mencionados en otros capítulos del estudio, como son:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
- Pacto Internacional de derechos Económicos Sociales y Culturales y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos (1966) y la Observación General n.º 28 del Comité de Derechos Humanos que indica que “la tradición cultural no debe aceptarse como defensa en casos de delitos de *honor*”.
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984).
- Convención sobre los Derechos del Niño (1990)
- Conferencias Internacionales sobre las Mujeres (desde México 1975 a Beijing 1995); en concreto la Plataforma de Acción de Beijing y sus indicadores y cumbres de seguimiento posteriores.
- Declaración para la eliminación de la violencia contra las mujeres (1993), que menciona explícitamente a los “crímenes por honor” como una forma de VCM.
- Declaración Universal de la Unesco sobre la Diversidad Cultural (2001), condena la violencia derivada de las prácticas culturales.
- Resolución /57/179 de la Asamblea General de las NNUU “Hacia la erradicación de los delitos de honor cometidos contra la mujer” (2002), y la Resolución 58/147 sobre “Eliminación de la violencia contra la mujer en el hogar”, que instaba a que los estados “no invoquen ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de eliminar la violencia contra la mujer” (2003).
- El Informe del Secretario General del año 2006 sobre el Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer (A/61/122/Add.1), logró que se aprobaran varias resoluciones de gran relevancia: tres de ellas sobre la “intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer” (la 61/143, en el año 2007; 62/133 en el 2008; y 65/187 en el 2010).

- Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación de las mujeres. CEDAW (1979).

Respecto a **la CEDAW**, como instrumento de referencia global para la erradicación de la VCM en todas sus formas, hay que aludir a algunas de **sus recomendaciones** que amplían la noción de violencia, de modo que la CNH comienzan a ser más visibles en el conjunto de las NNUU y las obligaciones de los estados:

- Recomendación General N.º 19: La violencia contra la Mujer (1992).
- Recomendación general N.º 28 relativa a las obligaciones básicas de los Estados partes de conformidad con el artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (2010).
- Recomendación General N.º 35 sobre la violencia de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general N.º 19 (2017).
- Recomendación general núm. 31 del Comité y Observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño “sobre las prácticas nocivas”, adoptadas de manera conjunta en el año 2014):
 - Alerta sobre las **obligaciones de los Estados** en determinadas formas de violencia: la MGF, el matrimonio infantil o forzado, la poligamia, y los delitos cometidos **por motivos de “honor”**.
 - Describe **la opresión** a la que se ven sometidas las niñas y las creencias machistas que la provoca; y determina que (énfasis agregados):
 - “son **actos de violencia** que se cometen de manera desproporcionada, aunque no exclusiva, contra niñas y mujeres porque los familiares consideran que un determinado comportamiento **supuesto, subjetivo o real** traerá la deshonra a la familia o la comunidad”. (párrafo 29).
 - “En lugar de percibirlos como actos delictivos contra las mujeres, **la comunidad a menudo aprueba los delitos** cometidos por motivos de “honor” como un medio **para preservar o restablecer** la integridad de sus normas culturales, tradicionales, consuetudinarias o religiosas después de supuestas transgresiones. En algunos contextos, la legislación nacional o su aplicación práctica, o su ausencia, permite que la defensa del honor **se presente como una circunstancia eximente o atenuante** para los autores de este tipo de delitos, lo que desemboca en penas reducidas o en la impunidad. Además, la

formación de causas penales puede verse obstaculizada por la renuencia de las personas que tienen conocimiento del caso a aportar pruebas que corroboren lo ocurrido” (párrafo 30).

- Y en función de lo anterior, recuerda la obligación de los Estados a actuar de forma **diligente**, de manera **holística y coordinada** (vertical y horizontalmente) entre todas las instituciones públicas así como potenciar los **derechos de las mujeres y las niñas y su empoderamiento**.
- Además incide en:
 - “la obligación de tomar todas las medidas apropiadas, incluidas **medidas especiales** de carácter temporal (art. 4 1)¹⁷⁵ para modificar los patrones socioculturales de conducta)” (párrafo 31).
 - “asegurar la puesta en marcha de un **mecanismo de vigilancia independiente** que haga un seguimiento de los progresos realizados” (párrafo 35).
 - “La reunión, análisis, difusión y utilización periódica y exhaustiva de **datos cuantitativos y cualitativos**”(párrafo 37).
- Determinados profesionales “ocupan una posición extraordinaria para identificar a víctimas posibles o reales de prácticas nocivas. (...) [las] normas de confidencialidad que pueden entrar en conflicto con su obligación de denunciar (...) Hay que superar este obstáculo con reglamentos específicos que introduzcan la obligatoriedad de denunciar tales incidentes” (párrafo 49).
- Trabajar con la comunidad para deconstruir los supuestos beneficios de las prácticas nocivas y encontrar alternativas a la expresión de los valores culturales que los representan (párrafo 59).

En cuanto al marco de [la Unión Europea](#), la referencia clave es por supuesto el **Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y la lucha contra la violencia contra las mujeres** (2011), *Convenio de Estambul*.

Al Convenio de Estambul le precedieron y siguieron varias **actuaciones institucionales** de relevancia; de este modo, es necesario reseñar:

¹⁷⁵ Recomendación general núm. 25 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, párr. 38.

- La Plataforma de Acción de Estocolmo de 2004 para Combatir la Violencia de Honor en Europa, que dio lugar a varias recomendaciones a los Estados miembros de la UE.
- Fondos y diversos programas de financiación como: Progress, Daphne, Programa de Derechos, Igualdad y Ciudadanía, FSE, FSE+, NextGeneration-UE.
- Las Resoluciones 1327 (2003) y 1681 (2009), y Recomendación 1881 (2009), que se dirijan a los delitos de "honor". Dichas resoluciones piden que se tomen medidas urgentes y se modifiquen las leyes de inmigración para que la amenaza de crímenes de honor sea motivo suficiente para obtener un permiso de residencia o asilo. También piden que se apliquen las leyes que castigan los delitos de "honor", que se excluya el honor como atenuante o defensa en los procesos penales (...)” (EPRS, 2015).
- La Resolución del Parlamento Europeo 2011 sobre el rostro de la pobreza femenina en la UE, en la que insta a los Estados miembros a tomar las medidas necesarias para eliminar los delitos de "honor".
- La Resolución de 5 de abril de 2011, sobre el nuevo marco para combatir la violencia contra las mujeres, del Parlamento Europeo, alertó sobre los déficits existentes y aludió específicamente a los asesinatos por "honor" y otros crímenes de "honor", instando a la Comisión a una acción más decisiva al respecto.
- Por su parte la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012 por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo, identifica los “delitos en nombre del honor” como VCM (párrafo 17).
- La Resolución de marzo de 2012 sobre la igualdad entre hombres y mujeres en la UE - 2011, subraya que el paquete de medidas de los Estados miembros sobre las víctimas de la UE debe incluir acciones y recursos para combatir los CNH
- La resolución de iniciativa legislativa del Parlamento, de 25 de febrero de 2014, con recomendaciones a la Comisión para combatir la violencia contra las mujeres, hizo especial mención a los delitos de "honor".

En cuanto al **Convenio de Estambul**, los crímenes en nombre del "honor" quedan recogidos en su preámbulo, en la definición de VCM (art. 3), en las obligaciones generales de los estados (art. 12. 5. *Las Partes velarán por que no se considere que la cultura, las costumbres, la religión, la*

tradición o el supuesto «honor» justifican actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio) y explícitamente en el artículo 42:

Art.42. Justificación inaceptable de los delitos penales, incluidos los delitos cometidos supuestamente en nombre del «honor»

1. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para garantizar que, en los procedimientos penales abiertos por la comisión de uno de los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio, no se considere a la cultura, la costumbre, la religión, la tradición o el supuesto «honor» como justificación de dichos actos. Ello abarca, en especial, las alegaciones según las cuales la víctima habría transgredido las normas o costumbres culturales, religiosas, sociales o tradicionales relativas a un comportamiento apropiado.

2. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que la incitación hecha por cualquier persona a un menor para que cometa cualquiera de los actos mencionados en el apartado 1 no disminuya la responsabilidad penal de dicha persona en relación con los actos cometidos.

El Consejo de Europa (European Council, 2023) consideró, en la elaboración del Convenio de Estambul que los CNH “suelen ser delitos que forman parte del panorama del derecho penal de los Estados miembros del Consejo de Europa desde hace mucho tiempo”, y que la diferencia era **la intencionalidad**, “se cometen para perseguir un objetivo distinto o adicional al efecto inmediato del delito” (el restablecimiento del “honor” de la familia). De este modo, “para tener en cuenta este aspecto, los redactores de la Convención **abandonaron la idea original de introducir un delito penal independiente** para los denominados “delitos de honor” y acordaron prohibir cualquier intento de justificar un comportamiento delictivo basándose en la cultura, la costumbre, la religión, la tradición o el denominado “honor””; esta es la razón del artículo 42.

Así mismo, el **artículo 53** del Convenio introduce órdenes de alejamiento y protección para todas las formas de violencia, incluidas los CNH. Del mismo modo a las víctimas de CNH se les hace extensivos todos los recursos y servicios a los que se alude en el Convenio de apoyo a las víctimas (véase artículos 22 y 24).

También se incide en la importancia de que los Estados valoren el **equilibrio entre la denuncia** de oficio y la protección a la población en riesgo y la **necesaria confidencialidad** que requiere la **prestación de apoyo** a estas víctimas (artículos 27 y 28); así como mejorar su protección (artículo 51) y garantizar el derecho a la **protección internacional** de las víctimas (artículos 60 y 61).

Los **informes de evaluación de GREVIO**, el mecanismo de seguimiento del Convenio de Estambul, han puesto de manifiesto los retos pendientes en la aplicación del mismo. De este modo, habría que considerar en el contexto institucional actual lo siguiente:

- Solo cuatro informes de evaluación de referencia de GREVIO, en particular, los de Albania, Italia, Portugal y Turquía, han abordado el artículo 42 de la convención:
 - hacen modificaciones para asegurar que no solo el autor del crimen sino también los miembros del consejo de familia que tomaron la decisión de realizar tal homicidio sean imputados por el crimen;
 - llaman al desmantelamiento del concepto de que el *honor* y el prestigio del hombre o de la familia están intrínsecamente asociados a la conducta o presunta conducta de las mujeres relacionadas con ellos;
 - procuran la formación de profesionales judiciales y el seguimiento de las prácticas judiciales;
 - inciden en la recopilación de datos
- España no se encuentra entre dicho países, y tampoco se alude a los CNH en el Informe de la Plataforma Sombra al GREVIO 2018.
- GREVIO ha alentado/alentado *fuertemente a* que las partes firmantes integren la perspectiva de acción sobre los CNH en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas para prevenir y combatir la VCM en los *informes de evaluación de línea de base* sobre Albania, Andorra, Bélgica, Italia, Portugal, España y Turquía (2020:48)

Por último, es necesario aludir a que la Asamblea Parlamentaria del **Consejo de Europa** aprobó la **Resolución 2395 (2021) Refuerzo de la lucha contra los llamados delitos de "honor"**; en la que se hace un llamamiento a los Estados miembros del Consejo de Europa:

- Alude a la firma y plena implementación del Convenio de Estambul.
- Incide en mejorar y reforzar la atención a las víctimas de CNH y su adecuada financiación.
- Indica la importancia de atender adecuadamente a las víctimas LGBTI.
- Reforzar las políticas de asilo y protección internacional.
- Mejorar las actividades de sensibilización.

A pesar del marco internacional existente, **los CNH siguen sin ser punibles en muchos países** y cuando lo son las penas han tendido -hasta hace poco- a ser suavizadas erróneamente por la existencia de las creencias o motivos culturales que las motivan como circunstancias atenuantes. Lo que resulta una interpretación patriarcal de la violencia y una revictimización de las mujeres víctimas de la misma.

La Fundación SURGIR señala al respecto que “Se pueden dar varias explicaciones a esta indulgencia vergonzosa: leyes inapropiadas, la complicidad de los jueces y de las autoridades públicas, y también falta de testigos porque la gente se calla por temor a las represalias” (Bernard, 2012:13). Sigue siendo necesaria una **acción institucional más contundente** y que comprenda de forma más extensiva la complejidad en la que se expresa esta forma de VCM (Saldaña 2016; Szygendowska, 2017).

11.3.2. Marco normativo español

En nuestro país el marco normativo vigente refiere al citado Convenio de Estambul (ratificado en 2014); junto con éste, casi todas las manifestaciones (pero no todas) de la VNH están recogidas como delitos en la **Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal** y serían motivos de concesión de protección internacional por motivos de género en nuestro país según la **Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria**.

No hay en nuestra legislación estatal la noción específica de “crimen de honor” o “violencia basada en el honor”. Sería necesario revisar nuestra práctica jurídica. Por otro lado, muchas de las expresiones de la VBH no son fácilmente punibles en nuestro marco de Derecho, por ejemplo, el “marco de opresión” que viven las víctimas.

Tal y como señala el PECVG (2019; renovado 2022) “la atención y recuperación, con reconocimiento de derechos específicos de las mujeres víctimas de cualquier acto de violencia contemplado en el Convenio de Estambul, y no previsto en la LO 1/2004, se regirá por las leyes específicas e integrales que se dicten al efecto de adecuar la necesidad de intervención y de protección a cada tipo de violencia. Hasta que se produzca este desarrollo normativo, las otras violencias de género reconocidas en el Convenio de Estambul, recibirán un tratamiento preventivo y estadístico en el marco de la LO 1/2004. Asimismo, la respuesta penal en estos casos se regirá por lo dispuesto en el Código Penal y las leyes penales.”

Varias de las manifestaciones de la VNH se considerarían “violencia familiar”, que viene regulado en el Código Penal español en el **artículo 173.2**. Otras tipologías aluden específicamente a delitos de VCM más explícitos, como son el de matrimonio forzado, el de MGF, la violencia de género en la pareja, violencias reproductiva o violencia sexual; las cuales se refieren, además del Código Penal, a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.

Los delitos relacionados con la VNH **implicarían al menos la agravante de parentesco y de género** (entre otras posibles), que están recogidas en el Capítulo IV De las circunstancias que agravan la responsabilidad criminal y en el Capítulo V De la circunstancia mixta de parentesco del Código Penal.

La introducción en nuestro marco legal de la agravante de género tuvo lugar gracias al Convenio de Estambul y se produce a través de la Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo por la que se modifica el Código Penal, que entre otros modifica la las circunstancias 4.ª del artículo De esta forma, **el artículo 22** considera el agravante de género por razón de discriminación:

“22. 4.ª Cometer el delito por motivos racistas, antisemitas, antigitanos u otra clase de discriminación referente a la ideología, religión o creencias de la víctima, la etnia, raza o nación a la que pertenezca, su sexo, edad, orientación o identidad sexual o de género, razones de género, de aporofobia o de exclusión social, la enfermedad que padezca o su discapacidad, con independencia de que tales condiciones o circunstancias concurren efectivamente en la persona sobre la que recaiga la conducta”.

Y **el artículo 23**, respecto al parentesco, señala que:

“Es circunstancia que puede atenuar o agravar la responsabilidad, según la naturaleza, los motivos y los efectos del delito, ser o haber sido el agraviado cónyuge o persona que esté o haya estado ligada de forma estable por análoga relación de afectividad, o ser ascendiente, descendiente o hermano por naturaleza o adopción del ofensor o de su cónyuge o conviviente.”

Junto con las lagunas mencionadas, es importante señalar la dificultad de la persecución de estos delitos cuando son cometidos en el extranjero.

Por su parte, **el PEGG y la EEVM 2022-2025** aluden a todas las formas de VCM, y señalan en sus diagnósticos sobre el estado de la cuestión la existencia de CNH y la preocupación por los *feminicidios por honor*. Así mismo, sus acciones se dirigen a todas las violencias y a todas las

mujeres pero son claramente inespecíficas de la VNH y se carece de una estrategia de política pública especializada y concreta.

Respecto a los marcos de actuación de [las Comunidades Autónomas](#), la diversidad de normas autonómicas refleja una presencia desigual de los fenómenos que caracterizan a los CHN. Los matrimonios forzados y la MGF están recogidos en muchas legislaciones y planes estratégicos territoriales, también otras formas de abuso que suelen estar asociadas a la causa “del honor”. De igual modo, todas las legislaciones hacen referencia al Convenio de Estambul y por tanto abarcarían los principales fenómenos de VCM a los que se alude en el mismo, entre ellos los CNH (en su artículo 3). No obstante, bajo la noción de “crímenes en nombre del honor” como tal, hay pocas CCAA que lo empleen o hagan referencia de forma extensa a sus manifestaciones. Las excepciones fundamentales son la siguientes:

- **Andalucía**, en la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género:

Artículo 3. Concepto, tipología y manifestaciones de violencia de género: (...). 4. A efectos de lo previsto en la presente Ley, tendrán la consideración de actos de violencia de género, entre otros, las siguientes manifestaciones: (...) k) Las violencias originadas por la aplicación de tradiciones culturales que atenten contra los derechos de las mujeres, tales como crímenes por honor, crímenes por la dote, ejecuciones extrajudiciales, ejecuciones o castigos por adulterio o violaciones por honor.

- **Canarias**, en la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género:

Artículo 3. Formas de violencia de género. i) Femicidio: los homicidios o asesinatos cometidos en el ámbito de la pareja o expareja, así como otros crímenes que revelan que la base de la violencia es la discriminación por motivos de género, entendiéndose por tales, entre otros, los homicidios o asesinatos vinculados a la violencia sexual o ejecutados en el ámbito de la prostitución y la trata de mujeres así como aquellos relacionados con el infanticidio de niñas o efectuados por motivos de honor o de dote.

- **Cataluña**, en la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista:

Art.5, en el apartado 2.violencia en el ámbito familiar; y en parte del apartado 4. Violencia en el ámbito social o comunitario: (...) “g) Femicidios: los asesinatos y homicidios de mujeres por razón de género, las inducciones al suicidio y los suicidios como consecuencia de la presión y

violencia ejercida hacia la mujer. (...) j) Restricciones o privaciones de libertad a las mujeres, o de acceso al espacio público o a los espacios privados, o a actividades laborales, formativas, deportivas, religiosas o lúdicas, así como restricciones a la expresión en libertad en cuanto a su orientación sexual o expresión e identidad de género, o a su expresión estética, política o religiosa”.

- Navarra, en la Ley Foral 3/2018, de 19 de abril, para la modificación de la Ley Foral 14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres:

Artículo 3. Definición y manifestaciones de la violencia contra las mujeres. (...) 2. c) El feminicidio: los homicidios cometidos en el ámbito de la pareja o expareja, así como otros crímenes que revelan que la base de la violencia es la discriminación por motivos de género, entendiéndose por tales el asesinato vinculado a la violencia sexual, el asesinato en el ámbito de la prostitución y la trata de mujeres, los asesinatos por motivos de honor, el infanticidio de niñas y las muertes por motivos de dote

- La Rioja, en la Ley 11/2022, de 20 de septiembre, contra la Violencia de Género de La Rioja:

Artículo 5. Formas y manifestaciones de la violencia de género. (...) 1.k) Las violencias originadas por la aplicación de tradiciones culturales que atenten contra los derechos de las mujeres y niñas, tales como crímenes por honor, crímenes por la dote, ejecuciones extrajudiciales, ejecuciones o castigos por adulterio o violaciones por honor, pruebas de virginidad o cualesquiera otras prácticas culturales atentatorias contra la dignidad o intimidad de las mujeres y niñas.

12. CNH: Experiencias de interés

12.1. Resultado de las encuestas a EELL y organizaciones

12.1.1. La intervención de las entidades locales

De las 279 EELL que respondieron la encuesta sobre VR y CNH¹⁷⁶, el **100%** **afirmó conocer** -en general- las características de la violencia comprendida como CNH, pero solamente 8 ayuntamientos -el **2,8%**- **indicaron realizar actuaciones** específicas respecto a ella. En la respuesta de las EELL hay una diferenciación, tal y como la propia encuesta planteaba entre matrimonios forzados, MGF y la categoría genérica sobre CNH. En el punto 7.1.1. Acciones locales en materia de VCM (capítulo 7) se describen las características de la intervención local -en general- sobre VCM. El 89,2% de las encuestadas es miembro de ATENPRO.

Las entidades locales que afirman realizar actuaciones en materia de CNH se encuentran en las provincias de Valencia, Toledo, Cuenca, Cáceres, Barcelona, Granada, Valladolid y Madrid. **Ninguna se refiere a una aproximación especializada** sobre “el honor”, sino a que sus manifestaciones (agresiones, amenazas, retorno al país de origen, matrimonios forzados, etc.) son conocidas por los equipos locales y la detección y atención a las víctimas funciona dentro de los procedimientos usuales de atención a la VCM. De ellas, solamente 3 EELL incorpora estas formas de violencia al protocolo o protocolos existentes de coordinación institucional.

Con independencia de lo anterior, las EELL participantes de la encuesta **no se incluye la inclusión de los CNH como parte de las mesas de seguimiento local** a la VCM.

De acuerdo con las respuestas obtenidas, **no hay recursos que se consideren especializados** (locales o supralocales) -diferentes- a los disponibles en materia de VG o violencias machistas. Es a estos recursos donde se deriva o atiende a las mujeres, sus hijas e hijos.

¹⁷⁶ Las características de las EELL son explicadas en la metodología (capítulo 2; su distribución por CCAA) y también se describen en punto 7.1.1. relativo a la AEAF, pero que es introducido por la descripción de la acción local en general.

Las **principales barreras que son percibidas** por las EELL, respecto a la actuación con las víctimas, son idiomáticas, debido a la falta de disponibilidad de intérpretes, fundamentalmente.

Los **retos en la coordinación** de casos de violencia que involucran CNH se centran en la seguridad de las víctimas, y la atención especializada en salud junto con las instituciones educativas. Por lo general, la experiencia de coordinación local es valorada como muy positiva y está asentada en los procedimientos de atención a la VG.

En la recogida de información a través de la encuesta no se han señalado experiencias de interés sobre las que profundizar o que puedan constituir una buena práctica. Recordamos que se excluyen del estudio los CNH relacionados con la MGF y los matrimonios forzados (de las que sí hay numerosas referencias) dado que se está realizando una investigación en paralelo impulsada por la propia FEMP.

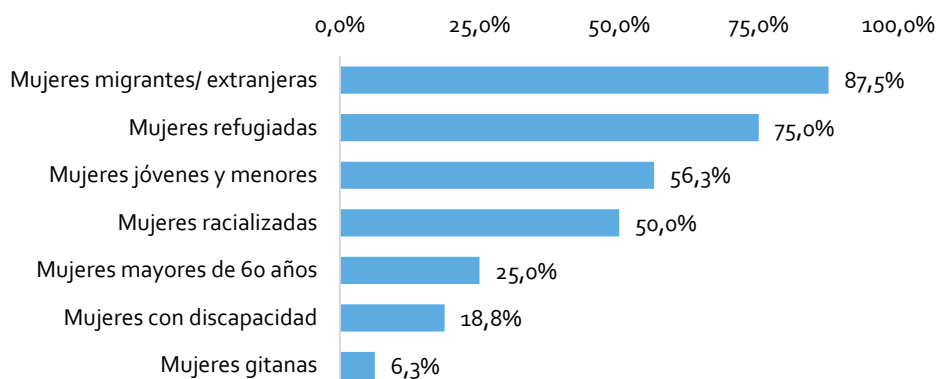
12.1.2. La intervención de organizaciones y personas expertas

La encuesta a organizaciones y personas expertas -centrada exclusivamente en CNH- obtuvo **18 respuestas** (de ONG y universidades); la mayoría por parte de profesionales de la atención a mujeres en diferentes ámbitos: psicosocial, salud y en materia de derechos a mujeres de origen extranjero (aunque no exclusivamente). También por alguna investigadora en la materia.

Su trabajo era **de ámbito estatal en su mayoría** (70,6%) y provincial (23,5%), y en menor medida local (5,9%) o autonómico (5,9%). Solamente 2 organizaciones estaban vinculadas con ATENPRO.

La experiencia en la transversalidad del enfoque de género interseccional es mayoritaria: 68,8% consideraba que lo aplicaba totalmente y el 25% bastante. Los grupos de mujeres que están más presentes en el enfoque de su trabajo actual son los relacionados con las distintas diásporas (ver gráfico inferior):

Gráfico 12. CNH: grupos de mujeres más vulnerables presentes en el trabajo de las organizaciones



Red2Red, 2023. Encuesta a personas y organizaciones expertas sobre CNH (N=18)

De las 18 organizaciones, 11 tenía experiencia en el trabajo sobre matrimonios forzados y 8 respecto a la MGF, pero solamente **6 organizaciones** consideraron que tenían experiencia en “crímenes de honor” (el 29,4% del total de respuestas). Solamente 2 trabajan en relación a un protocolo de actuación respecto a las violencias machistas o violencia de género.

Estas organizaciones, todas eran **del ámbito de la protección internacional (PI)** y la inclusión social de la población refugiada y migrante.

Las experiencias que se han recogido en la encuesta **no se corresponden a proyectos específicos sobre CNH**, sino que la actuación -respecto a sus manifestaciones- forman parte de la atención a personas usuarias de sus entidades.

Se trata de **actividades de sus programas de acogida internacional** e intervienen a través de equipos interdisciplinarios, en:

- Sensibilización y concienciación.
- Asesoramiento y acompañamiento jurídico (PI y situación administrativa).
- Atención psicológica y apoyo emocional.
- Fomento de red de apoyo y empoderamiento de mujeres.
- Atención a la violencia de género en sus distintas manifestaciones.
- Apoyo a los procesos de inclusión social.

En algunos casos también implicaría la investigación social

En general, los recursos destinados a las mujeres víctimas son residenciales y de atención. En cuanto a su titularidad, algunos (la minoría) son propios. Por lo general, se trata de recursos

residenciales de gestión propia pero de titularidad de la red SAPIT. En cuanto a la atención a la violencia, sí se tienen recursos humanos especializados y además se trabaja de forma coordinada con la red local y autonómica para víctimas de la violencia machista (normalmente VG y VS), incluidas las FCSE.

“Disponemos de centros de acogida y pisos compartidos para la fase de Acogida y acompañamiento interdisciplinar a lo largo de todo el proceso de solicitud de protección internacional” (comentarios a la encuesta).

“Tenemos viviendas alquiladas específicas para mujeres, cedidos por las Administraciones locales y entidades religiosas (pertenecen a las plazas financiadas por el Ministerio)”.

“proveemos de atención individual, grupal y derivaciones a recursos especializados en violencia de género” (comentarios a la encuesta)..

Junto con las anteriores, la ONG señalan otras asociaciones de mujeres y asociaciones representativas de algunas diásporas o nacionalidades; también organizaciones internacionales (como la OIM, ACNUR, EUAA, UNICEF, IRCT, entre otras).

La experiencia de las organizaciones expertas **en relación a la coordinación** es positiva, si bien la coordinación con recursos e instituciones plantea retos en los casos de CNH; fundamentalmente:

- la identificación del problema y la toma de conciencia sobre su importancia;
- la medidas de seguridad que requieren las mujeres y los y las menores;
- un mayor enfoque intercultural y de género;
- recursos humanos más formados para la prevención y detección;
- conocimiento del entorno cultural de los países de origen;
- comprender los temores de las mujeres, la noción de “vergüenza”, “traición”, “lealtad”;
- y rapidez en la respuesta.

En cuanto a la **prevención de victimizaciones futuras** con las supervivientes de CNH, se considera que las actuaciones dependen, en gran medida, de respuestas institucionales más ágiles:

- Plazos cortos en la resolución de la solicitud de PI
- Acompañamiento en la integración social y apoyo sanitario, psicológico y educativo.
- Autonomía económica

En cuanto al trabajo de **prevención y sensibilización**, este diferenciaría la acción hacia otros agentes e instituciones y hacia la sociedad en general. En cuanto a los primeros, se ha señalado la mejora de la formación sobre esta violencia y la capacitación transversal en el enfoque intercultural y de género.

Respecto a la sensibilización de **la sociedad local**, las organizaciones encuestadas consideran que se deben trabajar los siguientes temas:

- concienciar a la población de que no en todos los países y el mundo se respetan los derechos de las mujeres y que muchas veces estas mujeres que transgreden, según las normas sociales de su entorno, son castigadas con distintas prácticas que pueden ir desde el aislamiento hasta ataques a su integridad física o violaciones por parte de familiares
- Cuestiones interculturales, de género, tipos de violencias que se enmarcan dentro de la violencia de género.
- no invisibilizarlo y no considerarlo como algo vinculado a cultura o religión exclusivamente
- Como dije anteriormente, que sean acciones continuadas, que informen y visibilicen

En ambas actuaciones, **las asociaciones de mujeres y feministas** se consideran facilitadoras, además de recursos de apoyo para las propias víctimas.

“Son espacios de ocio, de creación de redes, de integración, conciliación, apoyo en los cuidados, de referentes...” (comentarios a la encuesta).

En cuanto a otras **asociaciones relacionadas con la procedencia**, etnia o cultura originarias de la familia de las víctimas se debería de trabajar de forma comunitaria, para su sensibilización respecto a los derechos fundamentales de las mujeres. Se ha indicado, a este respecto, que muchas víctimas prefieren no tener ningún contacto con su diáspora, porque lo perciben como una situación de riesgo para su seguridad.

“Las mujeres que han sufrido crímenes, no suelen querer relacionarse con personas de su cultura ni con familiares...por el riesgo que pueden correr en relación a su localización, la información que pueden dar a su entorno social” (comentarios a la encuesta)..

En cuanto a **experiencias de interés** desarrolladas por algunas organizaciones, se han señalado las siguientes entidades: Accem, CEAR, CER-Migracions (Universidad Autónoma de Barcelona), Fundación de Solidaridad Amaranta y la Fundación Wassu Gambia Kafo.

12.2. Análisis de las prácticas internacionales consultadas

El primer crimen de "honor" reconocido como tal en la UE fue el asesinato de Fadime Sahindal en 2002, que también llevó a la policía sueca a reabrir el caso del asesinato de su novio tres años antes (EPRS, 2015:6). Se han registrado casos, en Francia, Suecia, Alemania, Países Bajos, Bélgica, Italia y Reino Unido (que ya no es miembro de la Unión). Se considera que el mayor número de casos se registra en Reino Unido, entre otras cosas porque ha mejorado enormemente los mecanismos de acceso a la denuncia y la medición de la prevalencia en los últimos años.

Dentro de la Unión Europea, Alemania, Reino Unido y Suecia son casos especialmente reconocidos como países donde los CNH ocupan una preocupación pública respecto a las VCM. Son sociedades multiculturales consolidadas y el movimiento feminista ha trabajado activamente por políticas públicas para su erradicación. Dinamarca, Suiza y Países Bajos son estados donde las autoridades también han implementado actuaciones de gran interés, aunque no son recogidas en este estudio.

El objetivo de este apartado no es realizar una investigación comparada, ni exponer un detallado análisis de la situación de estos países. El objetivo del epígrafe es más humilde y más preciso. Ante la falta de información sobre experiencias locales en España -especializadas- se han buscado ejemplos de recursos de atención que puedan servir de *modelo* y sobre los que extraer aprendizajes para la acción local. De esta forma, se realiza una descripción de dichas prácticas, contextualizando brevemente, los diferentes enfoques con los que se trabaja.

12.2.1. Experiencias de Alemania y del Reino Unido

Tal y como explica la investigadora Ercan (2014), Alemania y Reino Unido plantean diferentes soluciones a un mismo problema. Mientras que en Reino Unido el debate se centró en la dimensión del género y se atiende desde la VCM, en Alemania se han considerado como un crimen más culturalmente específico con menor atención desde el feminismo y mayor desde el multiculturalismo.

12.2.1.1. Reino Unido

El Reino Unido ha mejorado en los últimos años la **protección legal** a las víctimas de prácticas nocivas y CNH (*Honour-Based Abuse*) bajo el enfoque de la VCM. Este marco legal se ha visto, reforzado recientemente en el 2023¹⁷⁷ junto con la mejora del estudio de la prevalencia a través de las **estadísticas nacionales** sobre VCM (desde el año 2020).

En 2007, se creó la unidad policial especializada en la violencia contra las mujeres y niñas (*Association of Chief Police Officers Honour Based Violence Working Group*) que cuenta con unidades especiales ("unidades de seguridad comunitaria"). La Fiscalía del Estado tiene una estrategia específica desde el año 2008. En esta se incluye las peticiones de extradición para impedir que los crímenes permanezcan impunes en caso de huida al extranjero o secuestra de la víctima para volver a sus países de origen (Fundación SURGIR, 2012). Existe una web institucional especializada sobre el tema (destinada fundamentalmente a jóvenes) y una línea de apoyo y consulta nacionales (telefónica).

Según algunas de las organizaciones ubicadas en UK que atienden de forma especializada a las víctimas o supervivientes, los casos que se identifican como CNH representarían la punta del iceberg dadas las dificultades para denunciar; además aunque las estadísticas han mejorado, éstas no tienen en cuenta la gran cantidad de mujeres y niñas trasladadas al extranjero y que no regresan a UK.

Desde 2015, el 14 de Julio se celebra en Reino Unido (UK) un **Día Nacional de conmemoración a las víctimas de los feminicidios por honor** (*Day of Memory for Britain's Lost Women*). La fecha coincide con el caso paradigmático, y que abrió el debate social y legal, de Shafiea Ahmed, nacida en Bradford y asesinada en Warrington en 2003 a manos de sus padres de origen pakistaní. Es la fecha de su cumpleaños.

Los **recursos especializados** están gestionados y son implementados por ONG. Se tratan de organizaciones en su mayoría (sobre todo las pioneras), asociaciones o fundaciones, creadas por mujeres que vivieron de cerca una experiencia relacionada con CNH; están financiadas por organismos gubernamentales, casi siempre de carácter estatal y otras organizaciones sin ánimo de lucro con mayores recursos.

Algunas de las ONG¹⁷⁸ cuyo trabajo puede servir como ejemplo de prácticas de interés son:

¹⁷⁷ Véase The Code for Crown Prosecutors (acceso).

¹⁷⁸ Otras organizaciones listadas como recursos especializados por la policía británica pueden consultarse en su web (acceso).

- **IKWRO** (Organización por los Derechos de las Mujeres Iraníes y Kurdas): Representa a mujeres y niñas en riesgo de sufrir violencia de honor pertenecientes a cualquier comunidad de Oriente Próximo, el Norte de África y Afganistán. Han tomado parte en la investigación como informantes.
- **Karma Nirvana**: Atiende la línea telefónica nacional de ayuda (*National Honour Based Abuse Helpline*) para personas amenazadas por esta clase de violencia. La entidad estima que, actualmente, en uno de cada cinco casos la víctima es un hombre.
- **Halo Project**: Iniciado en 2011 en respuesta a la necesidad de servicios para mujeres y niñas racializadas negras y minorías étnicas víctimas de abuso y violencia doméstica y sexual.
- **Henna Foundation**: Fue igualmente una entidad reconocida en este ámbito prestando apoyo a mujeres y niñas musulmanas, pero cesó en su actividad a mediados de 2022.

A continuación se explican brevemente las características de las prácticas de interés del Reino Unido. Hay que tener en cuenta, en todos los casos, que:

- todos los servicios son anónimos y confidenciales,
- están provistos por profesionales cualificados en VBH.
- nunca se procede a realizar mediaciones con las familias, si bien esto puede variar según la legislación relativa a la actuación con menores de 16 años, lo cual depende de los servicios públicos de protección a la infancia.

Experiencia 1: HALO PROJECT

- **ONG:** ([acceso](#))
- **Tipo de servicio proporcionado:** consiste en un Centro de apoyo especializado para brindar información, asesoramiento y defensa personalizada a mujeres y niñas en riesgo (de abuso sexual y doméstico, matrimonios forzados, crímenes de honor, MGF), a supervivientes y a profesionales. Entre los servicios que se proveen destacan:
 - Búsqueda de alojamiento seguro o refugio de emergencia y apoyo comunitario.
 - Programas de sensibilización a través de Halo-Hubs en partenariatado con universidades.
 - Capacitación de profesionales y asesoramiento a ONGs (con varias guías y manuales de apoyo [link](#)).

- Revisión independiente de homicidios domésticos y apoyo a denuncias colectivas ante la policía.
- Foro de participación para dar voz a las víctimas.
- Incidencia política.
- Teléfono de emergencias.
- **Funcionamiento del recurso:** Entidad benéfica nacional registrada fundada en 2011. Recibe financiación gubernamental. Su plantilla está compuesta sólo por mujeres. Desde 2014 opera una Red de Halo-Hubs por todo el país.

Trabaja a partir de una metodología básica de 6 módulos para reconocer el abuso, comprender su impacto en las hijas/os, saber dónde buscar ayuda y sentirse a salvo. Se complementa con terapias para reducir el estrés y la ansiedad, cursos de inglés, ayuda económica y apoyo a la empleabilidad. Acreditada en 2022 con el standard de calidad nacional "[Women's aid](#)"

- **Criterios o principios de actuación:** Empoderamiento de las supervivientes para romper el ciclo del abuso y recuperarse del trauma. Concienciación y educación a las futuras generaciones. Por una Sociedad libre de violencia cultural (matrimonios forzados, crímenes de honor y MGF) sobre mujeres negras y de minorías.
- **Resultados a destacar:** Han apoyado a más de 3.000 mujeres de más de 49 etnias diferentes ayudándolas a pasar de una situación de violencia insostenible a una vida libre de abuso. Han formado a más de 3.000 profesionales de varios ámbitos: asistencia, policía, educación y sistema de justicia. Impulsaron la denominada "[super queja policial](#)" del año 2020 presentada por el Centro para la Justicia de la Mujer (CWJ), donde se alegó que las fuerzas del orden público no estaban respondiendo adecuadamente a los casos de abuso doméstico, lo que se considera origen del cambio social en Reino Unido.

Experiencia 2: IKWRO

- **ONG:** Organización por los Derechos de las Mujeres Iraníes y Kurdas ([acceso](#))
- **Tipo de Servicio proporcionado:** asistencia integral interdisciplinar. Entre los recursos se destaca:

- Asesoramiento, atención psicológica y defensa legal gratuitos proporcionados por profesionales especializadas (mujeres).
- Ofrecen sus servicios en varias lenguas (kurdo, farsi, árabe, dari, pashto, turco e inglés), partiendo de un email de solicitud de ayuda. Las profesionales se desplazan donde se encuentre la víctima para la atención presencial confidencial.
- Atienden casos de matrimonio forzado, matrimonio infantil, cautiverio marital, MGF, pruebas de virginidad e himenoplastia, tribunales de la Sharia, etc.
- Refugio: alojamiento seguro y especializado a mujeres jóvenes y solteras.
- Capacitación y apoyo emocional para mujeres y niñas para ayudarlas a comprender sus derechos.
- Colaboración con organizaciones educativas, las ayudan a acceder a clases de inglés y oportunidades de educación, capacitación y empleo.
- Asesoramiento y capacitación para profesionales del sector público y del voluntariado, para comprender mejor las necesidades de las víctimas, los tipos de abuso que experimentan y conocer buenas prácticas en servicios de prevención y apoyo.
- Sensibilización con campañas para aumentar la conciencia y mejorar las leyes y políticas para abordar todas las formas de abuso basado en el "honor" y otras prácticas nocivas.
- Premios al "honor" real: *True Honor Awards* se celebran anualmente para reconocer a las personas y organizaciones que trabajan sobre la VNH. Conmemoran a las mujeres asesinadas cada año.
- Trabajan en red y participan de las mesas locales de VCM como parte de sus procedimientos de coordinación y también de incidencia política.
- **Funcionamiento del recurso:** Organización benéfica registrada fundada en 2002. Las beneficiarias son mujeres y niñas de Oriente Medio, África del Norte y Afganistán que viven en Reino Unido, que han experimentado o están en riesgo de todas las formas de abuso basado en el "honor" (incluyendo; matrimonio forzado, matrimonio infantil y mutilación genital femenina (MGF), o abuso doméstico).
- **Principios de actuación:** derechos humanos, enfoque de género e interculturalidad. Trabajo en red. Empatía. Ninguna víctima sin respuesta. No hay límite en el tiempo destinado a la atención. Trabajo en red y coordinación en espacios locales y nacionales.

- Resultados a destacar: En 2022 atendieron a más de 2.200 mujeres y niñas. Desarrollan [campañas](#) de sensibilización de alto impacto comunitario. Tienen una implantación en las comunidades en riesgo muy alta debido al “boca a boca”, el respeto a la confidencialidad y la respuesta permanente individualizada a lo largo del tiempo. La media de atención a una usuaria es de 4 años.

Experiencia 3: Karma Nirvana

- **ONG:** ([acceso](#))
- **Tipo de Servicio proporcionado:** línea de atención telefónica nacional (*National Honour Based Abuse Helpline*) para el asesoramiento a víctimas, capacitación a profesionales, sensibilización e incidencia política e investigación social. Principales recursos:
 - Sensibilización ciudadana con campañas contra los abusos basados en el honor (niñas, mujeres y hombres).
 - Apoyo, empoderamiento y formación a víctimas por teléfono y mail; asesoramiento asistencial y legal y alojamiento temporal. La víctima puede llamar o solicitar que la llamen.
 - Asesoramiento a otros profesionales que trabajan o enfrentan casos de CNH.
 - Programa de formación presencial y virtual a profesionales de primera línea de atención (policía, trabajadores/as sociales, docentes, sanitarios, etc.)
 - Producción de conocimiento: informes para la reflexión; generación de datos propios (con estadísticas cuatrimestrales desde 2019); análisis de otras informaciones procedentes de socios externos.
 - Campañas de sensibilización e incidencia política.
- **Funcionamiento del recurso:** Entidad benéfica nacional registrada con financiación gubernamental (Ministerio del interior y Ministerio de Justicia) fundada en 1993. Se considera la primera ONG británica especializada en la atención a víctimas y supervivientes del abuso basado en el honor. Atiende tanto a extranjeras que residen en el país como a nacionales británicos residentes en el extranjero. En 2008 se lanzó la Línea telefónica de atención. Trabaja en red con otras ONGs como Esmée Foundation y The Henry Smith Charity.

- **Principios de actuación:** Trabajo en equipo. Escucha activa, garantizando confidencialidad, respeto y empatía con la víctima. Reacción buscando soluciones según cada situación individual y canalizando la atención dentro del equipo o hacia otros servicios externos, incluso a líderes de opinión.
- **Resultados a destacar:** Tiene el reconocimiento de la marca de calidad "[Helplines Standard](#)". Entre 2022 y 23 la HelpLine ha recibido más de 120.000 llamadas (45% de profesionales) dedicando casi 1.300 horas y han atendido a 2.540 víctimas (536 con experiencia o amenaza de matrimonio forzado, 210 de ellas niñas). Entre 2021 y 2022 han formado a 6.712 profesionales en 108 sesiones virtuales.

12.2.1.2. Alemania

En Alemania los CNH se presenta en términos agravantes y se consideran asesinatos, y son de especial preocupación en la normativa relativa a los derechos de las niñas y adolescentes. Algunos "Länder" (estados federales) son más activos que otros en las políticas de sensibilización, prevención y atención a las víctimas (Fundación SURGIR 2012).

Desde la Asociación Alemana de Mujeres Abogadas se informa en medios públicos¹⁷⁹ de que en la jurisprudencia los CNH se clasifican en un contexto social diferente al de los feminicidios causados por la violencia doméstica y se castigan con otra severidad, pues se contemplan como un problema particularmente vinculado con minorías étnicas o religiosas.

Esta consideración ha abierto un acalorado debate que se ha extendido a los tribunales, parlamentos, medios de comunicación, y a la esfera pública alemana en general, pues hay quien aboga por que las familias donde suceden estos crímenes abandonen el país, lo que se encaja en el debate de las políticas migratorias y se ha diagnosticado como un fallo del multiculturalismo en el país (Ercan, 2015)¹⁸⁰.

La información accesible sobre cifras acerca de la incidencia de los crímenes de honor en Alemania es muy dispar. Un estudio del Instituto Max Planck¹⁸¹ de 2011 estimaba que el número de asesinatos por honor en Alemania era de unos 12 al año. Si bien igualmente, las ONG especializadas consideran que está enormemente subestimado.

¹⁷⁹ Como en Deutsche Welle (DW) la emisora internacional de noticias en Alemania (acceso).

¹⁸⁰ Ercan, Selen (2015). Creating and Sustaining Evidence for "Faliles Multiculturalism". The case of "Honor Killing" in Germany. *Journal of American Behavioural Scientist*, 59, (6): 658-678. 15/04/2015 (acceso)

¹⁸¹ Kasselt, J. (2011). Honour Killings in Germany. Executive Summary. Max Plank Institute (acceso)

También hay organizaciones de base que desarrollan los servicios de atención a las víctimas. La preocupación sobre los CNH se intensificó a partir de que en 2005, Hatun Sürücü, una chica turco-kurda de 23 años fuese asesinada a manos de su hermano en Berlín porque quería independizarse y alejarse de las reglas familiares rechazando un matrimonio forzado.

Algunas de las organizaciones con mayor trayectoria son:

- **Terre des Femmes (TDF):** Es la organización de derechos de la mujer más grande de Alemania con más de 2000 miembros.
- **Papatya: ONG intercultural que asesora y protege a niñas y mujeres víctimas de crímenes de honor. Han participado como informantes en el estudio.**

El detalle sobre estas experiencias se amplía a continuación.

Experiencia 4: TERRE DES FEMMES

- **ONG:** [\(acceso\)](#)
- **Tipo de Servicio proporcionado:** ya no funciona como centro de asesoramiento sino como una organización de concienciación en derechos de mujeres y niñas en VCM con un apartado específico sobre VBH. Proporciona:
- Proyectos de sensibilización e información sobre discriminación, explotación, abuso, persecución de mujeres y niñas. Entre ellos destacan: el proyecto de teatro escolar: "Mi corazón me pertenece - contra el matrimonio forzado y los matrimonios precoces" y el proyecto "Semana Blanca" en las escuelas de Berlín, para trabajar la prevención con jóvenes y ofrecer ayuda específica .
- Sensibilización, sobre todo a medios de comunicación
- Investigación y difusión estadísticas de mujeres y niñas víctimas afectadas en Alemania
- Incidencia política para la mejora de la legislación y políticas públicas.
- Trabajo en red con otras organizaciones y apoyo a proyectos de autoayuda a las víctimas.
- **Funcionamiento del recurso:** ONG germana sin ánimo de lucro, con sede central en Berlín de implantación internacional. Desde su fundación en 1981 cuenta con más de 40 años de experiencia en sensibilización, campañas, prensa y relaciones públicas, creación de redes y lobby a nivel nacional, regional e internacional. Hasta 2019, tenía

su propio centro de asesoramiento, donde se atendía a unas 200-300 mujeres y niñas al año.

Se organiza en grupos de trabajo de incidencia. Se financia a base de donaciones de particulares, así como de ayudas de la UE y otras iniciativas de patrocinio estatales.

- **Principios de actuación:** defensa de todas las violaciones de los derechos humanos de las mujeres. Trabajo en red y coordinación a nivel local y estatal. Aboga por: la igualdad de derechos ante la ley, autodeterminación en la sexualidad y decisiones de la vida, y libertad de restricciones de rol y de todas las formas de violencia.
- **Resultados a destacar:** Asocia a más de 2000 miembros. Destaca su participación en la elaboración de informes: " Matrimonios forzados en Alemania" ([2011](#)), evidenció en 2008 3.443 víctimas de matrimonio forzado; y " Homicidios de honor en Alemania 1996-2005" ([2011](#)) que examinó 78 casos. Estableció que en Alemania había 12 casos por año registrados por el poder judicial. En 2022 su encuesta escolar identificó 1.847 casos de VBH.

Experiencia 5: PAPTAYA

- **ONG:** ([acceso](#))
- **Tipo de Servicio proporcionado:** centro de crisis de atención presencial y online de atención integral por profesionales expertas.
- Presta un servicio de atención en situación de crisis asistiendo a niñas y mujeres (refugiadas o migrantes en su mayoría) en un lugar seguro (dirección secreta dentro o fuera de Berlín) que están en riesgo o necesitan huir de sus familias por: violencia familiar, amenaza o realidad de matrimonio forzado, controles familiares estrictos (opresión), violencia sexual y otros asuntos similares.
- Apoyan a niñas y mujeres jóvenes en la planificación de su propia vida y en el trato con sus familias.
- Ofrecen una ventanilla de asesoramiento (SIBEL) telemático/presencial gratuito, en varios idiomas (alemán, inglés, kurdo, árabe, farsi y turco) con garantías de anonimato y confidencialidad.
- Asesoran a profesionales y particulares que quieran ayudar a las víctimas afectadas.

- También prestan atención a los casos de niñas y mujeres retenidas en el extranjero para que puedan regresar a Alemania.
- **Funcionamiento del recurso:** ONG fundada en 2004. Su financiación fundamental proviene del Estado federado de Berlín. El centro de crisis Papatya está financiado por el Departamento de Educación, Juventud y Familia (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie). El servicio de asesoramiento en línea SIBEL está financiado a su vez por el Departamento de Sanidad, Asistencia e Igualdad (Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), junto con la Oficina Estatal de Asuntos Sociales de Brandemburgo (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg).
- **Principios de actuación:** feminismo, interculturalidad. Las jóvenes son acompañadas las 24 horas del día después de su aceptación / entrada en el centro. Trabajan en estrecha colaboración con la Oficina de la Juventud (Jugendamt), Jobcenter) y otras instituciones públicas. Trabajo en red con todo tipo de organizaciones sociales y feministas para la coordinación y para la incidencia política local y estatal.
- **Resultados a destacar:** Desde su creación han ayudado a más de 2000 niñas y mujeres jóvenes. Entre 2002 y 2019 ha conseguido varios reconocimientos y premios: Berlin prevention Prize State Commission against violence; German Federal Service Cross (Bundesverdienstkreuz) y Lothar-Kreyssig-Peace-Prize Foundation of the Protestant Church Group Magdeburg.

12.2.2. El caso particular de Suecia

Suecia es uno de los Estados miembros de la UE que más años lleva preocupándose por este tipo de VCM, desde los asesinatos por honor de Sara Abed Ali en 1996, al de Pela Atroshi en 1999 y Fadime Sahindal en 2002.

Según la Agencia Sueca para la Juventud y la Sociedad Civil ya en 2009, alrededor de 70.000 mujeres y hombres residentes en el país denunciaron que recibían presiones familiares y corrían el riesgo de ser forzados a casarse contra su voluntad. Diez años después, la autoridad policial sueca inició un seguimiento específico de los delitos relacionados con el honor y, en noviembre de 2021, habían sido registrados 4.500 presuntos delitos.

Aunque ya existía desde 2005 un **Equipo Nacional con Competencia** en la atención a los crímenes de honor, fue en 2018 a través de **una Carta reglamentaria estatal**, y como parte de

sus políticas de igualdad de género, cuando el Gobierno de Suecia encomendó a las administraciones provinciales reforzar la labor preventiva en materia de violencia de los hombres contra las mujeres, el diseño de planes de acción regionales y la promoción de la cooperación entre los actores relevantes.

De esta forma, **se impulsó el desarrollo de los centros de recursos** para personas que han sido víctimas de violencia por parte de familiares, con una atención especial a la violencia relacionada con el honor y la opresión y donde pueden acudir para recibir apoyo, asesoramiento y orientación.

Desde el 1 de octubre de 2022 se estableció el **Centro Nacional contra la Violencia y la Opresión relacionada con el Honor** en sustitución del Equipo Nacional. El **desarrollo legislativo** en el país ha caminado de forma paralela, y se identifican principalmente dos hitos recientes:

- Desde el 1 de julio de 2020: entró en vigor una normativa sobre delitos de matrimonio infantil y prohibiciones de viaje a población vulnerable de ser maltratada en el exterior y por motivos de honor, como base para incrementar las penas.
- Desde el 1 de junio de 2022: la opresión o el crimen basados en el honor en todas sus manifestaciones se reconocen como delito. Las personas culpables pueden ser condenadas a entre 1 a 6 años de prisión. Aparte de eso un extranjero condenado por un delito de honor también corre el riesgo de ser deportado de Suecia, dependiendo de los vínculos que tenga con la sociedad sueca.
- Las acciones criminales que pueden constituir **opresión por honor** hacen referencia a la disposición de penas contenida en el Capítulo 4 del Código Penal Sueco (entre los delitos contra la libertad y la paz), pudiendo incluir agresión, amenazas ilegales, acoso sexual y daños criminales, así como el incumplimiento de las órdenes de restricción.
- Alguien que haya sometido a una persona a una agresión, amenazas o malos tratos, puede ser condenado a penas más severas (que las que rigen en el Código Penal) si existe una motivación de honor detrás del delito.
- En los casos de delitos más graves como asesinato, violación o MGF no se pretende que vayan por la vía de los delitos de honor, sino que se tratarán por separado como delito grave contra la integridad de las mujeres.

- Para que los tribunales aumenten la pena de un delito, basta con que uno de los motivos del mismo sea el honor. Por lo tanto, la preservación o restauración del honor no tiene por qué haber sido el único o principal móvil de la infracción.
- Una diferencia entre la circunstancia agravante y el nuevo delito de opresión basada en el honor es que la regulación del nuevo delito permite que la policía y los fiscales investiguen de manera más eficaz aquéllos en los que el honor ha sido un motivo. Especificarlo garantiza que la cuestión de si hubo un motivo de honor detrás del delito se considere a lo largo de la investigación y se documente.

Experiencia 6: Centro Nacional contra la Violencia y la Opresión relacionada con el Honor

- **Entidad: Centro Nacional contra la Violencia y la Opresión relacionada con el Honor (NCH, por sus siglas en inglés; Hedersförtryck, en sueco)** es la estructura pública de atención fundamental en el país. Su actividad se ramifica en las divisiones provinciales o Juntas Administrativas de Condado. ([acceso](#))
- **Tipo de servicio proporcionado:** tiene diferentes líneas de trabajo, unas dirigidas a las administraciones y otras a la ciudadanía, tales como:
 - Coordinación de agencias y servicios públicos (tales como: Servicios sociales, Servicios educativos, Policía y fiscalidad y Cuidados de salud), a fin de detectar signos de vulnerabilidad en potenciales víctimas, posibles riesgos y señales de alerta ante delitos basados en el honor desde esos ámbitos y dar cumplimiento a la nueva normativa.
 - Apoyo a municipios y regiones para dar seguimiento y evaluar sus actuaciones en la materia.
 - Helpline o Línea de ayuda a profesionales de la atención ciudadana y voluntariado a través de recepción de llamadas telefónicas de todo el país.
 - Orientación adicional ante dificultades de estos profesionales para prestación de apoyo y protección a personas vulnerables.
 - Material informativo y campañas sobre protección jurídica a víctimas en diferentes idiomas.
 - Generación de estadísticas trimestrales sobre el uso de la línea de ayuda.
 - Recopilación y difusión del conocimiento sobre los crímenes de honor a través de la investigación y experiencia contrastada (ej. Guías e Informes).

- **Criterios o principios de actuación:** su misión es apoyar y contribuir a un trabajo estratégico, preventivo y basado en el conocimiento contra la violencia y la opresión relacionadas con el honor tanto a nivel nacional, como regional y local.

Parte de las actuaciones de investigación y seguimiento se realizan en red con otras autoridades públicas (Agencia de Víctimas del Delito, la Junta Nacional de Salud y Bienestar, la Agencia de Policía y la Fiscalía) y Universidades, y a más largo plazo con ONGs locales.

- **Funcionamiento:** Creado en 2005, la coordinación interregional fue un encargo del Gobierno sueco en 2020 y descansa sobre todo en el servicio de atención de llamadas (que ya existía desde 2014). Durante 2021 y 2022 el Centro ha coordinado una misión conjunta de autoridades de información y orientación en la materia. Desde entonces esa misión ha pasado a ser permanente.

La financiación se organiza a partir de la asignación de fondos excedentes de las juntas administrativas de cada condado y se complementa con financiación adicional del Gobierno sueco (la Carta de regulación aumenta para 2023 de 10 a 15 millones de coronas suecas de presupuesto estatal).

- **Resultados:** Desde 2022 se ha logrado que 21 condados reporten datos específicos. La misión institucional conjunta coordinada por el Centro nacional ha generado:
 - Información dirigida a casi 600.000 personas potenciales víctimas y casi 750.000 profesionales. La mayoría de las llamadas a la línea de ayuda provienen de profesionales de servicios sociales. Le siguen las llamadas del personal del ámbito educativo (escuelas e institutos).
 - Aumento muy significativo de las visitas al sitio web www.hedersfortryck.se y a las RRSS donde se difunde la información incluida una Guía de orientaciones para profesionales.
 - En 2019 se realizó una encuesta pionera sobre matrimonios forzados y secuestros en un contexto de CNH. Se encontraron casos de personas secuestradas en 43 de los 192 municipios a los que se les dirigió el cuestionario. Se identificaron 199 personas afectadas (el 86% menores de edad).

- En el año 2022 se [publicó](#) la investigación del Equipo Nacional “Para hacer visible lo invisible. Un análisis socioeconómico de la violencia y la opresión relacionadas con el honor”. En él se proponen procedimientos de atención integral, detección y actuación.
- En el año 2023 [publicó](#) el “Informe final de la misión de todo el organismo sobre información y orientación en la labor contra los delitos relacionados con el honor” que se divide en dos partes. Por un lado, la nueva legislación y la protección jurídica contra la violencia y la opresión relacionadas con el honor. Y por otro, una guía para destinada al personal de los servicios sociales, la atención de la salud, el sistema escolar y la policía para prevenir y actuar ante la VBH.

A continuación se profundiza en algunas de las **características de este recurso nacional** en la atención a la VBH.

El NCH está ubicado geográficamente en el condado de Östergötland, y desde allí un grupo **operativo directivo a nivel de gerencia nacional** coordina la actividad desarrollada en red por el resto de centros de recursos provinciales, si bien estos se han ido incorporando progresivamente. Los primeros condados que iniciaron sus operaciones con apoyo financiero del Gobierno sueco se denominaron “condados piloto”, seguidos de “los condados nuevos” y los que se acaban de incorporar en junio de 2023 se denominan “Condados del grupo 3”.

A partir de 2014, se habilitó una **línea telefónica de ayuda** a través de llamadas atendidas desde el NCH por un equipo pluridisciplinar con experiencia y conocimientos de vanguardia sobre la VBH, cuya atención puede derivar a diferentes perfiles profesionales de atención más especializada (como agentes de policía, sociólogos/as e investigadores/as).

Se atienden llamadas de personas en riesgo de violación de sus derechos humanos, principalmente niñas y mujeres jóvenes expuestas a muchos tipos diferentes de violencia, chantajes, violaciones, restricciones y control, víctimas de varios perpetradores (generalmente padres, hermanos u otros parientes) en un entorno familiar que apoya estas conductas o las permiten argumentando valores colectivos sobre conceptos como el honor, la deshonra o la vergüenza, y a partir de los cuales controlan los comportamientos, los cuerpos y la sexualidad de las mujeres de su comunidad.

Igualmente, el NCH presta **apoyo metodológico** y atiende sobre todo las múltiples consultas de profesionales de los servicios sociales o del ámbito educativo

En estos casos se les orienta sobre la forma de evaluar las amenazas o riesgos, la forma de intervenir y el cuidado y recolocación de las víctimas en caso necesario.

Parte de su actividad se centra en la generación de **datos y producción de conocimiento**.

El NCH genera estadísticas trimestrales¹⁸² y emite Informes Anuales de actividad, recopilando además lo que hacen el resto de recursos habilitados en los condados al haberles facilitado una metodología común de registro y seguimiento. Como centro especializado se describe con algún detalle más al final de este apartado.

Junto al Centro Nacional y la estructura de centros de recursos dependientes, hay **otras autoridades públicas** cuya actividad también contribuye a la prevención o respuesta a la VBH. Entre 2021 y 2022 todas ellas conformaron un partenariado institucional en la denominada **Misión conjunta de información y orientación en el trabajo contra los delitos relacionados con el honor**¹⁸³. Estas son:

- La **Agencia de Víctimas del Delito** ([Brottsoffermyndigheten](#)). Dependiente del Ministerio de Justicia atiende cuatro áreas de trabajo: la compensación por los daños penales (decide y paga indemnizaciones contribuyendo a la reparación del daño); la reclamación a los perpetradores para que estos se responsabilicen del daño causado; la habilitación de un Fondo de financiación de proyectos de mejora del conocimiento del problema, del tratamiento de las víctimas y de apoyo a testigos (el Fondo se nutre de aportaciones diversas, pero sobre todo de una cuota especial que pagan los perpetradores); y el Centro de información-difusión de los resultados de las investigaciones y eventos para la transferencia del conocimiento en la materia, con asignaciones gubernamentales especiales.
- La **Junta Nacional de Salud y Bienestar**. dispone de un Comité de Bienestar Social que, para el caso concreto de CNH, puede solicitar la prohibición de viajar al extranjero de niñas para evitar que sean sometidas por sus parientes a MGF o matrimonios forzados, solicitudes que se presentan ante un tribunal administrativo, y que incluso en determinados casos urgentes pueden cursar a través de una orden de restricción temporal.

¹⁸² Las estadísticas más recientes responden al trimestre de marzo-junio de 2023, haciendo referencia a indicadores como: los tipos de llamadas, promedio de personas vulnerables por caso, los casos atendidos por mes, distribución por género, tipo de violencia al que se han expuesto, el perfil del maltratador, el perfil de la persona que ejecuta la llamada y los casos por condado (acceso)

¹⁸³ Junta Administrativa del Condado de Östergötland (2023). Informe final de la misión conjunta de la autoridad sobre información y orientación en el trabajo contra los delitos relacionados con el honor (acceso)

- La **Agencia de Policía y la Fiscalía**, cuya misión es proteger a la ciudadanía y hacer cumplir en ese sentido lo que determina la legislación en la materia.
- La **Agencia Nacional Sueca para la Educación** en calidad de entidad de cooperación.
- La **Unidad de asuntos jurídicos consulares y civiles** del Ministerio de Relaciones Exteriores, que tiene una función consultiva.

13. Conclusiones

Esta investigación se ha desarrollado bajo un **enfoque exploratorio a través de la triangulación metodológica**. Además de realizar un análisis de fuentes secundarias, se han empleado 5 encuestas que han llegado hasta 288 entidades locales (EELL) y 108 organizaciones especializadas en VCM o de atención a colectivos vulnerables de toda España, y algunas de Europa. También se han realizado entrevistas en las que han participado **25 informantes expertas** y se han descrito **13 prácticas de interés** para el ámbito local.

El resultado del trabajo muestra una abrumadora realidad sobre la que es necesario mejorar el conocimiento y la producción de datos, así como la atención integral a estas las víctimas de *otras formas* de violencia contra las mujeres.

La violencia contra las mujeres (VCM) es un problema social, político, económico y de salud pública (ONU, 2006). No obstante, no todas las formas en las que se manifiesta esta violencia son igualmente visibles para la sociedad, ni para las propias mujeres que las sufren dado su extenso grado de normalización en sus vidas. Se ha constatado:

- Este informe sugiere prestar especial atención a las **seis siguientes manifestaciones de VR**: 1.falta de atención a la salud sexual y reproductiva; 2. obstáculos o prohibición a la anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo; 3. violencia ginecológica y obstétrica en torno al parto; 4. prácticas nocivas (ej.: matrimonio infantil, matrimonio forzado; mutilación genital femenina; inspección de la virginidad); 5. gestación por sustitución o gestación subrogada; y 6. anticoncepción, aborto y/o esterilización forzados para el control menstrual y/o el impedimento del ejercicio libre de la maternidad. La investigación se ha centrado solamente en las dos últimas tipologías y ha explorado algunas prácticas nocivas por su relación con CNH. No obstante, todas ellas encuentran su marco de comprensión en la noción de DSR y violencia por razones de género.
- El aborto forzado, la esterilización forzada, la anticoncepción forzada (AEAF) junto con la gestación por sustitución o subrogada (GS) son formas de violencia contra las mujeres que atentan contra su capacidad y derecho a la reproducción. Esta violencia reproductiva (VR) es una de las menos conocidas para la sociedad.

- La salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres, y sus derechos (DSR) al respecto, están aún **muy poco presentes en las agendas públicas**, incluso en las agendas sanitarias y en las de igualdad entre mujeres y hombres. No obstante, su atención es clave tanto para garantizar el bienestar de la mitad de la población, como para detectar muchas de las violencias a las que aún son sometidas las mujeres y las niñas.
- La VR **tiene especificidad por sí misma**, y es ejercida por diferentes agentes de varias formas: por parejas, por familias, por instituciones y por profesionales y también por redes criminales y otros actores comerciales.
- La **violencia basada en el “honor” (VBH)** o los denominados crímenes en nombre del “honor” están relacionados con otras violencias como la VS y la VR, pero su propia especificidad hace que las víctimas enfrenten un contexto de opresión permanente que se ve acompañado de prácticas nocivas y de violencias de diversa gravedad, hasta su expresión más extrema: el feminicidio.

Por otro lado, la investigación ha mostrado que la dimensión reproductiva supone una **expresión de daño de otras tipologías** de VCM.

- La VR aparece de modo concomitante en las violencias sexuales, la violencia en las relaciones de pareja/expareja y los CNH, entre otras. Están profundamente relacionadas. Por ello, **la detección de unas debería conllevar la consideración en hipótesis de la presencia de formas de VR y VBH.**

Tal y como señalaron las Naciones Unidas hace casi dos décadas, “La violencia masculina contra la mujer es generada por las actitudes socioculturales y las culturas de violencia en todas las partes del mundo, y en especial por las normas relativas al control de la reproducción y de la sexualidad de la mujer” (ONU, 2006:27; párrafo 57).

- La AEAF comprende prácticas que trascienden la vulneración del derecho a la maternidad y **tienen que ver con el sometimiento de las mujeres.**
- Dentro del aborto forzado, se ha explorado su relación con **el aborto selectivo como práctica de selección del sexo en España.** Los datos disponibles apuntan a un fenómeno de discriminación que ocurre en nuestro país y al que se le debe prestar atención. Sobre todo en Ceuta y las provincias de Cuenca, Badajoz, Valencia, Burgos, Cádiz, Segovia, Málaga, Asturias, Huesca y Vizcaya, que están por encima de los 109 niños por cada 100 niñas nacidas; lo que resulta un indicador de asimetría poblacional.

Todas las mujeres pueden ser víctimas de la VR, pero hay grupos específicos que enfrentan situaciones que las hacen ser mucho más vulnerables. En general, los colectivos de mujeres sobre los que se aplican creencias discriminatorias, eugenésicas y capacitistas, están en riesgo de la AEAF.

- Las mujeres con discapacidad, sobre todo MDID, pluridiscapacidad y parálisis cerebral, son las más afectadas.
- Las mujeres gitanas y procedentes de minorías étnicas, así como las mujeres migrantes en tránsitos no seguros, o en riesgo de exclusión social, mujeres en búsqueda de protección internacional y procedentes de algunas diásporas.
- Junto con ellas se encuentran las mujeres en reclusión o cierto aislamiento (prisión, centros de internamiento para personas extranjeras, clínicas u hospitales); mujeres con enfermedad mental, enfermas de VIH y otras patologías; y personas transgénero que pueden sufrir la esterilización previa a la reasignación.
- Por supuesto, víctimas de la violencia de género (VG), la violencia sexual (VS) y la explotación sexual y laboral, que enfrentan en el ámbito reproductivo las consecuencias de dichas violencias. En muchos casos, como es el de las mujeres con discapacidad, la esterilización encubre los abusos sexuales a los que son sometidas.

Las necesidades de las víctimas de la VR son comunes a las de todas las VCM y la vulneración de sus derechos hace que sus necesidades de reparación requieran de los mismos servicios de atención; no obstante, los de salud sexual y reproductiva (ginecología, matronería, obstetricia, sexología) tienen un peso central en la recuperación integral de las mujeres.

Las mujeres que enfrenta VBH presentan las mismas necesidades, además de confidencialidad, entendimiento cultural y protección. La noción de seguridad trasciende las formas que existen disponibles en la actualidad. Para reparar los daños y garantizar los derechos de las víctimas de CNH es necesario mejorar los indicadores de detección, estudiar, diseñar e implementar estrategias de protección, incorporar la dimensión internacional a la acción sobre las víctimas y combatir de forma transversal el racismo y xenofobia. Así mismo, las vinculaciones de las políticas de lucha de VCM debe reforzar su coordinación con las políticas de protección internacional e inclusión social de población migrante.

El perfil de las principales mujeres afectadas por la VR y la VNH implica -ineludiblemente- **garantizar la accesibilidad universal y cultural** de las mujeres a todos los recursos y trabajar desde un **enfoque de género interseccional**.

- Es muy importante en este sentido **deshomogenizar** al colectivo de mujeres con discapacidad y atender de forma concreta a las distintas discapacidades, que demandan cuestiones que difieren entre sí.
- Respecto a las mujeres **migrantes y descendientes** de las mismas, ocurre lo mismo. Es necesario señalar que los procesos de acogida o apoyo que necesitan son diferentes dependiendo de cómo es su entrada en el país y sobre todo del tipo de violencia que sufren. Por ejemplo, las víctimas de prácticas nocivas o abortos forzados debidos a la selección prenatal del sexo, no cuentan habitualmente con apoyo familiar (situación que también pueden enfrentar las víctimas de GS); aquellas que llegan a España por reagrupación familiar temen denunciar a sus parejas por si son expulsadas de vuelta a su país (desconocen el derecho que las protege); lo mismo ocurre con las VBH que se enfrentan a perpetradores múltiples entre los miembros de su familia.
- En general, son grupos de mujeres que se caracterizan por: enfrentar la ausencia de redes de apoyo emocional y de recursos; desconocer los derechos fundamentales de las mujeres en España; haber experimentado violencia y desprotección por parte del personal funcionario y fuerzas y cuerpos de seguridad de sus países de origen o en los países de tránsito o ambos. Esto es extensible a las experiencias de las mujeres gitanas/romaníes.

El marco institucional de lucha contra las VBH necesita de mayor desarrollo y especificidad en España. Es insuficiente. Respecto al de la VR es aquel que defiende los DSR como parte de los derechos fundamentales (a la salud, a la información, a la libertad, a la seguridad, a la igualdad y a la no discriminación, entre otros) y la vida libre de violencia para todas las mujeres.

- Los DSR están recogidos explícitamente en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993) y a ellos aluden numerosas recomendaciones y observaciones de otros instrumentos internacionales de derechos humanos, entre ellos: la Recomendación general número 35 *sobre la violencia por razón de género contra la mujer* de la CEDAW, así como el marco de derechos de las personas con discapacidad y en concreto de las mujeres con discapacidad (CDPD) y de derechos de la infancia.

- En el contexto europeo, el artículo 39 del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011), conocido como Convenio de Estambul, hace referencia a aborto y esterilización forzadas.
- La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha condenado la selección prenatal del sexo como un fenómeno que refuerza la VCM; y el Parlamento Europeo considera que se trata de *genericidio* y es una violación de los derechos fundamentales.
- Así mismo, diferentes resoluciones del Parlamento europeo han mostrado su preocupación por la situación de la SSR y los DSR de las mujeres y de las mujeres con discapacidad, aludiendo explícitamente a la erradicación de estas violencias.
- La Propuesta de Directiva Europea sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, que se espera sea de aprobación inminente, alude igualmente a la erradicación del aborto forzado y la esterilización forzada. También incide en la mejora de la acción sobre la VBH o CNH.
- La revisión normativa en relación a la GS se caracteriza particularmente por una ausencia de consenso internacional. En este sentido, se acusa la falta de reconocimiento normativo internacional de esta práctica como una forma de VR.

Todo ello ha sido recogido en **nuestro marco estatal**, principalmente a través de la Ratificación del Convenio de Estambul en el año 2014.

- El desarrollo de normativas más recientes ha prestado una mayor atención a las VR. De este modo, contamos con la LOSSRIVE (art.2 y art.31) y la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Se define la violencia en el ámbito reproductivo, la AEAF, y se proporciona a los poderes públicos suficientes referencias para trabajar la garantía de los DSR de las mujeres en cualquier nivel administrativo
- El Código Penal (1995) recoge los delitos relativos a la mayoría de las expresiones de la VBH, pero no recoge con facilidad algunas expresiones. Sería de interés ver las posibilidades de adaptación del modelo británico y el modelo sueco al contexto español.

- El CP recoge específicamente el aborto no consentido y la esterilización forzada. Ésta fue legal contra las mujeres con discapacidad (o incapacitadas legalmente) hasta la llegada de la Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente.
- Aunque la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del Derecho de Asilo y la Protección Subsidiaria abraza la protección a las mujeres por razones de género, la VR ni los CNH se explicitan; tampoco lo hace el Reglamento que rige el Sistema de Acogida de Protección Internacional y Temporal (pero sí se alude a la VCM).
- La EEVM 2022-2025 es la referencia normativa que reconoce manifestaciones de violencia de manera más amplia, pero no aparecen de modo específico en las medidas que la desarrollan. Lo mismo ocurre respecto al PECVG.

Nuestro marco institucional **es poco explícito** (para la VR y VBH) en relación a las estrategias y planes que ordenan las políticas públicas, cuyas referencias son importantes, pero demasiado genéricas.

- Hay referencias a la AEAF en: el PEIEMH, (Ejes 3 y 4); el PECVG (Eje 2, mejora de la respuesta institucional); la EEVM (2022-2025) (Diagnóstico y el Eje 2 Sensibilización, prevención y detección y Eje 3 Protección, seguridad, atención y reparación). En la ENSRR (2011) se alude a embarazos y abortos forzados en relación a la violencia sexual.
- Las referencias sobre GS son muy puntuales, éstas se encuentran: en la Ley 35/1988 y posterior Ley 14/2006; en el artículo 221 del CP; en el Plan Estratégico Nacional contra la Trata y la Explotación de Seres Humanos (2021-2023); en la EEVM 2022-2025; y en la Ley 1/2023 que modifica la Ley orgánica 2/2010. No obstante, existen otras referencias que entran en conflicto con el reconocimiento sobre GS que realiza la citada normativa, como la Instrucción de 5 de octubre de 2010, que permite la filiación de los bebés nacidos por GS fuera de nuestras fronteras.
- El marco autonómico es muy desigual, tal y como señala el informe de GREVIO (2020). Poco explícito en sus referencias normativas y con diferencias considerables en los servicios y recursos que están disponibles de un territorio a otro.

El mapeo en la atención a las VR ha demostrado el interés de las EELL por intervenir en todo tipo de VCM, pero también su desconocimiento al respecto.

- No llegan al 25% las entidades locales que consideran que aplican -por completo- el enfoque de género interseccional en su trabajo sobre VCM, lo cual dificulta la identificación de las víctimas, sobre todo las formas menos conocidas.
- El 29% de las EELL desconoce en qué consiste la AEAF. Solamente el 18,5% han tenido un contacto directo con esta VR a lo largo de su trabajo.
- Salvo excepciones, se carece de recursos especializados para la VR, tanto en el ámbito local como supralocal. La atención se realiza fundamentalmente a través de los servicios especializados en violencia de género, o en su defecto aquellos relacionados con la SSR (en general).
- Las experiencias analizadas, se centran en la promoción de los DSR y su relación con la VS y la VG. Son las entidades de apoyo y defensa a las mujeres con discapacidad, las organizaciones que tienen más experiencia y recursos en la atención a la AEAF.
- El éxito de estas prácticas reside en la formación, coordinación, la garantía de la accesibilidad universal, además de la adaptabilidad a las situaciones individuales de cada usuaria y a cada tipo de discapacidad.
- Las organizaciones y las entidades locales tienen muy pocas experiencias de trabajo orientadas a los CNH, a excepción de los matrimonios forzados y la MGF (que no forman parte de este estudio). En general, las organizaciones de defensa de las mujeres migrantes y las especializadas en el derecho a la protección internacional, son las que más experiencia tienen en la actuación con las víctimas.

Cualquier [intervención en materia de VR o CNH](#) debe de partir de su alineación con los principios y actuaciones establecidas en el Convenio de Estambul.

- La respuesta ante las VR y los CNH corresponde a todas las esferas de la **responsabilidad institucional** (la prevención, protección, asistencia, reparación a las víctimas y promoción de la justicia) que se fundamenta en la garantía y el reconocimiento efectivo de los derechos de todas las víctimas. Es decir, responde a la noción de diligencia debida.
- Para la atención a las víctimas, los **recursos económicos** son imprescindibles, entre otras cuestiones para la estabilidad del personal de atención y sostener la incorporación de nuevos perfiles profesionales, que no están presentes actualmente en la atención a la VCM y son necesarios.

- Las estrategias de salud sexual y reproductiva, junto con los planes estratégicos en materia de lucha contra la VCM, y los planes de atención a la protección internacional y la inclusión social de población vulnerables, deberían considerar sistemáticamente y de forma transversal la detección de la VR y los CNH.

Pese a que la violencia contra las mujeres es un problema complejo que precisa de un abordaje claramente multidisciplinar, hay que resaltar **la función estratégica a la atención desde la salud** (Ruffa y Chejter, 2010).

- La atención sanitaria no solo facilita la disponibilidad de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a las violencias, sino que cumple una función legitimadora y facilitadora, ya que al proceder del sistema de salud es pública, gratuita y tiene reconocimiento social. Por otro lado, son clave la puesta a disposición de las mujeres de profesionales sanitarios en un clima de privacidad donde las víctimas puede desenvolverse en confianza para denunciar las situaciones que enfrentan, y la disponibilidad de un sistema de recursos extendidos en el territorio y cada vez más sensibilizados, y con protocolos de alerta y para la reacción coordinada con otros servicios (Ruffa y Chejter, 2010). Para que esto sea así es imprescindible trabajar con perspectiva de género interseccional y bajo los principios de accesibilidad universal y cultural.
- En este contexto, **los espacios clave para la detección de la VR son:** los sanitarios, tanto los servicios de atención primaria (enfermería, medicina, matrona, unidad de trabajo social) como los especializados en salud mental, ginecología y obstetricia. Así mismo, los recursos en materia de igualdad, aquellos centrados en la atención psicosocial integral son los que van a favorecer la recuperación de la víctima.
- **Los espacios clave para la detección de la VBH** son, junto con los sanitarios, los educativos, dado que afectan de forma relevante a población adolescente y joven; así como aquellos que promueven la acogida e inclusión social de población vulnerable o población extranjera.
- **El capacitismo, el antigitanismo, el racismo y la xenofobia** son barreras que dificultan e impiden el acceso y uso de los recursos a las víctimas de VR y VBH. Es necesario trabajar desde la consideración del **enfoque de género interseccional** como una condición irrenunciable para garantizar los derechos de las víctimas.

Es necesario **mejorar el conocimiento** sobre las formas de violencia menos conocidas, sobre todo dando protagonismo a las mujeres supervivientes de las mismas.

- Es necesario además mejorar el registro de víctimas y de delitos, así como la medición de la prevalencia de forma diversa y a través de múltiples instrumentos -harmonizados- porque la violencia reproductiva y la violencia que se produce en los denominados crímenes en nombre "del honor" se caracterizan por su pluridimensionalidad.
- Existen diferentes estrategias para ello, desde la mejora del registro y las encuestas institucionales, hasta la utilización del *big data*. En este sentido se realizan propuestas específicas.

Tomando en consideración las conclusiones alcanzadas en el Diagnóstico, el presente informe desarrolla una tercera parte de **recomendaciones y propuestas**.

- Se dividen en tres tipos: por un lado, aquellas que tienen que ver con la **producción de conocimiento**, que son imprescindibles para la prevención y la mejora de las intervenciones; por otro, las relativas a **la atención integral** a las víctimas en esta materia; y finalmente, aquellas que aluden específicamente al **funcionamiento de ATENPRO** y su futuro desarrollo holístico, como un instrumento que resulta fundamental en la coordinación y prestación de servicios para las mujeres en muchos municipios en España, sobre todo los más pequeños y los más rurales. Forman parte de los capítulos siguientes.
- Las recomendaciones para la intervención y las propuestas para un **modelo local de acción** parten de las necesidades detectadas en el diagnóstico, los retos de coordinación señalados a lo largo de las prácticas estudiadas y de las propias experiencias analizadas. Tanto la falta de datos como la falta de un marco institucional más específico y consolidado dificultan la *protocolización*, por lo que las sugerencias de este trabajo deben tomarse como **un modelo abierto al debate, la experimentación y la modificación**.

Las EELL son las administraciones públicas pioneras en la atención a la igualdad entre mujeres y hombres, lo que comprende "el fin del acoso sexual y de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, así como en el compromiso de garantizar los derechos sexuales y reproductivos, incluido el derecho a la autonomía sexual de las mujeres, y de garantizar la

igualdad de participación en la política y en la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida” (UCLG, 2021: 1).

- Los recursos locales de igualdad son servicios básicos para la ciudadanía (Guilló, et al., 2022); no obstante, las uniones de municipios internacionales alertan del riesgo de perder estos recursos ante retrocesos democráticos. De ahí la importancia de expresar firmes compromisos institucionales junto con la planificación de actuaciones y presupuestos que materialicen dichos compromisos hacia las violencias menos conocidas, como son la violencia reproductiva y los crímenes en nombre “del honor”.
- Tal y como señala la *Declaración Mundial sobre las Mujeres en el Gobierno Local* (UCLG, 2021:5), “Los gobiernos locales y regionales están en primera línea para poner en marcha mecanismos que garanticen los derechos sexuales, reproductivos, de salud y otros. Es necesario poner en marcha una amplia coalición, con mujeres líderes y aliados de los gobiernos locales y regionales, parlamentarias y organizaciones de la sociedad civil, feministas, de base, activistas y comunitarias, para defender los derechos de todas las niñas y mujeres en su diversidad y acabar con la impunidad de todas las formas de discriminación por razón de género, asegurando que esto sea la prioridad en la agenda de las elecciones, de las políticas y de todos los foros pertinentes”.

III. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS PARA LA INTERVENCIÓN

14. Propuestas para mejorar el conocimiento y el uso del *big data*

14.1. Mejorar la producción de conocimiento

Uno de los resultados de la investigación es el relativo a los **déficits de información** respecto a la recogida de datos sobre los tipos de VCM y la falta de datos que se dispone sobre algunos colectivos que, como en el caso de las mujeres con discapacidad y las mujeres procedentes de algunas diásporas, se enfrentan a estas formas específicas de violencia.

De este modo, es imprescindible avanzar en el ámbito del conocimiento desde diferentes perspectivas, cuantitativa y cualitativa. No debe olvidarse que **es una de las obligaciones de los Estados**, no solamente del Convenio de Estambul, sino que así es señalado por todas las resoluciones que se incluyen en las recomendaciones de la CEDAW.

En primer lugar, es necesario mejorar el acceso a los datos existentes:

- es esencial **mejorar el acceso a las fuentes y bases de datos actuales** relacionadas con los delitos relacionados a las VR y CNH; en abierto y con todos los datos desagregados por sexo.
- No siempre en la información pública la desagregación completa. Algunos delitos, como la suposición de parto y la alteración de la paternidad, relacionados con VR, se agrupan junto con otros delitos del mismo ámbito, dificultando el análisis detallado y la comprensión de la magnitud y características específicas de estas violencias. Es crucial trabajar en una desagregación más precisa.

De manera transversal, se subraya la importancia de considerar **la diversidad como un requisito de análisis** de la población:

- El **análisis demográfico** puede mejorar la detección de grupos con mayor riesgo de sufrir estas violencias, por ejemplo, considerando las variables presentes en los perfiles de los colectivos de mujeres más vulnerables. tales como: discapacidad -según tipo de discapacidad-, edad, origen y nacionalidad, etnia (más allá de la población gitana), orientación sexual, hábitat (rural/urbano), y situación económica, entre otras.

Diferentes estadísticas, desde el padrón pasando por la EPA pueden aportar datos de interés, aunque no todos están disponibles a nivel local.

- Asimismo, el empleo de **variables sociodemográficas** diversas en el diseño de las muestras en las encuestas deben poder permitir la **explotación estadística** desde el enfoque de género **interseccional**.
- Conviene recordar que la Ley Orgánica 5/2018, de 28 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, sobre medidas urgentes en aplicación del Pacto de Estado en materia de violencia de género especifica que la información estadística obtenida deberá poder desagregarse con un indicador de discapacidad de las víctimas. Nuestro marco normativo hace por tanto hincapié en la desagregación con indicador de discapacidad de la información que se recoja sobre las víctimas.
- Respecto al origen, hay que tener en cuenta las diferencias socioculturales entre los distintos países, ahondando particularmente en la situación socioeconómica y los derechos que tienen o no reconocidos en sus países las mujeres gestantes.

Los resultados de este análisis pueden ser de gran utilidad para **orientar los esfuerzos de prevención y sensibilización** hacia los grupos más vulnerables y hacia las y los profesionales de los servicios públicos que tienen más contacto en la vida cotidiana de los mismos.

De igual modo, es necesario **mejorar los registros y realizar más investigaciones**:

- **Diseñar nuevos registros y modificar** los registros y procedimientos de cuantificación de víctimas de agresiones y de delitos (y otro tipo), para dimensionar adecuadamente las personas que son víctimas de la VR y los CNH. Por ejemplo, los relativos a:
 - Estadística de Población Extranjera Solicitante de Protección Internacional, Refugiados, Beneficiarios de Protección Subsidiaria, Desplazados y Apátridas.
 - Víctimas de la violencia de género.
 - Víctimas de la violencia sexual.
 - Víctimas de trata con fines de explotación sexual.
 - Personas transexuales en procesos de reasignación de género en procedimientos quirúrgicos.
 - Mujeres con discapacidad víctimas de las esterilizaciones forzosas
 - Registros de nacimientos y de inscritos en el extranjero; Estadística de adquisiciones de nacionalidad española de residentes

- Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad
- Estadística del Sistema de Seguimiento Integral en los Casos de Violencia de Género (Sistema VioGén)
- Estadística de Violencia Doméstica
- 016-Servicio Telefónico de Información y Asesoramiento Jurídico en Materia de VCM.
- Servicio ATENPRO.
- Optimizar la medición de la prevalencia:
 - Encuestas de medición de la **prevalencia** de las formas específicas de la VR y los CNH como tipos de violencia contra las mujeres que requieren de sus propios instrumentos
 - **Adaptación o inclusión de módulos** pertinentes en otras encuestas disponibles, como son: Macroencuesta sobre Violencia contra la Mujer; Encuesta Europea de Violencia de Género; Encuesta de Fecundidad; Encuesta Nacional de Salud de España; Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana; Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia; Encuesta de salud sexual y reproductiva; así como encuestas sobre la población de origen extranjero en España (entre otras).
 - **Estudios de prevalencia** en municipios pequeños y rurales.
- Profundizar en **temáticas concretas**, tales como:
 - El impacto de las reformas legislativas recientes en la mejora de la protección de las mujeres con discapacidad frente a la VR.
 - La vinculación entre la AEAF y la explotación sexual y laboral de las mujeres.
 - La relación entre las VR y la violencia sexual contra las mujeres.
 - La relación entre las prácticas nocivas contra las mujeres y la VR, en concreto: abortos forzados en relación a la selección prenatal del sexo, pruebas de virginidad e himenoplastia.
 - La protección internacional de las víctimas de la VR.
 - La VR que afecta a las mujeres migrantes y refugiadas en los desplazamientos, tránsitos y procesos de acogida.
 - La esterilización forzosa y la reasignación de género de los hombres transexuales.
 - La AEAF y el control de la menstruación.

- La VR en el caso de las mujeres en situación de aislamiento y semi-aislamiento (clínicas y centros psiquiátricos, instituciones de cuidado, prisiones, CIE, etc.).
- Fomentar la investigación desde las **asociaciones profesionales y científicas** relacionadas con la salud sexual y reproductiva (sexología, ginecología, matonería, enfermería, psicología) y desde otras disciplinas como son las ciencias sociales (antropología, sociología, trabajo social, derecho, criminología) y de la seguridad ciudadana (ciencias policiales).
- Implicar a las **ONG** con programas de atención a mujeres¹⁸⁴ en la recogida de datos para mejorar el conocimiento sobre el problema y cómo mejorar la intervención. Por ejemplo, mediante grupos de trabajo o comisiones temáticas.
- En las entidades del **movimiento asociativo** de la discapacidad, dirigir encuestas y estudios a las familias con hijas sobre sexualidad, derechos reproductivos y VR.
- En las **organizaciones especializadas** en la protección internacional y en la inclusión de población de origen o descendencia migrante y población gitana, incluir la VR y los CNH dentro de los ámbitos de estudio sobre la VCM.
- Promover en las **universidades y centros de investigación** públicos y privados se abran líneas de investigación sobre VR y CHN.
- Promover la recogida de datos **desde los recursos sanitarios** de todos los niveles de atención pública.
- Facilitar que **los programas de salud comunitarios (locales)** registren de forma específica las violencias reproductivas en función de sus tipologías, y específicamente aquellas afectan a la población más vulnerable:
 - AEF
 - Aborto selectivo como práctica de selección del sexo
 - Prácticas nocivas: pruebas de virginidad, himenoplastia, MGF, etc.
 - Gestación subrogada
- Involucrar a los **proveedores privados de servicios sanitarios** en la producción y recogida de información sobre VR.

¹⁸⁴ Incluyendo a las personas transexuales víctimas de la VR.

La compilación ordenada y accesibilidad al público es un requisito de transparencia, pero también un instrumento para facilitar información para el diagnóstico de situación para aquellas EELL que no pueden producir estudios propios.

- **Se necesitaría una base de datos centralizada** que recoja y organice investigaciones, informes y estadísticas relacionadas con estas violencias.
- Dado el desarrollo institucional y consolidación de la web de la DGVG¹⁸⁵ que contiene un portal estadístico, sería de interés su inclusión en dicha plataforma, así como su enlace o vinculación con el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, Ministerio del Interior y el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad.
- El desarrollo de una plataforma Web global **respecto al ámbito municipal, desde la FEMP**, favorecería la explotación de datos estadísticos con un valor único para la detección de las violencias, la puesta en marcha de medidas de acción y su evaluación.

Finalmente, una estrategia complementaria a tener en cuenta es la **evaluación de las intervenciones existentes**, actuales y futuras.

- Además de actualizar datos sobre la población usuaria o destinataria, los datos permitirán adaptar y mejorar las estrategias de prevención y apoyo a las víctimas con el objetivo de crear entornos más seguros en el futuro.
- En esta línea, se ha señalado la importancia de emplear el **potencial del servicio ATENPRO** para la producción de información local; para lo cual requiere mejorar su sistema de recopilación y explotación de datos.

14.2. Herramientas de *big data*

La producción de conocimiento es indisociable de las estrategias de **prevención e intervención** temprana de estos fenómenos. El uso de internet y *big data* se emplea también en este campo como dicho objetivo.

En primer lugar, se destaca la importancia de **monitorear las redes sociales y plataformas digitales**.

¹⁸⁵ Web de la DGVG. Acceso

- Mediante el uso de técnicas de *big data*, es posible analizar estas interacciones para identificar actitudes, opiniones y tendencias relacionadas con la violencia contra las mujeres (Xue et al., 2019).
- El análisis basado en mensajes recopilados de plataformas como Twitter, Facebook, Instagram y periódicos web ofrece una perspectiva para comprender las percepciones y estereotipos relacionados a estas formas de violencia.
- La recopilación de datos puede ayudar a detectar problemas emergentes, permitiendo la personalización de campañas de sensibilización (Capobianchi, Muratore & Villante, 2023).

En segundo lugar, se propone explorar el desarrollo de **modelos predictivos como herramienta para la prevención e intervención**.

- Utilizando algoritmos de aprendizaje automático basados en datos históricos, se pueden identificar áreas geográficas o grupos de población con mayor riesgo de sufrir violencias reproductivas o crímenes de honor. Un ejemplo de uso real es el expuesto por González-Prieto et al. en el artículo "Machine learning for risk assessment in gender-based crime", donde se desarrolla un modelo de aprendizaje automático para la prevención de la violencia utilizando un conjunto de datos de más de 40.000 personas que fueron víctimas de delitos de género en Estados Unidos. Con una precisión del 80%, el modelo pudo predecir el riesgo de victimización al tomar en cuenta diversos factores, como la edad, la raza/etnia, el estado socioeconómico, el historial de violencia, el abuso de sustancias, la salud mental y el entorno social de la víctima. Esta herramienta sirvió para identificar a mujeres con mayor riesgo de ser víctimas de delitos de género y brindarles intervenciones, como asesoramiento, orientación y apoyo financiero.

En tercer lugar, se considera de especial relevancia la creación de una **Plataforma de Recopilación de Datos en línea**, tal y como prevé la FEMP en relación a ATENPRO, como una herramienta holística de atención a la VCM en todas sus formas.

- Esta plataforma permitiría recopilar y centralizar información sobre casos documentados, perfiles de las partes involucradas y aspectos legales y éticos. La recopilación permitiría realizar un análisis detallado y basado en evidencias, fundamentando así la toma de decisiones informadas.

- Ejemplo de ello es la *National Network to End Domestic Violence* (NNEDV) de EEUU, que trabaja para prevenir la violencia doméstica, ayudar a las víctimas y ofrecer información. NNEDV cuenta con un portal web que ofrece información sobre la violencia doméstica, así como recursos para las víctimas. Se trata de una plataforma cuyo objetivo es ofrecer información específica, ofreciendo diferentes recursos que van desde la prevención hasta la recopilación de datos.

Como herramienta de diagnóstico se sugiere también el establecimiento de **Plataformas de consulta y denuncia Anónima en línea.**

- Estas plataformas brindarían a las personas la posibilidad de denunciar de manera confidencial casos o sospechas de VR y CNH (u otra VCM). Al utilizar técnicas de *big data* para analizar los datos recopilados, se podrían generar estadísticas sobre la incidencia de estos crímenes, lo que permitiría el diseño de políticas preventivas más efectivas.
- Plataformas como RAINN (Rape, Abuse & Incest National Network) o National Domestic Violence Hotline ambas de Estados Unidos, son además de un canal para la denuncia, una fuente de información que ofrece al detalle estadísticas sobre el perfil de las víctimas, los perpetradores de violencia sexual y las personas ayudadas por estas plataformas.

El uso del *big data* en la **sensibilización** sobre violencias reproductivas y crímenes de honor puede enriquecer de manera significativa las estrategias destinadas a abordar estas problemáticas.

- Una de las medidas fundamentales es la creación de **campañas de concientización dirigidas y adaptadas a diferentes grupos de población y contextos.** Al aprovechar los datos recopilados a través del *big data*, se puede obtener una comprensión más precisa de las necesidades y experiencias de las personas afectadas. Estas campañas pueden utilizar diversos medios, incluidas las redes sociales, para llegar a un público más amplio y generar un mayor impacto.
- En este contexto, siguiendo las recomendaciones de trabajos como "Profundización en el uso de técnicas asociadas a Big Data en el ámbito de la lucha contra las violencias hacia las mujeres" (2020) se sugiere la importancia de **mejorar la presencia**

institucional en plataformas como Twitter, Instagram o Youtube, para aprovechar el alcance y la participación de la audiencia.

- El **uso de lemas de sensibilización** en las comunicaciones puede ser una estrategia para aumentar el alcance. Palabras y hashtags como **#NiUnaMenos**, **#ViolenciaDeGénero** y **#ViolenciaMachista** se han convertido en símbolos de la lucha contra la violencia de género, y utilizarlos en futuras campañas centradas en violencias reproductivas o crímenes de honor permitiría aprovechar la relevancia que ya tienen.
- El *big data* podría ser de gran ayuda para identificar la **población objetivo** de estas campañas y también para seleccionar **fechas señaladas** donde está difusión podría tener un mayor alcance, como por ejemplo el 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer y otras efemérides (véanse más adelante las recomendaciones en materia de sensibilización).

Otra estrategia para abordar estas violencias es crear **espacios en línea donde las personas puedan compartir sus experiencias, opiniones y propuestas**.

- Estos espacios digitales permitirían una mayor interacción entre la sociedad y los expertos, promoviendo la generación de soluciones más centradas en las necesidades reales de las personas afectadas. El informe de United Nations Women (2023) "Disasters, Crises and Violence Against Women", resalta la importancia de promover el acceso y uso de Internet, especialmente entre las mujeres, para brindar herramientas que permitan buscar ayuda y recursos para las víctimas de violencia de género, fortaleciendo así la protección y el apoyo a quienes lo necesitan.

15. Propuestas para la intervención

15.1. Reforzar el marco institucional de las “otras violencias”

Todas las violencias contra las mujeres son combatidas desde los marcos institucionales que promueven la igualdad entre mujeres y hombres, en cualquier ámbito de la sociedad. Por lo tanto, reforzar las leyes y políticas basadas en un compromiso con los derechos humanos y la igualdad de género favorecerá eliminar las causas por las cuales se producen la VCM, en cualquiera de sus expresiones.

En relación a un *marco institucional ideal*, los resultados de las encuestas y entrevistas señalan una serie de propuestas para mejorar la situación actual que están alineadas con las recomendaciones de las organizaciones internacionales y que se dirigen a dar visibilidad y especificidad dentro de las características del Convenio de Estambul.

Se trata de las siguientes consideraciones:

- Avanzar a un marco de *violencia basada en “el honor”* sería más extensivo que la denominación CNH.
- Procurar la considerar conjunta de la violencia reproductiva en todas sus tipologías, no solamente GS y AEAf.
- Garantizar que los marcos de **protección a la infancia y adolescencia** recogen apropiadamente la VR y los CNH, no solamente desde la perspectiva de la seguridad de las niñas y jóvenes, sino también desde el enfoque de la atención especializada.
- Que los **marcos normativos** que protegen los derechos de las mujeres (incluyendo el marco penal) en materia de VCM y en materia de salud incorporen la VR y los CNH de forma explícita y aludiendo a sus diferentes tipologías y que se incorpore en el marco de Derecho español las mejoras necesarias para considerar todos los agravantes y manifestaciones implicadas en la violencia en nombre del honor o CNH. Las entidades locales pueden trasladar esto mismo a sus **ordenanzas de género**.
- Considerando para ello la participación de los colectivos afectados por estas violencias para que aporten su expertise: comunidades con prevalencia de CNH, entidades del ámbito de la discapacidad o específicas de mujeres con discapacidad, así como la de

otros colectivos especialmente vulnerables a la VR, incluyendo a las personas transexuales y el colectivo LGTBQ+ en general.

- Que en la implementación y evaluación del **PEIEMH** y la actual **EEVM** 2022-2025 y el **PECVG** se incorporen medidas concretas sobre la VR (en concreto respecto a la GS y la AEAF) y la VNH.
- también se incorpore la **transversalización de la perspectiva de la discapacidad** y la **interseccionalidad** en general, porque ello contribuye a visibilizar las violencias menos conocidas.
- Que la evaluación de la actual de la **ENSSR** y la futura Estrategia incluyan medidas concretas para la prevención, atención y reparación de la VR; destinando actuaciones específicas para mujeres con discapacidad y otros colectivos de en situación de especial vulnerabilidad. Prestando así mismo especial cuidado a aquella intersección entre CNH y su expresión reproductiva.
- Que las políticas públicas de **atención a discapacidad** incorporen la perspectiva de género, contemplando medidas específicas para la prevención, atención y reparación de la VR y también respecto a las expresiones de CNH que pudiesen afectar a las mujeres con discapacidad en mayor medida.

En el caso particular de la **GS**, las expertas consideran que se debería incidir en el **reconocimiento internacional como una forma de explotación reproductiva** -que permita equiparar su tratamiento al que reciben otras manifestaciones de VR- y en la consideración de recurrir a esta práctica para tener bebés como **tráfico de seres humanos**.

Al tratarse de una violencia que puede constituir un delito internacional y es un atentado contra los derechos humanos, organizaciones y personas expertas instan la creación de un **convenio internacional** que prohíba, persiga y sancione transnacionalmente la práctica. Existen algunas propuestas al respecto, de las que destaca:

- La Convención Internacional Feminista para la Abolición de la Gestación por Sustitución¹⁸⁶ elaborada por CIAMS (2020).

¹⁸⁶ Convención Internacional Feminista para la Abolición de la Gestación por Sustitución. Acceso

- La **Declaración para la abolición mundial de la maternidad subrogada o Declaración de Casablanca**¹⁸⁷ (2023). Anexa una propuesta de Convenio Internacional y varias recomendaciones los Estados:
 - Prohibir la gestación subrogada en su territorio.
 - Negar todo valor jurídico a los contratos y al reconocimiento de la filiación.
 - Sancionar a las personas físicas y jurídicas que actúen como intermediarias.
 - Perseguir judicialmente a las personas que recurran la maternidad. subrogada en su territorio y a los/as nacionales que recurran a ella fuera de su territorio.
 - Actuar a favor de la aplicación de un instrumento jurídico de prohibición global.

En cuanto a la **violencia basada en el "honor"** o crímenes en nombre del "honor", se requiere diseñar itinerarios adaptados de atención, accesibles desde la perspectiva cultural, y con cualificación en experta por parte de profesionales. La atención generalista desde la VG no se adapta a las necesidades de las víctimas y no cuenta con los RRHH necesarios; junto con ello, la protección de las víctimas es deficitaria y poco específica para sus riesgos. Es necesario estudiar las potencialidades del modelo sueco y del modelo británico para España.

Las recomendaciones anteriores aluden fundamentalmente al marco estatal, pero en el caso de **otros niveles de la administración pública**, son igualmente transferibles respecto a sus instrumentos normativos particulares.

De esta forma, **en el ámbito local** haríamos referencia a los planes institucionales y a las ordenanzas municipales en relación a la igualdad y la violencia contra las mujeres y en materia de salud en general y SSR en particular, así como a la atención a la discapacidad.

Por ello, puede transferirse a los planes locales de igualdad y de lucha contra la violencia machista, los planes de salud comunitaria, atención a la sexualidad y a los DSR, y a otros instrumentos locales relativos a colectivos de mujeres altamente vulnerables a la VR y a las prácticas relacionadas con los denominados crímenes en nombre "del honor" (como los planes de inclusión social, protección internacional, cooperación para el desarrollo y planes de infancia, adolescencia y juventud).

¹⁸⁷ Declaración para la abolición mundial de la maternidad subrogada o Declaración de Casablanca. Acceso

15.2. Atención integral y coordinada

15.2.1. Derechos e integralidad de la atención

La encuesta a entidades locales, dado la falta de experiencia de las mismas en la atención a la VR y la VNH ha aportado muy poca información sobre las necesidades de las víctimas y las de sus hijos e hijas.

No obstante, tanto las organizaciones expertas, como desde los distintos servicios de atención local se considera que todas las mujeres víctimas de la violencia machista tienen necesidades similares, en tanto en cuanto sus derechos fundamentales son vulnerados, y por lo tanto, estiman que las necesidades de las víctimas -de cualquier violencia machista- deben ser atendidas siempre en relación a **la noción de integralidad y universalidad**, es decir: **atendiendo a todos los derechos que las corresponden y a su total reparación**.

De acuerdo con la consulta realizada -tanto a EELL, como a organizaciones y personas expertas-, **la noción de integralidad** alude a la **centralidad de los derechos** de las víctimas (sus hijos e hijas).

Esta cuestión se corresponde con el modelo de atención de las víctimas de la VG promovido por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que fue reforzado gracias al PECVG y a la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual; que a su vez se basaron a su vez en el **Convenio de Estambul**. El Convenio de Estambul incide en poner "los derechos de la víctima en el centro de todas las medidas" (art.7.2.).

De este modo, los resultados del trabajo de campo aluden a considerar todas las **necesidades de atención y de reparación integral** que se esperan en la atención a las víctimas de la VG:

- de información y orientación;
- de seguridad, protección, y garantía de no repetición;
- de salud sexual y reproductiva;
- de salud mental;
- de salud física;
- de atención social, vivienda, educación, atención a la infancia o personas dependientes;

En el caso de la vivienda, es importante tener en cuenta que muchas mujeres con discapacidad requieren de viviendas adaptadas y en muchos casos de la presencia de asistentes personales para el desarrollo cotidiano de actividades. Por este motivo, es necesario asegurar la existencia de diferentes recursos como son la vivienda tutelada supervisada o la vida autónoma con asistencia personal. Las mujeres víctimas de VR con discapacidad tienen el derecho de salir del entorno familiar agresor con los apoyos adecuados.

- El límite de la edad de los hijos o hijas que pueden convivir con sus madres en algunos recursos habitacionales (hasta los 18 años) es una barrera para algunas mujeres que necesitan protegerles a pesar de ser mayores de edad.
- de encuentro entre iguales, mediante la intervención grupal con las mujeres para su empoderamiento personal y social
- de inclusión y participación social;
- de autonomía económica (en referencial empleo, formación para el empleo y/o acceso a ayudas monetarias o de otro tipo);
- necesidades de apoyo a sus familiares o personas cercanas.
- y necesidades que aluden a otras dimensiones de la reparación integral en términos de restitución, indemnización, rehabilitación o satisfacción;

Los **modelos de atención integral** serían los responsables de dar respuesta a las necesidades de las víctimas de la VCM.

Estos modelos se suelen articular bien en servicios integrales bien en recursos de derivación (coordinados); y suelen abarcar: información; atención inicial y orientación a víctimas; atención inicial y orientación a familiares; atención jurídica; acompañamiento judicial; atención de emergencia a víctimas; seguridad-protección; atención social y a la autonomía económica; atención residencial (vivienda); atención educativa/formación; atención sanitaria; atención psicológica; atención a hijas/hijos de víctimas; tratamiento y reparación a hijos/as víctimas; vínculos o red social; y otros. Lo ideal es **que fuesen extensibles** para las mujeres víctimas de la VR y los CNH **teniendo en cuenta sus necesidades específicas** (ver puntos 5.3., 8.3. y 11.1.2).

Para dar trabajo sobre las necesidades de las víctimas se ha señalado -reiteradamente- que se debe disponer de un **plan individualizado** de atención para cada mujer, que tenga en cuenta la interseccionalidad con otras desigualdades y preste una respuesta transversal y coordinada. Las recomendaciones y propuestas al respecto se encuentran en la segunda parte de este Informe, pero también se ha aludido a ellas en la descripción de las necesidades de las afectadas.

El apoyo especializado debe ofrecer a las víctimas un **apoyo personalizado** teniendo en cuenta sus necesidades específicas e **independientemente de cualquier denuncia** policial¹⁸⁸.

- Las y los especialistas han hecho hincapié en que las necesidades de las víctimas **variarán según de la situación personal y vital** de cada una de ellas, por lo que deben responderse bajo la lógica de la **atención individualizada**.
- Las necesidades **se modifican o se transforman** dependiendo del momento temporal. Es decir, si se enfrenta un contexto de crisis o emergencia, se hace frente a la salida del contexto de violencia, se toma conciencia de un hecho pasado o se trata de un proceso de recuperación a largo plazo. Las necesidades de las víctimas y las de sus hijos e hijas, **evolucionan con el tiempo**.

Finalmente, señalar que apenas se ha hecho alusión a las necesidades específicas de **las hijas e hijos** de las mujeres víctimas, quienes también pueden ser sujetos de esta violencia machista a través de prácticas de violencia vicaria. Se alude por tanto a necesidades de recursos especializados para las y los menores en materia de salud mental y apoyo educativo.

15.2.2. Accesibilidad universal

El segundo elemento que ha sido señalado con unanimidad en el trabajo de campo, en línea con la literatura y el marco institucional, es la accesibilidad universal a los recursos de atención.

Los resultados de la investigación indican que se ha de considerar lo siguiente:

- La accesibilidad **es una necesidad de todas las personas**, con o sin discapacidad; pero para éstas últimas resulta imprescindible.

¹⁸⁸ Tal y como indica la Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (acceso) Estrasburgo, 8.3.2022 COM (2022) 105 final 2022/0066(COD).

Es un requisito para poder comprender la información que se proporciona y garantizar la libre toma de decisiones y consentimiento a los procedimientos por parte de -todas- las mujeres VVCM.

- Presupone el *diseño universal o para todas las personas*, pero también requiere disponer de formas adecuadas de **asistencia y apoyo** individualizadas, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo.
- Respecto a la **figura de facilitación**, se trataría de un recurso básico en calidad de facilitadoras de la accesibilidad física, sensorial o de comprensión cognitiva como en términos de mediación e interpretación cultural, según sea el perfil de la víctima. Es neutral y no habla en nombre de la persona apoyada ni en nombre del recurso de atención; no influye en las decisiones o resultados de la toma de decisiones.
- Garantizar la accesibilidad para las mujeres con discapacidad es una **obligación de los poderes públicos** de acuerdo con la CDPD de las NNUU (2006) ratificada por España en 2007¹⁸⁹. Además, **está regulada por**:
 - la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre;
 - la Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación;
 - el Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público¹⁹⁰;
 - el Real Decreto 674/2023, de 18 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de las condiciones de utilización de la lengua de signos española y de los

¹⁸⁹ Véase el Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE núm. 96, de 21 de abril de 2008.

¹⁹⁰ Que se verá necesariamente complementado por la norma de transposición de la Directiva (UE) 2019/882 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de abril de 2019, sobre los requisitos de accesibilidad de los productos y servicios (DOUE núm. 151, de 7 de junio de 2019).

medios de apoyo a la comunicación oral para las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.

- De acuerdo con este marco normativo, **la transversalidad sobre la discapacidad debe ser un principio de toda política pública.**
- También resulta indispensable para garantizar los derechos de algunas mujeres de origen o descendencia migrante, sobre todo cuando el castellano¹⁹¹ no es su lengua materna.

La accesibilidad requiere trabajar con el enfoque de **la interseccionalidad** y la prevención de la discriminación. No olvidemos que esta forma de VR está presente en mucha mayor medida en las vidas de las mujeres con discapacidad, con enfermedad mental, procedentes de algunas diásporas o descendientes de las mismas y en la de las mujeres gitanas. Lo mismo ocurre respecto a las características de las mujeres VVBH. De esta forma, en el trabajo de campo se ha señalado con frecuencia a los principios del Convenio de Estambul que alude a que...

“las medidas para proteger los derechos de las **víctimas**, deberá asegurarse **sin discriminación alguna**, basada en particular en el sexo, el género, la raza, el color, la lengua, la religión, las opiniones políticas o cualquier otra opinión, el origen nacional o social, la pertenencia a una minoría nacional, la fortuna, el nacimiento, la orientación sexual, la identidad de género, la edad, el estado de salud, la discapacidad, el estado civil, el estatuto de emigrante o de refugiado, o cualquier otra situación” (art.4.3. Énfasis agregado).

15.3. Principios de atención/intervención con las víctimas

Tal y como señala el Convenio de Estambul, los principios de atención deben dirigirse a **garantizar los derechos fundamentales** de las víctimas, y por ello basarse en: la aplicación transversal de la perspectiva de género, la accesibilidad universal y la prevención de la discriminación.

De acuerdo con lo establecido en el *Catálogo de referencia de políticas y servicios en materia de violencia contra las mujeres conforme a los estándares internacionales de derechos humanos* aprobado por Conferencia Sectorial de Igualdad (2022) (en adelante, Catálogo), las

¹⁹¹ O la lengua que sea cooficial de la Comunidad Autónoma pertinente donde se vaya a realizar la atención. La Constitución española establece en el artículo 3 que el castellano es la lengua oficial del Estado y que las demás lenguas españolas son también oficiales en su respectivas Comunidades Autónomas: catalán en Cataluña e Illes Balears, valenciano en Comunitat Valenciana; euskera en País Vasco y zonas vascófonas de Navarra; y gallego en Galicia.

instituciones y organismos “actuarán desde el respeto y el apoyo a las decisiones de las víctimas, reforzando su autonomía y libertad de decisión, autoestima, protegiendo prioritariamente su seguridad y confidencialidad”.

De acuerdo con los informes GREVIO sobre la aplicación del Convenio de Estambul (2020; 2022), las intervenciones con las víctimas¹⁹² se fundamentarán en:

- La accesibilidad universal; los derechos y protección a las víctimas; la prevención de la victimización secundaria; la relación entre las víctimas, los autores de los delitos, los niños y niñas y su entorno social más amplio; el empoderamiento e independencia económica; y darán respuesta a las necesidades específicas de las personas vulnerables, incluidos los hijos e hijas.
- La oportunidad y adecuación de la información (art.19) en lenguas accesibles.
- La evolución temporal de la demanda, diferenciando a corto y a medio plazo (art.22) los servicios especializados.
- La cooperación multiagencia (art.9), en la que España debe mejorar incorporando a las organizaciones especializadas al desarrollo de políticas (art.19)

Así mismo, las Observaciones Comité CDPD vinculadas a los DSR y las recomendaciones sobre violencia reproductiva sobre mujeres jóvenes y con discapacidad de la UNFPA (2018), señalan que deben tenerse en cuenta las siguientes directrices para la **implementación de programas**:

- Identificación eficaz de las necesidades y derivaciones requeridas.
- Servicios accesibles, de calidad, basados en derechos.
- Valoración de la accesibilidad de los recursos (Identificación de obstáculos, física, sensorial, cognitiva y económica).
- Vinculación con los recursos de salud sexual y reproductiva y de salud, además de los de violencia.
- En cuanto a la prestación de los servicios, se debe incidir en:
 - Comprensión de la violencia contra las mujeres con enfoque de género.
 - Apoyos específicos para mujeres con discapacidad.
 - Apoyos específicos de mediación intercultural.

¹⁹² Véase GREVIO (2022). Mid-term Horizontal Review of GREVIO baseline evaluation reports. Documento en línea.

- Que se abarque: justicia y seguridad, servicios sociales de protección, rehabilitación y acompañamiento, salud psicológica, igualdad, e inclusión social, y DSR (Información, productos y servicios de anticoncepción; salud materna y neonatal; educación e información sexuales integrales; información, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH).
- Que se incluya a mujeres en entornos institucionales (como es el caso de muchas mujeres con discapacidad).

Además, a lo largo de la investigación **se ha incidido por parte de las personas informantes**, en hacer hincapié en los siguientes elementos (la mayoría ya recogidos en el Convenio de Estambul):

- Garantizar la **comprensión y la accesibilidad** en la comunicación.
- **Atención con pertinencia cultural** a las mujeres gitanas y otras procedencias étnico-raciales, y mujeres de origen extranjero; con independencia de su situación administrativa de extranjería; con especial vigilancia a las barreras idiomáticas.
- **Escuchar y acompañar** en el desahogo emocional de la mujer acerca de: su historia de violencia, sus malestares, sus emociones y sus duelos.
- Dar **credibilidad y esperanza** promoviendo la resiliencia en las víctimas.
- Poner en el centro la **autodeterminación**; huir de actitudes paternalistas, proteccionistas o de la infantilización. Fomentar el empoderamiento tanto individual como colectivo, ambos igual de importantes.
- Prevenir la revictimización o **victimización secundaria** por parte de las instituciones debido a la aplicación inadecuada de protocolos o procedimientos, actitudes inadecuadas o falta de capacitación.
- Prevenir las victimizaciones futuras de VR y otras violencias.
- **Participación e inclusión social**, un principio de actuación clave es de facilitar el desarrollo de redes emocionales de apoyo y asistencia
- **Mejorar la evaluación del riesgo y adaptar las medidas de protección.**

15.4. Indicadores para facilitar la detección

Es necesario **desarrollar indicadores especializados** que ayuden a la detección de las violencias menos conocidas. En función de la producción de conocimiento experto y la elaboración de estudios, los indicadores mejorarán.

En relación a la anticoncepción forzada, la esterilización forzada y el aborto forzado, además de actuar mediante la escucha activa para identificar en los relatos de las mujeres estas experiencias como una forma de violencia contra las mujeres; se han señalado algunos elementos de interés para la detección.

De esta forma, a lo largo del estudio se han identificado -de forma exploratoria- los siguientes **indicadores AEAF** a considerar:

- Ser mujer con discapacidad intelectual o del desarrollo.
- Ser mujer con parálisis cerebral.
- Tener pluridiscapacidad (ej. sordoceguera).
- Ser adolescente o mujer joven con discapacidad.
- Ser mujer con trastorno mental grave.
- Vivir institucionalizada.
- Tener un alto grado de dependencia y con grandes necesidades de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria.
- Usaria de comunicación aumentativa y alternativa o de otro tipo.
- Estar sujeta a medidas de apoyo según la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. (antes conocido como incapacitación judicial)
- Vivir con la familia sin autonomía, inactividad laboral, sin amistades o fuera de redes asociativas o de apoyo.
- Tener embarazos que no llegan a término y proceder de diásporas originarias de países donde se realiza el aborto selectivo.
- Ser mujer gitana con dos o más hijos.
- Ser un hombre transexual al que se ha realizado una cirugía para la reasignación de género.
- Ser víctima de violencia sexual; violencia de género o explotación sexual o laboral.
- Mujer en riesgo o situación de exclusión social.

- Síntomas a considerar: mostrar muy baja autoestima y auto concepto; depresión; conductas disruptivas; cambios en la psicofarmacología; trastornos alimentarios; cambios corporales bruscos.
- Menopausia anticipada o precoz.
- Ausencia de menstruación.
- Ingresos hospitalarios o intervenciones quirúrgicas inespecíficas.

Véanse también los ejemplos proporcionados en el análisis de las experiencias de atención a la AEAF (punto 6.3.2.1.). Asimismo, considerar las consecuencias de la AEAF y la GS como indicadores de alerta (ver punto 4.5. y punto 8.2.2, respectivamente).

En el caso de la GS, las entidades y personas expertas exponen que las características de las experiencias a las que han podido ser sometidas las mujeres gestantes serían similares a las de las víctimas de trata o explotación sexual. En este sentido, señalan algunos [indicadores GS](#) a los que cabría prestar atención:

- Ser mujer migrante y joven (<35 años) con hijos/as
- Ser mujer con bajo nivel socioeconómico -nivel de estudios bajo y desempleada o en economía sumergida-
- Ser mujer con problemas psicológicos tales como la alienación o despersonalización
- Ser mujer con un expediente médico específico: embarazos previos, procesos de hormonación, determinadas pruebas...
- Haber tenido un embarazo que no ha tenido un seguimiento médico adecuado
- Ocultación del embarazo

Junto con lo anterior, la detección se podría facilitar mediante:

- Espacios específicos de escucha/ grupos de mujeres basados en un clima seguro y de confianza
- Espacios de formación específica sobre: sexualidad, afectividad, maternidad, SSR, DSR, VR, VCM; que dan pie a identificar por parte de las profesionales situaciones de abuso y de riesgo. De ahí la necesidad e importancia de que existan estos espacios, como espacios de detección de VR.

- Incluir pictogramas relacionados con estas VR y otras, en los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación en el caso de mujeres que se comunican mediante estos sistemas o los utilizan como apoyo a la comunicación.
- Espacios de intervención psicosocial con las familias de mujeres con discapacidad.

En cualquier caso, debería activarse los protocolos disponibles ante: el relato directo de las mujeres, la expresión de sospecha de otros profesionales, la preocupación directa de personas del entorno o testigos (amistades, personal voluntario, entorno laboral, etc.), y la presencia de informes médicos.

Es necesario mejorar los indicadores de detección de los denominados como **crímenes en nombre del "honor"**. Cada tipología varía en algo, en general, según la información recopilada:

- Cierta aislamiento social y falta de redes socioafectivas fuera de la familia.
- La vida de la víctima -en su cotidianidad- tiene varios rasgos de control comunitario y familiar que le impide desarrollar una vida social, educativa o profesional con normalidad.
- La violencia incrementa la escala de sus expresiones (por ejemplo, de la restricción del movimiento, a la violencia verbal, el aislamiento, etc.).
- Se producen amenazas sobre el traslado con otros familiares (o a un tercer país o al país originario).
- Amenazas de muerte.
- Viajes inminentes o vacaciones.

15.5. Garantizar el acceso a recursos/servicios

Tal y como se ha señalado en el capítulo 4, destinado a las Necesidades de las mujeres víctimas de AEAF, los recursos destinados a las víctimas **-de cualquier violencia-** deben distinguirse por **la integralidad y la universalidad** (punto 4.4.1.). En dicho punto se explica en qué consiste la accesibilidad universal, que debe caracterizar a todo recurso público.

Además, tal y como se recoge en el artículo 18.4 del Convenio de Estambul, el acceso a los recursos y la prestación de servicios **no dependerá de la voluntad de las víctimas de emprender acciones legales**, ni de declarar contra el autor o autores del delito.

Partiendo de ambas consideraciones, las **recomendaciones para facilitar el acceso a los recursos o servicios** a las víctimas de la VR, apuntarían a las siguientes cuestiones:

- Garantizar **la accesibilidad y la individualización** de los apoyos a la comunicación específicos para las mujeres (según su tipo de discapacidad y sus necesidades de apoyo o su procedencia). Por ejemplo, vía e-mail, vía video llamada o video llamada con chat incluido, así como las oficinas de atención virtuales. Pueden ser claves para mujeres que viven en entornos rurales o tienen problemas de movilidad o enfrentan situaciones de aislamiento social. También en el caso de las mujeres migrantes que presenten barreras idiomáticas.
- Campañas de difusión sobre los recursos existentes para las víctimas en **redes sociales y en medios de comunicación**; preferiblemente contado con la participación de las mujeres que representan los principales colectivos de afectadas.
- Potenciar la difusión en **redes asociativa de mujeres y de colectivos de mujeres** de especial vulnerabilidad o de apoyo a los mismos.
- **Potenciar la visibilidad** de la información en recursos de salud y emergencia, farmacias y centros privados de atención sanitaria, educativos y de ocio y tiempo libre.
- Realizar acciones de sensibilización tanto con **operadores jurídicos, de protección internacional, entornos educativos y sanitarios**, sobre los recursos existentes para potenciar la detección y derivación.

15.6. Facilitar la acreditación de las víctimas

Para el reconocimiento de las víctimas y su acreditación, debería de asimilarse a un modelo similar al de las víctimas de la violencia de género y otras tipologías; por ejemplo, mediante un informe especializado de los servicios de igualdad, o servicios sociales junto con las referencias pertinentes a los informes sanitarios; además de la denuncia policial (si es que existe).

En cualquier caso, se ha señalado que deben considerarse los siguientes aspectos:

- La denuncia no debería ser nunca un requisito imprescindible para el reconocimiento de estas víctimas.
- El sistema judicial no prevé medidas cautelares para las víctimas de estas VR, por lo que este elemento, tampoco se pueden tener en cuenta para su acreditación.

- Además del testimonio de la propia víctima ante servicios especializados, se podrían aportar un Informe ginecológico, donde figure que a la mujer se le ha practicado esterilización o anticoncepción forzada y las consecuencias físicas y psicológicas que han tenido en la mujer. Junto con un informe psicológico y/o psiquiátrico complementario que evidencie el trauma derivado de esta VR.
- Sería de interés valorar el tener acceso al historial clínico de las víctimas de esterilizaciones, para que se revise el procedimiento por AEF y se revise cómo se llevó a cabo el consentimiento informado de la mujer y si hay garantías de que se respetó su decisión o se detectan errores de procedimiento o consentimiento viciado. Sería necesario implicar al Ministerio Fiscal.
- Podría estudiarse la posibilidad de que las instituciones o familias que se arrepientan de haber esterilizado a sus hijas, conscientes y motivadas de que es necesario atender su recuperación y reparación, puedan testificar (por ejemplo, mediante declaración jurada ante notaría o de otro modo) para facilitar la acreditación.
- Es necesario diseñar modelos -y testarlos- para tratar de unificar los futuros informes de los servicios sociales municipales o servicios de igualdad, para acreditar la condición de víctima de VR y víctima de CNH.
- Despenalizar a las mujeres que actúan como madres gestantes y facilitar su identificación como víctimas de VR. Puesto que han sido sometidas a explotación reproductiva, como ocurre con cualquier otra violencia, debe garantizarse para ellas la justicia y reparación, siendo especialmente importante en este caso que se les trate como víctimas y no se les equipare legislativamente con quienes cometen en delito¹⁹³.
- Considerar los expedientes de solicitud de protección internacional y los informes especializados asociados al caso como instrumentos de reconocimiento para las víctimas de CNH en dicha situación.

15.7. Potenciar la integralidad y la coordinación

Todas las personas informantes, así como los resultados de todas las encuestas, han señalado que se requiere del **diseño de instrumentos o protocolos especializados** en VR y CNH.

¹⁹³ En alusión al artículo 221.1. del CP.

La creación de dicho protocolo de prevención, atención, acompañamiento, recuperación y reparación para víctimas debe ser de forma participada con las asociaciones de mujeres que representan y atienden a los grupos más vulnerables a dicha violencia.

Del mismo modo, se ha señalado la importancia de **actualizar los protocolos existentes** que atiende a otras violencias específicas para asegurar una adecuada intervención sobre la dimensión reproductiva en otro tipo de abusos: VS, VG, trata con fines de explotación sexual, matrimonios forzados, matrimonio infantil, MGF, etc. (véase el punto 3.4). Y para la detección de CNH dentro de tales expresiones de violencia.

Junto con lo anterior, y desde una perspectiva de prevención de la VR, se valora necesaria la creación de otros dos instrumentos. Por un lado, un **protocolo institucional sobre anticoncepción respetuosa, consentida, accesible** para todas las mujeres. Y por otro, la actualización de los procedimientos de acceso a la IVE para **mejorar la detección de abortos forzados** y garantizar que la decisión es libre e informada sin interferencia de terceros, sin afectar a ningún derecho y prestación del aborto para las mujeres¹⁹⁴.

Respecto a estas herramientas se han realizado algunas propuestas:

- Se dirigiría a profesionales del **ámbito de la SSR**, pero también de la **atención primaria**.
- Debería prestarse especial atención a las **mujeres con discapacidad**, por la mayor prevalencia de la VR entre ellas y poner en el centro de las actuaciones el consentimiento informado y acompañado para evitar esterilizaciones no consentidas.
- Asimismo, debería prestarse especial atención a las **mujeres migrantes en situación de vulnerabilidad económica** provenientes de países donde la GS es legal
- Concienciar sobre la **anticoncepción forzada** por ser más una forma de VR más sutil y menos percibida como tal y relacionada con el control de la menstruación.
- Para la prevención de **abortos selectivos**, se recuerda que todos los Estados tienen la obligación de poner en marcha medidas que prevean los infanticidios femeninos a través de la selección prenatal de sexo y garantizar que estas injusticias sean atendidas sin exponer a las mujeres al riesgo de muerte o de heridas graves si se les niega el acceso

¹⁹⁴ Tal y como señala la sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional del 9 de mayo de 2023 (ver epígrafe 3.2.).

a los servicios requeridos, tales como abortos seguros dentro de un marco legal u otros servicios de salud (OMS, 2011).

- Se propone seguir las recomendaciones de la Declaración interagencial de Naciones Unidas *Prevención de la selección de sexo con sesgo de género* (ACNUDH, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS, 2011), que entre otras cuestiones incide en:
- implicar compromisos sobre el **uso ético de las tecnologías** relevantes del diagnóstico prenatal a través de las asociaciones de profesionales de la salud.
- Por su parte, la OMS (2011), insiste en que no se trata de demonizar las tecnologías médicas (como la amniocentesis o la ultrasonografía), porque no son la raíz del problema. Su prohibición puede ser ineficaz e incluso perjudicial para la salud de las mujeres. Sólo, deben regularse para su buen uso por parte de profesionales con la cualificación adecuada.
- Dar a conocer los **derechos de las mujeres** y las niñas, fomentar y aplicar **medidas de acción positiva** para mejorar su situación.
- Apoyar la promoción y actividades de **sensibilización**, como campañas para generar conciencia social, que estimulen la discusión y el debate con el fin de fortalecer y ampliar los consensos en torno al concepto de igualdad de valor entre niñas y niños.

Además de los protocolos anteriores, algunas de las propuestas que se han recogido en el análisis de las entrevistas para favorecer la integralidad de la atención y la coordinación son:

- Se requiere involucrar a **empresas privadas** de prestadoras de servicios en materia de atención a las discapacidades y de servicios de salud sexual y reproductiva.
- Hay que reforzar los espacios de coordinación ya existentes para otras violencias en materia de salud incorporando nuevas áreas.
- Es necesario dar cabida a **nuevos perfiles profesionales** en las mesas y espacios de lucha contra la VCM.
- Las estrategias más facilitadoras del **empoderamiento individual** son aquellas que trabajan la autoestima, habilidades sociales e inquietudes personales junto con la conciencia feminista. Las mujeres son víctimas de violencia, por ser mujeres. En este sentido, el empoderamiento colectivo es una condición para que el individual sea sostenible y prevenga futuras victimizaciones.

- El **empoderamiento colectivo**, en grupos de mujeres, resulta muy positivo para las víctimas, no solamente como espacios terapéuticos, sino como espacios de encuentro, participación activa, autorrepresentación y liderazgo, al compartir con otras mujeres lo que le ha pasado y saber otras mujeres también han sufrido VR.
- Debe trabajarse en todos los protocolos por crear **redes sociales de apoyo** para las víctimas sostenibles y duraderas
- En el caso de las mujeres con discapacidad, y más en particular, MDID, es imprescindible salir del entorno privado, familiar y doméstico.
- Las redes sociales de apoyo requieren **planteamientos de medio a largo plazo**. Se construyen en base a la confianza mutua y el intercambio en actividades; actividades que tienen un coste y requieren un presupuesto. Son vínculos emocionales que no se pueden forzar y requieren mucho tiempo y de recursos profesionales de dinamización y cuidado de los espacios.

15.8. Contar con recursos humanos y materiales suficientes

15.8.1. Perfiles profesionales

Los equipos multidisciplinares son clave para la atención de las víctimas de violencias *poco conocidas*. Las recomendaciones al respecto apuntan a los siguientes **perfiles profesionales**:

- Profesionales de la **atención/intervención**: psicólogas¹⁹⁵, trabajadoras sociales, abogadas, educadoras sociales.
- Profesionales que aseguren la accesibilidad en la **comunicación y su comprensión** cognitiva: profesional facilitador, intérprete de lengua de signos, mediadora comunicativa, logopeda y mediadora o intérprete cultural (preferiblemente antropólogas).
- Ello incluye las figuras **profesionales de apoyo** para mujeres con discapacidad, asistentes personales¹⁹⁶, con formación en violencia de género. Por ejemplo; en caso

¹⁹⁵ Se ha señalado, en el caso de la atención a mujeres sordas, que sería preferible que la psicóloga fuese sorda.

¹⁹⁶ La asistencia personal se refiere al apoyo humano que se presta mediante relación laboral a una persona con discapacidad (usuaria) con el fin de que pueda desarrollar una vida independiente. Es la usuaria quien determina el modo y los momentos en los que se desarrollará el servicios.

de que una víctima con parálisis cerebral o una gran dependencia tenga que salir de su vivienda, precisa de asistencia personal.

- Las personas facilitadoras deben estar también presentes en el acceso a la justicia y para las adaptaciones necesarias durante el proceso policial y judicial y no solamente sociosanitario.
- Respecto a la VR, profesionales de la **atención primaria sanitaria y salud sexual y reproductiva**: matronas, sexólogas, ginecólogas, obstetras, enfermeras.

En cuanto a la consideración de si en la atención social integral las figuras profesionales deben ser **por mujeres u hombres** hay ambivalencias y diversidad de opiniones.

No obstante, se ha señalado unánimemente la importancia de disponer siempre de figuras femeninas, sobre todo en el los primeros pasos del proceso de acogida y las primeras fases de la intervención. Hay una constatación -al menos en VR- de que en general, las mujeres víctimas sienten más confianza y se vinculan mejor, si la profesional es una mujer.

Se considera imprescindible aumentar el presupuesto de los programas de VCM y dotar de recursos la atención a mujeres VR, sobre todo para dar estabilidad laboral al personal, ampliarlo y garantizar la continuidad a la atención.

15.8.2. Formación y capacitación continua

Respecto a la formación que deberían tener los y las profesionales es la que se propone a continuación:

- Formación en perspectiva de género interseccional.
- Marco institucional existe sobre VCM.
- Normativa nacional e internacional vigentes sobre los crímenes en nombre del honor.
- Normativa nacional e internacional sobre DSR y violencia reproductiva, incluida la gestación por sustitución.
- Nociones básicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos.

- Situación de los DSR de las mujeres, y en especial: de las mujeres con discapacidad, mujeres gitanas, mujeres procedentes de diásporas con prevalencia de prácticas nocivas, migrantes, refugiadas y mujeres jóvenes.
- Formación en discapacidad y violencia contra las mujeres con discapacidad
- Formación sobre explotación reproductiva: particularmente sobre cómo funciona la industria de la GS desde una perspectiva feminista y del enfoque de los Derechos Humanos
- Conocimientos sobre los aspectos jurídicos, bioéticos, de salud y sociales que implica la GS
- Trato adecuado y pautas de atención a mujeres y niñas con discapacidad, según tipología de discapacidad.
- Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación y su individualización.
- Perfil de las mujeres víctimas de VR, necesidades y consecuencias
- Perfil de las mujeres víctimas de crímenes de honor, necesidades y consecuencias
- Funcionamiento de los recursos especializados y oferta de atención.
- Principios criterios de intervención psicosocial, en salud y seguridad sobre VCM. Y en particular:
- Tratamiento del trauma y del duelo.
- Formación sobre resiliencia, entendida como la manera de poder reconstruir después de una situación no deseada y traumática.
- Prevención y sensibilización sobre nuevas victimizaciones.
- Posibles medidas de reparación.

15.8.3. Infraestructuras de atención

En cuanto a las infraestructuras que son necesarias para la intervención, éstas se han considerado desde las actuaciones de los servicios especializados en materia de igualdad y contra la CVM. Tanto en las encuestas como en las entrevistas se han señalado las siguientes recomendaciones:

- No es tan importante que haya unos “despachos” de atención; por lo general las EELL y las organizaciones disponen de infraestructuras limitadas y poco presupuesto para su adaptación. La importancia está en la **flexibilidad en la atención y movilidad**: es decir que el equipo de atención del recurso o servicio se acerque a las víctimas, y no al revés-
- **Espacios con un mínimo de requisitos**: íntimo y amigable para acoger a las mujeres víctimas, en un clima seguro y de confianza.
- Debe haber espacios adecuados para la atención a la infancia.
- Espacios virtuales y **aplicaciones (Apps) innovadoras**, que permitan mejorar la accesibilidad de los recursos y para la comunicación de las mujeres con discapacidad u otras necesidades comunicativas
- **Accesibilidad universal** a todos los recursos (físicos y virtuales: presenciales o no), servicios y programas especializados en atención a mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia.

15.9. Reparar a las víctimas

La reparación de las víctimas hace referencia a la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición¹⁹⁷. A este respecto, se han realizado una serie de recomendaciones que se recogen a continuación:

Respecto a la violencia reproductiva: AEF

- Se considera muy positiva la indemnización a las víctimas, como ha ocurrido en otros países, como es el caso de Suecia en los casos de esterilización a mujeres con discapacidad o la República Checa en el caso de las mujeres gitanas esterilizadas.
- A nivel institucional, desde el ámbito judicial y sanitario se ha considerado importante la **realización de circulares** que reconozcan estas VR masivas, que se han llevado a cabo sobre todo contra MDID. También el que se valore una acción más visible por parte de la **Fiscalía General del Estado** y sus áreas especializadas (violencia sobre la mujer, personas con discapacidad y mayores, delitos de odio y discriminación).
- Realizar actuaciones de **reparación simbólica**, como conmemoraciones y homenajes a las víctimas de la VR.

¹⁹⁷ Véase por ejemplo, (Sordo Ruz, 2021) donde se explican dichos términos de forma detenida.

- Dirigir medidas de **garantía de no repetición**, que acompañen el cambio legislativo con respecto a las esterilizaciones de mujeres con discapacidad. Por ejemplo, ajustando el procedimiento de consentimiento informado para que no haya posibilidad de viciarlo como puede estar ocurriendo (según los resultados del trabajo de campo), y destinar los recursos para que se garantice que se lleva a cabo de manera accesible y con los apoyos a la comunicación necesarios.
- Posibilidad de llevar a cabo **pequeños actos reparativos** en los planes intervención individualizados.
- Por ejemplo, el de una familia arrepentida de haber esterilizado a su hija con discapacidad en el pasado.
- Considerar la **responsabilidad civil de profesionales** con implicación; especialmente, del ámbito sanitario, que por la decisión de la familia y sin el debido consentimiento informado han practicado una esterilización, o un aborto coercitivo (en sus diferentes modalidades).
- Promover las disculpas públicas institucionales (por ejemplo, de colegios profesionales médicos o de trabajo social) que incluyan el reconocimiento de los hechos y la aceptación moral de responsabilidades de las actuaciones del pasado.
- Incidir en la dimensión de la rehabilitación de la víctima priorizando la atención a la **salud mental**.
- Trabajar a nivel psicológico el trauma, el duelo y el impacto de la VR en la salud psíquica y emocional.
- Facilitar el derecho a la indignación y el enfado. Muchas víctimas toman conciencia de la VR cuando ha pasado bastante tiempo. En el caso de las mujeres con discapacidad, las víctimas son conscientes de que en general han sido sus familias las que han ejercido esta VR, pero también profesionales de las propias entidades de la discapacidad a las que asisten como usuarias. En este sentido, se subraya la importancia de que puedan expresar su enfado y malestar como parte de su proceso de reparación.
- Rehabilitar el deseo y el derecho al placer; sobre todo en mujeres esterilizadas, que no cambia el hecho de que puedan vivir su sexualidad de una manera plena y satisfactoria.

Además de esto, en el caso particular de **la GS las recomendaciones** también señalan:

- Tratar psicológicamente el trauma y el duelo experimentado por la separación del bebé

- Trabajar sobre el sentimiento de culpa que presentan algunas víctimas por la entrega del bebé
- Establecer medidas internacionales que permitan, en caso de que las madres gestantes quieran recuperar a sus hijos, la restitución de las maternidades y las filiaciones de los bebés

Respecto a los denominados crímenes en nombre “del honor”

- Estudiar los fondos de compensación y recuperación que se proponen desde el modelo sueco, sustentados en parte de las penas impuestas a los agresores.
- Establecer un día nacional de conmemoración para las víctimas.
- Atender a las consecuencias en la SSR de las violencias.
- Facilitar el cambio de identidad para la protección de las víctimas, incluso el traslado a otro país seguro de la UE sin vínculos familiares de riesgo para las afectadas.

15.10. Potenciar el papel de las asociaciones y el movimiento feminista

En cuanto al papel de las asociaciones de mujeres, el movimiento feminista y otras organizaciones de la sociedad civil, las propuestas que se han planteado son bastante unánimes para el conjunto de las violencias estudiadas, tanto para la AEAF y la GS como VR, como para los CNH.

Las recomendaciones se dirigen fundamentalmente al **trabajo coordinado y conjunto** con las administraciones públicas y entre las propias organizaciones; se trata de las siguientes:

- Fortalecer la gobernanza participada de las políticas de lucha CVM.
- Facilitar la participación de las asociaciones y el movimiento feministas en los espacios institucionales ya existentes (o los que se van a crear), ej.: mesas locales de coordinación, grupos de trabajo, etc.
- Colaborar para la producción conocimiento y el registro e identificación de casos de violencia.
- Favorecer campañas conjuntas de sensibilización.
- Actuar conjuntamente para la difusión de los recursos disponibles.

- Colaboración con asociaciones específicas de mujeres que son víctimas de la VR y los CNH y sus redes asociativas de apoyo.
- Establecer sinergias, alianzas para aumentar la incidencia política en relación a las violencias machistas menos conocidas.
- Organizar foros, encuentros y jornadas de manera conjunta para sensibilizar a la sociedad.
- Favorecer la accesibilidad y la interseccionalidad en el diseño de sus actividades, programas, actividades o recursos.
- Incluir en sus discursos, campañas, manifiestos la visibilidad de la VR y los CHN y contar representación de mujeres víctimas en dichas acciones.
- Trabajar conjuntamente en visibilizar las violencias menos conocidas en efemérides, como, por ejemplo: 8 de Marzo Día Internacional de la Mujer Trabajadora; 25 de Noviembre Día Internacional por la Eliminación de la Violencia contra las mujeres; 14 de febrero Día Europeo de la Salud sexual; 4 de septiembre Día Mundial de la Salud Sexual; 3 de diciembre Día de los derechos de las personas con discapacidad; 8 de abril Día Internacional del Pueblo Gitano; 20 junio Día Mundial de los Refugiados, etc.

15.11. Prevenir y sensibilizar

Las propuestas se han dirigido hacia tres grupos público diferenciado, las mujeres víctimas, los agentes institucionales y otros actores de acción, y la sociedad local en general.

En todas ellas se ha subrayado la necesidad de poner en el centro de las actuaciones a las mujeres víctimas de estas violencias:

- Favorecer que en las acciones de sensibilización **las referentes y las protagonistas sean las propias mujeres**; que visibilicen sus derechos fundamentales y sus derechos reproductivos, contribuyendo a dar una imagen positiva de ellas, que permita romper los mitos existentes en el imaginario social.

Sobre la sensibilización y prevención de la VR **dirigida a las mujeres víctimas** se han señalado las siguientes consideraciones:

- Desarrollar **materiales informativos** específicos:

- Elaborar materiales con SAAC para diferentes sensibilidades culturales y discapacidades.
- Innovar en formatos digitales y de RRSS.
- Elaboración y difusión de guías, folletos, carteles sobre VR en diferentes formatos accesibles para todas las mujeres (lectura fácil, pictogramas, braille, video interpretación, idiomas múltiples...) dirigidos a facilitar información a las mujeres sobre la VR, qué es, cómo detectarla, dónde pedir ayuda, derechos, etc....
- Garantizar la accesibilidad universal de todas las campañas.
- Hacer **partícipes a las víctimas reales** durante las campañas, mostrando su diversidad para que otras mujeres puedan identificarse, ya que, si no están presentes en las acciones de prevención, difícilmente llegaran a la intervención.
- Promover **grupos de mujeres**, de formación y acompañamiento profesional, de para el conocimiento de sus derechos, la VCM, los DSR, la VR, las prácticas nocivas y los CHN.
- Desarrollar programas de formación de formadoras o grupos de **promotoras de derechos** de las mujeres, DSR o similares, **entre pares**.
- Fomentar la **educación sexual y afectivo sexual** desde la infancia y durante la etapa adulta.
- Trabajar con las familias de las mujeres con discapacidad víctimas de AEAF sobre sus DSR.
- Trabajar **con las comunidades y desde las comunidades** culturales de las víctimas donde perviven prácticas nocivas contra las mujeres, sobre DSR y específicamente sobre prácticas de control y opresión asociadas a la VBH.

Conviene tener presente, respecto al último punto, lo señalado por la CEDAW (2014) Recomendación general núm. 31 del Comité y Observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño "sobre las prácticas nocivas", respecto a **los retos de la sensibilización con y en las comunidades donde hay prevalencia de CNH:**

“ Un reto subyacente que se debe afrontar es la posible percepción de que las prácticas nocivas tienen efectos beneficiosos para la víctima y los miembros de su familia y comunidad. En consecuencia, cualquier enfoque que se centre únicamente en cambiar conductas individuales tiene considerables limitaciones. Antes bien, se necesita un enfoque colectivo o comunitario de base amplia y holístico. Las intervenciones respetuosas de las particularidades culturales y que

refuerzan los derechos humanos y permiten a las comunidades practicantes explorar y acordar colectivamente maneras alternativas de materializar sus valores y su honor o celebrar sus tradiciones sin causar daño ni vulnerar los derechos humanos de las mujeres y los niños pueden llevar a la eliminación sostenible y a gran escala de las prácticas nocivas y la adopción colectiva de nuevas normas sociales. Las manifestaciones públicas de un compromiso colectivo con las prácticas alternativas pueden fortalecer su sostenibilidad a largo plazo. A este respecto, resulta crucial la participación activa de los dirigentes comunitarios” (párrafo 59).

Respecto a **los agentes institucionales**, se han recogido estas recomendaciones:

- **Visibilizar la VR** como un tipo de VCM en todos los foros posibles, dando a conocer sus consecuencias e interrelación con otras violencias.
- Acciones dirigidas a **personal político y a agentes y profesionales**: del ámbito de la salud, SSR, estudiantes de disciplinas de la Ciencias de la Salud y de Ciencias Sociales, operadores jurídicos y FCSE, profesionales de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género.
- La modificación del artículo 156 del Código Penal por la que en 2020 entra en vigor la ilegalización de la esterilización con la aprobación de la Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida, es todavía reciente y desconocida, y no ha permeado en otros agentes más allá del movimiento de la discapacidad. Lo que indica la necesidad urgente de **difundir, formar y sensibilizar** a diferentes agentes para que no se quede en un mero cambio formal y trascienda a lo efectivo.
- Sensibilización a profesionales de los recursos, servicios y programas de **atención específica a personas con discapacidad**, que desconocen las consecuencias reales de estas VR y la vulneración de derechos que implica. En el pasado muchos/as de estos/as profesionales han podido ser *cómplices* por ignorancia, aconsejando a las familias este tipo de prácticas forzadas.
- Organizaciones y asociaciones: elaborar **posicionamientos internos** de sexualidad, Protocolos de intimidad y privacidad, así como protocolos de prevención de violencias dentro de las entidades y recursos de atención (sobre todo con personas con discapacidad y grupos que tengan que residir o permanecer en recursos institucionales).

- **Elaboración y difusión de materiales:** guías, folletos con recomendaciones, manuales de buenas prácticas, plataformas, aplicaciones, etc. así como dar a conocer instituciones, organizaciones y EELL de referencia en materia de atención a la VR y a los CNH.

Finalmente, [en relación a la sensibilización social](#), y en concreto la sociedad local, se proponen las siguientes actuaciones de sensibilización comunitaria:

- Potenciar la visibilidad de las asociaciones locales de mujeres y del movimiento feminista, que alerta y conciencian sobre estas violencias.
- Aprovechar las efemérides y actos de conmemoración para dedicarlos periódicamente a la VR o incluir la VR y los CHN en las temáticas de concienciación; tanto en medios de comunicación como RRSS
- Trabajar con proveedores locales de servicios sanitarios y de cuidados para dar a conocer las tipologías de violencia reproductiva y los protocolos para su detección, denuncia e intervención; entre ellos las farmacias.
- Incluir en las mesas locales sobre VCM grupos de trabajo específicos sobre VR y CHN
- Sensibilizar a las comunidades con un trabajo de creación de liderazgos de cambio como prescriptores o figuras de respeto dentro de la comunidad para erradicar las prácticas nocivas, el control comunitario sobre las mujeres y los estereotipos de género basados en una noción de las mujeres como inferiores.

16. Recomendaciones en relación a ATENPRO

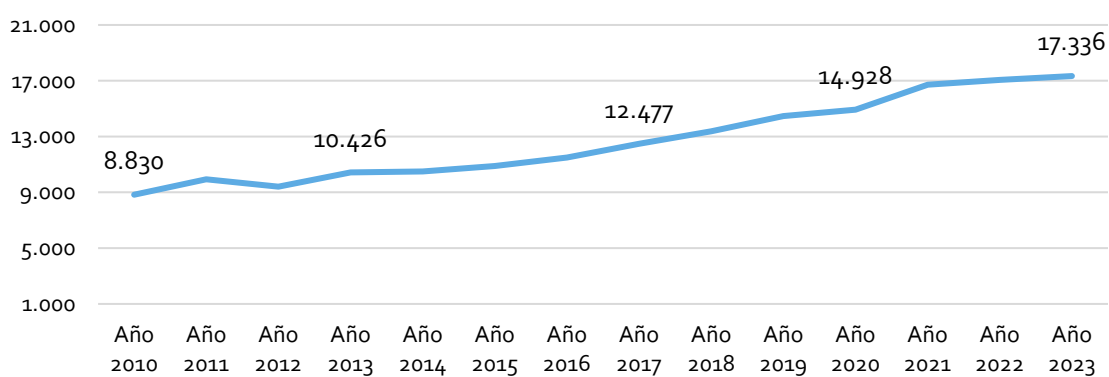
16.1. Introducción al servicio

La Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) es la asociación de entidades locales de ámbito estatal con mayor implantación¹⁹⁸. Entre sus fines y objetivos estatutarios se encuentra la sensibilización sobre la situación de las mujeres en el ámbito de la administración local. La FEMP es considerada “un instrumento de utilidad pública indubitada para completar la atención y protección de las víctimas de violencia contra la mujer”¹⁹⁹.

La FEMP es desde el año 2004 responsable de la gestión del Servicio Telefónico de Atención y Protección a las víctimas de la violencia de género (ATENPRO) que, con la actualización del protocolo de actuación a julio de 2023 ha pasado a denominarse como **Servicio telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia contra las mujeres** (ATENPRO). Su titularidad recae en el Ministerio de Igualdad (DGVG).

Con fecha de 31/05/2023 había un total de **17.336 usuarias activas** en el Servicio (DGVG, 2023). Desde su puesta en marcha, la demanda se ha incrementado sin parar. En el gráfico inferior puede verse la evolución del número de personas beneficiarias.

Gráfico 13. ATENPRO: evolución temporal del número de usuarias en activo (2010-2023)



Fuente: DGVG-FEMP (2023). Portal estadístico DGVG actualizado a 29/06/2023

¹⁹⁸ Alcanza a más del 95% de la población española en los más de 7.239 Municipios, 39 Diputaciones y 10 Consejos y Cabildos Insulares que agrupa (véase el Real Decreto 1042/2021, de 23 de noviembre).

¹⁹⁹ Tal y como reconoce el Real Decreto 1042/2021, de 23 de noviembre.

Junto con ATENPRO, la FEMP proporciona otros **servicios a las EELL para fortalecer la acción local contra la violencia machista**, entre dichas actuaciones destaca:

- Su participación en la implementación del PECVG;
- La elaboración de guías y materiales;
- La Plataforma de formación para EELL;
- Difusión de actividades, jornadas y otras actuaciones;
- Participación en redes internacionales de gobiernos locales:

ATENPRO es un **recurso clave dentro del proceso de recuperación integral** de las VVCM. De esta forma, sus **objetivos específicos** son:

- a) Proporcionar atención, seguridad y tranquilidad a las personas usuarias del servicio y, por extensión, a su círculo de personas allegadas, ofreciéndoles información y asesoramiento y, garantizándoles la comunicación interpersonal con profesionales especializados 24 horas, los 365 días del año.
- b) Potenciar la autoestima y la calidad de vida de las personas usuarias, contribuyendo a crear una red social de apoyo en su entorno habitual y animándolas a que mantengan, con plena seguridad, contacto con el entorno familiar y social no agresor.
- c) Garantizar una atención inmediata y adecuada ante situaciones de emergencia, proporcionando seguridad y movilizándolo los recursos oportunos.
- d) Realizar un seguimiento activo a través del contacto periódico con el Centro de Atención.

Sus características son las siguientes:

- El alta en el servicio **se tramita a través de los servicios sociales o servicios de igualdad** locales (que correspondan por lugar de residencia a la VVCM).
- El **Centro de Atención** es gestionado por una ONG, actualmente Cruz Roja Española.
- El Servicio proporciona seguridad y tranquilidad a las víctimas y les ofrece apoyo, información y asesoramiento mediante una **comunicación interpersonal** ante cualquier necesidad relacionada con su situación de violencia de género, las 24 horas del día los 365 días del año.

- El servicio no se limita a atender las demandas ocasionales de las usuarias, sino que también contempla **actuaciones programadas de carácter preventivo** dentro de un sistema individualizado de seguimiento
- Se basa en la utilización de **tecnologías de comunicación** telefónica móvil y de telelocalización y cuenta con Módulo de Teleasistencia a Personas Sordas (SoTA).
- El dispositivo que llevan las víctimas es similar a un teléfono móvil; tiene notificaciones: acústicas, luminosas, gráficas y vibración (personalizables). Puede activarse la alarma mediante un botón físico (botón lateral de fácil acceso). Dispone de botones adecuados en tamaño, contraste y combinación de colores, así como un diseño de menús adaptado, simplificado y personalizable.

En su contexto de aplicación y, sobre todo, tras la entrada en vigor del Convenio de Estambul, ATENPRO **requería ser actualizado**. Los fondos e impulso para ello se obtuvieron gracias al Real Decreto 1042/2021, de 23 de noviembre, por el que se regula la concesión directa de una subvención a la FEMP para la modernización y ampliación de los dispositivos de atención y protección a las víctimas de violencia machista en el marco del PRTR financiado por la Unión Europea-NextGenerationEU (modificado por el Real Decreto 194/2023, de 21 de marzo).

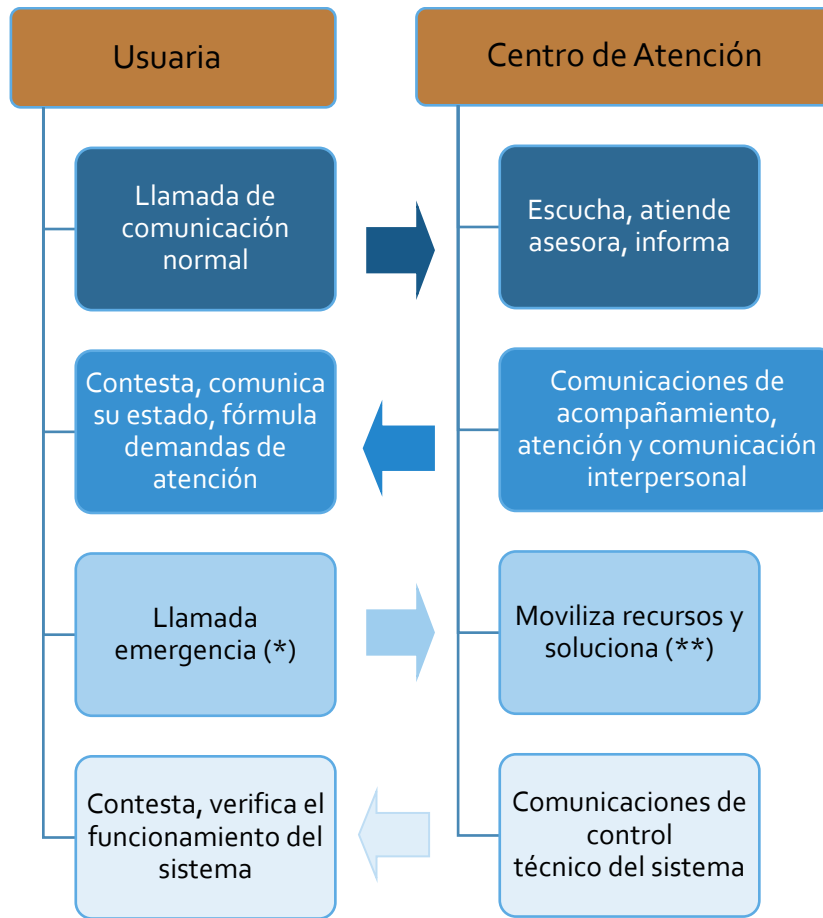
- En la *exposición de motivos* del Real Decreto 1042/2021 se señala, además del aumento progresivo de la demanda de acceso al servicio, la necesidad de avanzar en la modernización y digitalización y dar respuesta a todas las formas de VCM tal y como exige el Convenio de Estambul. Como ya hemos explicado en la Introducción de este Informe, esta es una de las razones por las que se origina esta misma investigación.
- Esta modernización forma parte del **Plan España te protege contra la violencia machista** que conforma la inversión 4 del Componente 22 del PRTR que prevé entre sus medidas: extender y hacer accesible los servicios de atención integral a todas las potenciales víctimas, así como minimizar la brecha digital que afecta al actual servicio.
- **La inversión comprende:** la mejora de los requisitos técnicos de los dispositivos telefónicos; ampliar su cobertura; reducir su tamaño y peso; aumentar el tiempo de duración de las baterías para dar más autonomía; e incluir nuevas funcionalidades que mejoren su accesibilidad a personas con discapacidad auditiva o del habla y con baja visión.

- Además, entre las **actuaciones previstas** se encuentran: botones de alarma externos al terminal accesibles a mujeres con movilidad reducida, alerta automática de inactividad en el terminal móvil, relojes inteligentes (smartwatch), un canal de comunicación con el Centro de control vía chat, una Web del Servicio, la creación de una aplicación informática que incorpore toda la información sobre las usuarias y EELL, y una valoración sobre el análisis *big data* del Servicio.

Como parte de este proceso, **se ha actualizado el Protocolo de actuación del Servicio** a julio de 2023, que cambia su referencia de “víctimas de la violencia de género” a “víctimas de la violencia contra las mujeres”.

- **El Protocolo** es el instrumento que contiene los procedimientos de funcionamiento de ATENPRO para todos los actores involucrados. Abarca:
- La descripción del Servicio y sus objetivos; los tipos de alta (ordinarias y extraordinarias); los requisitos de acceso; la relación en la gestión de los servicios sociales por un lado, y la entidad prestadora del Servicio, por otra; la duración del mismo; los procedimientos de baja; la información que se proporcionan las personas usuarias; la acción ante el cambio del municipio de las usuarias; la descripción de la operativa del Servicio; el seguimiento del caso por parte de los centros de servicios sociales; y las comunicaciones a las Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla
- Comprende varios anexos: sobre las normas de funcionamiento (I); los procedimientos para la tramitación de solicitudes de altas (II); los procedimientos para la valoración de la continuidad (III); el procedimiento de baja (IV); los modelos para las solicitudes, que comprenden diferentes fichas (V); y la solicitud de adhesión de las EELL a ATENPRO (VI).
- El **esquema de funcionamiento** básico, se resumen en la siguiente ilustración:

Ilustración 10. Esquema de funcionamiento de ATENPRO (julio 2023)



Fuente: Ministerio de Igualdad-FEMP (2023)

Nota: (*) Llamadas de emergencia: (1) atención psicosocial; (2) pre alarmas por la proximidad del agresor o porque existe una situación potencialmente peligrosa; (3) alarma por agresión

(**) Nivel 1: respuesta verbal; Nivel 2: Movilización de recursos según lo establecido con las EELL (asistencia sanitaria, centro de crisis, Policía Local, servicio de emergencia 112, Policía Nacional, Guardia Civil, Policías Autonómicas, u otros.); Nivel 3: traslado de la persona usuaria a un centro especializado.

16.2. Valoraciones y propuestas

A lo largo del trabajo de campo, a través de las encuestas, las consultas a expertas y el estudio de prácticas de atención, se ha valorado desde diferentes perspectivas las características principales de ATENPRO. A partir de la información aportada se formulan las siguientes propuestas, muchas de las cuales son sugeridas directamente por las EELL y organizaciones participantes en el estudio. Se trata de las siguientes:

16.2.1. Funcionamiento y operativa del Servicio

Los [requisitos de acceso al Servicio](#), requieren de cierta flexibilidad en tanto en cuanto las víctimas de la VR y de los CNH tienen -por el momento- dificultades para ser reconocidas como VVCM. Como ya se ha explicado a lo largo de la investigación, son violencias ante las que no se tiende a recurrir al sistema judicial y policial; por lo que las víctimas carecen en su gran mayoría de denuncia o de sentencia condenatoria para sus agresores. Al mismo tiempo, no existe en España la práctica de realizar informes que sirvan como acreditaciones administrativas para estas violencias, y por lo tanto no cuentan con títulos habilitantes.

En tanto en cuanto estas formas de violencia sean reconocidas en los servicios locales de atención a la VCM y los servicios sociales, esto facilitará las altas ordinarias (véanse las recomendaciones sobre el marco institucional realizadas en el capítulo anterior).

La posibilidad de que, con carácter excepcional, la DGVG pueda considerar determinadas altas como extraordinarias, puede favorecer el acceso de estas víctimas al Servicio.

En cuanto a los [requisitos de acceso](#) que se consideran actualmente en el Protocolo de Actuación, también existen dificultades; además de la falta de título habilitante existirían dos barreras. Por un lado, “no tener convivencia con el agresor”, en el caso de estas violencias no tiene por qué tratarse de una única persona sino, por ejemplo, de un entorno familiar o institucional (si se está en un recurso de cuidado) para las mujeres con discapacidad, o un entorno comunitario para las víctimas de CNH.

Tras haber sufrido la VR, las mujeres víctimas con discapacidad siguen viviendo con la familia, que fue la que ejerció dicha violencia. Las mujeres tienen escasas oportunidades de salir del entorno familiar, por diferentes razones: dependen económicamente y de sus cuidados, constituyen su red de apoyo principal y existe un vínculo afectivo. Aquellas que viven en entornos residenciales, dependen de los profesionales que fueron perpetradores. La gestión a alternativas accesibles de vivienda puede llevar mucho tiempo.

La GS no se trata de una forma de violencia en pareja, si no de una forma de explotación reproductiva ejercida por personas desconocidas o, en algunos casos, personas comunitarias.

Por otro lado, “participar en programas de atención y recuperación integral especializados” puede ser difícil para estas víctimas, porque en general no están implementados o, si existen, no son siempre accesibles para ellas por diversos motivos. No obstante, sí pueden estar tomando parte de otros servicios de lucha o atención a las víctimas de VCM más generalistas, o tratamientos de salud destinados a su recuperación.

No se han identificado barreras para acceder al servicio mediante altas extraordinarias.

En cuanto a las **normas del servicio**, puede que se requiera flexibilidad al respecto. Por ejemplo, una mujer con trastorno mental grave es posible que presente conductas disruptivas de algún tipo que la lleve al incumplimiento de las normas. En lo referente a la **verificación del funcionamiento** del terminal, ésta debe estar adaptada a las distintas discapacidades.

Las características de estas violencias impactan en diversos aspectos en **la gestión** por parte de los servicios sociales o de igualdad y en la entidad prestadora tal y como prevé el Protocolo de Actuación en su formato actual. Las propuestas se dirigen a los siguientes aspectos:

- Para empezar, será necesario **incrementar o reforzar los recursos especializados** y las áreas de atención, al menos a los de SSR, atención a las discapacidades, mediación e interpretación cultural y protección internacional e inclusión social. Además, tienen un impacto en la **operativa del Servicio**.
- Se considera que puede existir barreras en relación a **la comunicación con las usuarias**, desde la misma información básica acerca del Servicio hasta el conjunto de comunicaciones que lo desarrollan (llamadas e interacciones con el Centro de Atención). Esto es debido a los criterios ya comentados a lo largo de la investigación sobre la accesibilidad universal y la adaptación cultural que requieren los principales perfiles de víctimas de VR y CHN. Véanse las recomendaciones en relación a los principios de atención y el acceso a los recursos).
- Respecto a **la información de las personas usuarias** se considera imprescindible desarrollar materiales con pictogramas que favorezcan la comprensión intercultural y abarquen las necesidades de las MDID, así como las y los menores de edad. Ello implicaría también la traducción a diferentes idiomas, incluyendo los poco frecuentes de minorías étnicas dentro de algunas nacionalidades en las que perviven prácticas nocivas y que no son las lenguas mayoritarias de la población extranjera en España.

- La **frecuencia del contacto** en el seguimiento y sus características, para cumplir una verdadera función preventiva, deberían adaptar e individualizarse. Deben preverse los apoyos comunicativos.
- Se ha valorado muy positivamente que ATENPRO tenga una **prórroga sucesiva** en su prestación; que con carácter general alcance un máximo de 10 años, precisamente porque las violencias menos conocidas se caracterizan por tener consecuencias a largo plazo.
- Respecto a **las bajas en ATENPRO** también se ha considerado que son necesarias ciertas adaptaciones respecto a la noción de “incumplimiento reiterado”.
- La mayoría de las entrevistadas ponen el acento en el caso de mujeres con discapacidad víctimas de VR, en que hay que asegurar que la baja voluntaria, es decisión de la mujer y no existe manipulación por parte de la familia o entorno. También en el caso de las víctimas de GS debe asegurarse que la decisión esté libre de presiones externas.
- En el caso de las **esterilizaciones y los abortos coercitivos** son violencias irreversibles, por lo que, para dar de baja a la mujer del servicio por resolución de la situación, se deberían considerar aspectos clave como: en qué medida han encontrado una red de apoyo en la que revertir ese malestar o si han superado el duelo de todo este proceso.
- En el caso de las víctimas CNH y las víctimas de GS es posible, dados sus perfiles, su **movilidad internacional**; por lo que sería de interés prever convenios de colaboración con servicios similares en otros países para proporcionar la mayor seguridad a las víctimas y dar continuidad a sus procesos de recuperación.
- Respecto a los procedimientos de **atención ante las emergencias**, existe la dificultad de tener todavía poco conocimiento cuál es la tipología de situaciones de crisis que pueden enfrentar las víctimas de la VR y los CNH. La primera propuesta por tanto es generar un conocimiento más especializado respecto a esta cuestión y, sobre todo, flexibilizar con la práctica misma de la atención, sobre los procedimientos en la práctica. Por lo que sería de interés establecer en el seguimiento de ATENPRO un grupo de trabajo específico al respecto.
- En principio, la valoración general de las llamadas de emergencia y los niveles de respuestas que están previstos en el Servicio se consideran adecuados (ver ilustración 8). Si bien, conviene insistir en que las distintas figuras de agresión (diferentes a la VS o

la VG) hacen que los contextos de emergencia no se parezcan a otras VCM más conocidas.

Finalmente, se considera que [las herramientas de gestión del sistema](#), (modelos de ficha tipo) con los que se construye el registro de la información de ATENPRO y su seguimiento, tienen muchas potencialidades de mejora, en general y para su adaptación a las VR y los CNH.

- Estas fichas, que tienden a implementarse a través de hojas de cálculo Excel se basan en campos para la escritura abierta. Esto supone el almacenamiento masivo de información cualitativa que imposibilita su explotación estadística. Ello dificulta la producción de conocimiento, el seguimiento a las violencias diversas y múltiples que enfrentan las usuarias, el seguimiento a su evolución, el acceso específico a servicios especializados, así como la evaluación del Servicio en sí mismo.
- El desarrollo de una plataforma donde los registros sean mediante formularios más cerrados, basados en categorías excluyentes y exhaustivas, con pocos campos abiertos puede contribuir a solucionar estos déficits. Así mismo, que se pueda alojar documentación anexa, videos y audios de las propias usuarias facilitaría la intervención y su seguimiento, y el acceso de personal especializado (logopedas, mediadoras comunicativas, intérpretes y mediadoras culturales, etc.).

Ilustración 11. Extracto de la Ficha de Usuaria-Protocolo de Actuación ATENPRO

7. FICHA DE LA USUARIA						
	VG	Código Provincial	Nº Correlativo			
Código / Expediente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Identificación de la Usuaria						
Nombre	<input type="text"/>					
Apellidos	<input type="text"/>					
DNI / NIE / Pasaporte	<input type="text"/>					
Lugar y Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>					
Nacionalidad	<input type="text"/>	Estado Civil	<input type="text"/>			
Nivel de Estudios	<input type="text"/>	Situación Laboral	<input type="text"/>			
Discapacidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
Localización de la Usuaria		Telf. Móvil Personal <input type="text"/>				
Domicilio actual de Residencia						
Dirección Completa <input type="text"/>						
Municipio	Provincia	Teléfono Fijo				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Observaciones (¿Recurso tutelado?, barrio, pedanía, punto de referencia...)						
<input type="text"/>						
Domicilio Laboral						
Dirección Completa <input type="text"/>						
Municipio	Provincia	Teléfono Fijo				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Observaciones (empresa, barrio, punto de referencia... teléfono sólo si se estima oportuno)						
<input type="text"/>						
Estado Físico-Psíquico-Sanitario de la Usuaria						
Describir enfermedades importantes, discapacidades, medicación...						
<input type="text"/>						
Núcleo Convivencial						
	Nombre y apellidos	Relación	Año nacim. Nº Teléfono propio			
a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
b	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
e	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Observaciones (especificar según letra asignada a cada persona conviviente)						
<input type="text"/>						
Personas de Contacto (no facilitar datos de personas que no conocen los episodios de maltrato)						
	Nombre y apellidos (por prioridad)	Relación	Teléfono 1	Teléfono 2	Municipio	¿Llaves?
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observaciones (especificar según número asignado a cada persona de contacto)						
<input type="text"/>						

Fuente: Ministerio de Igualdad-FEMP (2023:44-45).

- Por otra parte, estas fichas de recogida información (véase ilustración anterior) no recogen -ninguna de ellas- las **tipologías de violencia** a las que hace alusión la VR (en sus múltiples formas) ni tampoco los CNH (en sus diversas expresiones). No hay campos para identificarlas, ni tampoco para describir sus consecuencias o las necesidades al respecto de las víctimas. Esta debilidad se afrontaría mejor mediante el cambio antes señalado.
- Sería necesario recoger información, al menos, en relación a:
 - Respecto a la ficha de **datos de la víctima** habría que registrar: la tipología de discapacidad que padece la mujer y no solamente su presencia; los orígenes étnicos específicos y la minorías culturales o religiosas a las que se pertenecen; las lenguas que hablan en su totalidad; y la relación con diásporas exteriores y el país de origen (por ejemplo, para valorar el riesgo de secuestro o traslado).
 - En el *estado físico-psíquico- sanitario* de la usuaria es necesario hacer referencia a la SSR de forma explícita, con independencia de la VCM que se enfrente.
 - En relación a los núcleos convivenciales de la usuaria habría que reflejar el tipo de convivencia con familia extensa y la presencia de redes familiares de segundo grado, que es relevante para los CNH; así como otro tipo de convivencias que pueden experimentar las mujeres con discapacidad que viven en entornos de cuidado institucionalizados.
 - En cuanto a **los datos del agresor**, hay que tener en cuenta que pueden ser múltiples o tener una dimensión comunitaria, y por lo tanto se requiere describir mejor el entorno de la víctima, su presencia en el hábitat municipal de la misma y también en otros municipios cercanos, para valorar mejor su seguridad.
 - Respecto a la **valoración del riesgo**, estas violencias enfrentan un importante desconocimiento sobre cuándo las comunidades, las familias o las instituciones, pueden realizar una agresión en el ámbito reproductivo o debido “al honor”. En cualquier caso, se recomienda revisar las recomendaciones realizadas sobre la detección del capítulo anterior para valorar su inclusión en las fichas de recogida de datos.
 - El **historial de agresión** tampoco se adapta a las violencias a las que nos referimos, pues trasciende el de la pareja o los agresores desconocidos; en los tipos de maltrato no se incluye ninguna de las VR y ninguno de las potenciales agresiones que se ubican dentro de la noción “de honor”.

- Respecto a **la ficha de recursos de emergencia** es importante explicitar el grado de accesibilidad y adaptabilidad cultural que presentan los recursos disponibles; además de especificar aquellos en salud sexual y reproductiva, de facilitación de la comunicación e interpretación cultural.

16.2.2. Sobre la comunicación interpersonal y el acompañamiento

Se han recogido recomendaciones de pautas o criterios que deberían guiar la comunicación personal y el acompañamiento a las víctimas por parte de las y los profesionales del Servicio ATENPRO:

- **Preguntar a la usuaria** qué forma de comunicación quiere utilizar. La comunicación telefónica puede ser una barrera por lo que la videoconferencia ofrece cercanía, no solamente con el lenguaje verbal sino con la expresión corporal.
- **Facilitar la video llamada**, que favorece la comprensión y el vínculo con la profesional. Es adecuado para mujeres sordas, pero también para mujeres con otro tipo de discapacidades. Las entrevistadas de CNSE **recomiendan la revisión del Servicio SOTA para mujeres sordas**, que tendría un funcionamiento más lento y menos accesible de lo deseable.
- En la medida de lo posible, sobre todo en el caso de MDID, **se recomienda que sea siempre la misma profesional** o en su caso dos profesionales de referencia. Sus procesos de recuperación son más lentos, también sus procesos comunicativos y el asimilar la VR sufrida. Va a haber más retrocesos que avances.
- Las MDID necesitan **un lenguaje adaptado bajo criterios de accesibilidad cognitiva**. Explicaciones breves, lenguaje claro y sencillo.
- Es importante **asegurar la comprensión** de la información y el motivo de las interacciones; por ejemplo, reiterando una serie de preguntas. Sobre todo si se trata de MDID y mujeres con experiencias negativas con instituciones. Debido a la deseabilidad social y aquiescencia, pueden afirmar que sí entienden a la profesional, pero no ser así.
- **Favorecer el empoderamiento**. Evitar actitudes de sobreprotección, paternalistas, fomentar la continuamente su autodeterminación y autorrepresentación.

16.2.3. Sobre la evaluación de logros

Por último, ha emergido también algunas propuestas sobre cómo valorar los resultados de las intervenciones que se llevan a cabo por el Servicio ATENPRO, **algunos de los indicadores de evaluación** sugeridos son:

- De carácter cualitativo:
 - Grado de estabilidad en la conducta.
 - Grado en que la mujer ha aumentado su autoestima.
 - Aspectos de su salud que han mejorado
 - Si durante la atención, la frecuencia de las llamadas de seguimiento ha aumentado o disminuido y la explicación de los motivos.
 - Autonomía y apoyos recibidos.
 - Grado en que ha aumentado la red social de apoyo.
 - Número de actuaciones que se han llevado a cabo para resolver las situaciones de crisis.
 - Superación del duelo y el trauma de todo el proceso.
 - Otras formas de violencia que se han detectado y las actuaciones al respecto.
- De carácter cuantitativo:
 - Número de llamadas de seguimiento que se han realizado.
 - Duración media de las llamadas de seguimiento.
 - Número de llamadas por situación de crisis y tipo de crisis atendidas.
 - Número de llamadas por situación de crisis no resueltas satisfactoriamente y motivo.
 - Número de derivaciones a otros recursos y tipo de recursos.
 - Número de apoyos recibidos.
- De satisfacción de las personas usuarias: utilidad, calidad, la accesibilidad del servicio y de la atención, grado de percepción de la propia mujer de sus propios avances y las propuestas de mejora del servicio.

17. Propuestas para un modelo de intervención local

La elaboración de las siguientes propuestas ha tenido en consideración, además de la información recogida a lo largo de la investigación, el “Catálogo de referencia de políticas y servicios en materia de violencia contra las mujeres conforme a los estándares internacionales de derechos humanos” aprobado por Conferencia Sectorial de Igualdad, en su reunión plenaria celebrada el 22 de julio de 2022 en Tenerife (al que se aludirá como “[el Catálogo](#)”).

Dicho Catálogo está recogido en la Resolución de 16 de marzo de 2023, de la Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, por la que se publica el Acuerdo de la Conferencia Sectorial de Igualdad, de 3 de marzo de 2023, por el que se aprueba el plan conjunto plurianual en materia de violencia contra las mujeres (2023-2027)²⁰⁰.

De esta forma, el modelo local que se propone **se guía por tres referentes institucionales** clave: el Convenio de Estambul, la normativa vigente y los planes estratégicos temáticos y las resoluciones de la Conferencia Sectorial de Igualdad²⁰¹.

Estas referencias señalan los aspectos fundamentales que deben guiar la labor de toda administración pública respecto a la VCM.

Además, se cuenta con recomendaciones específicas del mecanismo de seguimiento a la aplicación del Convenio de Estambul hacia nuestro país (el comité GREVIO), y otras realizadas por otros organismos internacionales como es la CEDAW y el CDPD; a los que la investigación se ha referido en los capítulos pertinentes sobre los marcos institucionales de referencia de cada una de las violencias estudiadas.

²⁰⁰ Publicado en el BOE Núm. 67, del lunes 20 de marzo de 2023 (acceso).

²⁰¹ En cuanto a las resoluciones de la Conferencia Sectorial de Igualdad, dichos acuerdos reflejan la convergencia de las CC.AA. y la AGE sobre el marco de actuación conjunta que debe existir en nuestro país para garantizar la estabilidad y permanencia de las políticas públicas y los servicios en materia de violencia contra las mujeres. Se derivan, además de la normativa vigente y del Pacto de Estado contra la Violencia de Género (actualizado el 25 de noviembre de 2021).

17.1. Prevención

17.1.1. Prevención secundaria: detección temprana y diagnóstico

Los diagnósticos mejoran el conocimiento sobre las violencias y son imprescindibles para el diseño y evaluación de las políticas públicas. Se han hecho recomendaciones al respecto en un capítulo anterior.

En relación a los **instrumentos locales** para [el diagnóstico](#) de estas formas de violencia entre las mujeres de la población residente, éste podría llevarse a cabo de varias formas complementarias:

- Mediante **estudios periódicos** específicos en el ámbito local.
- Dentro de otros estudios sobre las formas de VCM que persisten, incluyendo las tipologías de VR y las formas en que se manifiestan los CNH; **preguntando directamente a las mujeres por su prevalencia en las encuestas.**
- Valorando la **presencia y características de la población residente** respecto a los grupos y perfiles que se han considerado más vulnerables.
- Incluyendo **nuevos campos de registro** de datos en instrumentos ya existentes.

Junto con lo anterior, es importante atender a los recursos locales donde se puede **empezar a registrar y recopilar información**, como son los distintos servicios municipales (salud, SSR, VCM, atención a la discapacidad, población gitana, población migrante y refugiada), proveedores de salud y de atención a la discapacidad privados, y asociaciones.

- Las organizaciones y **asociaciones de mujeres y ONG** que atienden a los colectivos cuyo perfil se ve más afectado por estas violencias son espacios privilegiados para la detección y el registro cuantitativo de casos.

En cuanto a [la detección temprana](#), los **protocolos de detección** de los diferentes tipos de VCM (incluidos los de prevención de la conducta suicida) deberían establecer “flujos de derivación y coordinación”²⁰² para favorecer la detección y la derivación de estos casos a los servicios de atención integral de VCM.

²⁰² Tal y como señala el citado Catálogo.

- Como ya se ha indicado, en España no disponemos aún de este tipo de herramientas para la AEAF, la GS o los CNH. No obstante, hasta que sean implementados, **los profesionales de referencia serían aquellas de los recursos especializados en VCM.**
- **Los ámbitos** a los que se ven referidos la detección son muy numerosos y todos necesarios: educativo, sanitario (medicina de familia, pediatría, enfermería, matronas, trabajo social, urgencias, salud mental y toco-ginecología), red de centros de Servicios Sociales, y centros residenciales (centros de día para personas sin hogar o en riesgo de exclusión social, centros relacionados con la discapacidad, centros de día para personas mayores, centros destinados a la protección internacional y la inclusión de personas migrantes) y puntos de encuentro familiar²⁰³.
- Junto con éstos, para la detección de la AEAF es necesario considerar aquellos de atención a mujeres con discapacidad y personas con discapacidad (centros de día, Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo, Programas de Inserción Laboral, Residencias, Viviendas tuteladas, entre otros, y las redes asociativas).
- Respecto a la gestación subrogada, espacios de detección pueden ser los registros civiles y oficinas del padrón, los servicios de pediatría y atención a la infancia, atención primaria, o servicios de ginecología y obstetricia.
- En cuanto a las víctimas de CHN, se tiende a distinguir los recursos de SSR, el ámbito educativo, la inclusión de población extranjera y los servicios de atención a la diversidad sexo-genérica.

De esta forma, en los espacios de intervención cotidiana, sería necesario que las y los profesionales estuviesen familiarizados con los [indicadores de alerta o riesgo](#).

²⁰³ Nótese que en el Catálogo se menciona explícitamente lo siguiente: "En relación con las menciones a los puntos de encuentro familiar en el presente Catálogo se indica que tras las reformas operadas por la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia y la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, no deberían derivarse a estos puntos a los hijos e hijas menores de las mujeres víctimas de violencia de género. Sin embargo, y dado que perviven supuestos de derivación a estos centros y de que los mismos intervienen en procesos civiles que pueden traer causa de situaciones de violencia machista, se considera necesario citarlos en el Catálogo a los efectos de garantizar la efectiva detección, desde la perspectiva de género e infancia, y la derivación de los casos de violencia contra las mujeres, así como de aquellos casos en los que los hijos e hijas menores también son víctimas directas de la violencia de género ejercida sobre sus madres, a los servicios de atención integral especializada previsto en este Catálogo" (página 41823).

- Falta información suficiente como para que dichos indicadores sean exhaustivos, aunque a lo largo del estudio se ha hecho referencia a los más referenciados en materia de CNH y VR.
- A partir de estos indicadores, se realizaría una **primera entrevista** para conocer mejor la situación de la mujer. Véanse las recomendaciones al respecto de la detección de las violencias en el capítulo anterior.
- Para el desarrollo de la entrevista de detección a mujeres, deberían tenerse en cuenta pautas clave de seguridad, intimidad y confianza, además de accesibilidad universal y cultural.

Es imprescindible recordar que es necesario mejorar el conocimiento sobre la VR y los CNH para la adecuada **valoración del riesgo** que están enfrentando las mujeres y sus hijos e hijas; en este sentido es necesario considerar las siguientes cuestiones:

- Debería establecerse un grupo de trabajo local centrado en la seguridad de estas víctimas; liderado por las FCSE.
- La VR y la VBH es con frecuencia un indicador de otras violencias por lo que los riesgos son múltiples.
- La VR puede implicar agresores institucionales y familiares.
- La VBH alude a agresores familiares en España, pero también en otros países.
- En el caso de la GS, las víctimas pueden serlo de redes de trata y las figuras de coerción son variadas, incluyendo personas comunitarias o empresas nacionales e internacionales protegidas por acuerdos comerciales.
- En el caso de las violencias relacionadas con los CNH o VBH, además de entornos familiares, se debe de valorar el entorno de riesgo comunitario.

17.1.2. Educación y sensibilización

En cuanto a la **sensibilización y toma de conciencia**, se deben realizar campañas -y evaluar su impacto. Campañas que “presten atención a sus causas, especialmente a la relación directa

entre desigualdad y violencia y los estereotipos de género, y a la responsabilidad de los hombres para la erradicación de las mismas”²⁰⁴.

En el ámbito local, para cumplir los principios de **accesibilidad y universalidad de la sensibilización**, se debería garantizar²⁰⁵ el acceso, comprensión y utilización por todas las personas.

- Es decir, se trata de campañas cuyos soportes tienen que considerar la accesibilidad cognitiva, física, sensorial y cultural.
- La continuidad de las campañas debería ser anual, ello supone que existan soportes fijos, continuos en espacios locales accesibles a la población más vulnerable a estas violencias.
- Además, sería de interés considerar **soportes lo más diversificados posibles**; como: folletos y guías descargables en diferentes formatos (lectura fácil, pictogramas, braille, videos explicativos con vídeo interpretación o en formato corto/documental, subtítulos, con mensajes sencillos y claros donde aparezcan las propias mujeres y sus testimonios, así como de familiares, profesionales del ámbito salud sexual y reproductiva, así como del ámbito judicial, etc.).
- Se requiere **hacer visibles estas campañas en el ámbito comunitario**. Ello implica ir más allá de los recursos habituales y apostar conjuntamente por el uso de otros espacios públicos, deportivos, de ocio, redes vecinales, comercios locales, transportes, farmacias, etc.
- Pueden multiplicarse los impactos en las **fechas significativas y efemérides** internacionales (ver las recomendaciones en materia de sensibilización y concienciación).
- Los medios de comunicación locales y la comunicación institucional deberían seguir las recomendaciones básicas sobre las buenas prácticas existentes en materia de **lenguaje no sexista e inclusivo**²⁰⁶, representando la diversidad y la interseccionalidad de las víctimas.

²⁰⁴ Tal y como señala el Catálogo en el punto relativo a “Información, sensibilización y toma de conciencia”.

²⁰⁵ Según el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

²⁰⁶ Como por ejemplo, la Guía sobre género y discapacidad para periodistas de FCPED, CODIP y COCEMFE (acceso), la Guía Comunicación Inclusiva del Ayuntamiento de Barcelona (acceso), Guía en Igualdad de trato, medios de

Respecto a la VR -y también en los CNH debido a su relación con prácticas nocivas-, debe considerarse imprescindible trabajar la sensibilización, en todas las **etapas educativas** la educación en materia de DSR y educación afectivo-sexual.

Considerando las competencias fundamentales de las entidades locales, sería necesario considerar:

- la población infantojuvenil, a las familias y al profesorado, y por tanto garantizar este contenido en escuelas infantiles, colegios e institutos y espacios de educación no formal (ej.: deportivas, de ocio y tiempo libre). En esta misma línea debe garantizarse la formación en la materia de las AMPAS, los Consejos escolares, Servicios de Inspección Educativa u órganos consultivos y/o asesores²⁰⁷.
- las actividades para todas las edades de tipo cultural, recreativo y de bienestar social²⁰⁸ que son entornos comunitarios privilegiados para la intervención social y la promoción de derechos fundamentales.

Respecto a la **formación de los y las profesionales**, cada ámbito sectorial, requiere de procesos y materiales de capacitación a medida, de calidad e impartida por especialistas.

De acuerdo con la Resolución de 16 de marzo de 2023, de la Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, dicha formación debe incluirse en los procesos selectivos de contratación de personal, por lo que los temarios deben actualizarse a todas las violencias.

- Debe ser “obligatoria, inicial y continuada” y debe servir para realizar una “actuación con enfoque de género, diligente, adecuada y respetuosa para la víctima, ante cualquier forma de violencia contra las mujeres”.
- En el ámbito local, debe tenerse en cuenta estas actualizaciones en los planes de formación continua y nuevas contrataciones.
- Los principales perfiles profesionales a los dirigir esta formación son:

comunicación y comunidad gitana de FSG (acceso) o la Guía Medios de comunicación y las personas refugiadas de ACNUR (acceso).

²⁰⁷ Por ejemplo, con estos posibles contenidos: derechos de las mujeres, autoestima, autoconcepto y conocimiento del cuerpo, orientaciones sexuales e identidades de género, DSR, Menstruación y, cuidados de SSR, preparación de la visita ginecológica, anticoncepción, buenos tratos en la relaciones afectivo-sexuales, VCM, prácticas nocivas.

²⁰⁸ El citado “Catálogo” refiere a la educación de personas adultas, cursos técnicos, actividades y talleres vinculados a disciplinas artísticas, culturales, especializadas, actividades deportivas, de ocio y tiempo libre, etc.

- Profesionales de ámbitos relacionados con la prevención y la detección: personal sanitario y en concreto de SSR, de igualdad, servicios sociales, personal con funciones de atención al público.
- Profesionales que intervienen directamente con víctimas de violencia: operadores jurídicos, ámbito policial, servicios de emergencias, servicios especializados de atención y recuperación de víctimas de todas las formas de VCM, servicios sociales comunitarios, servicios sociales especializados del sistema de protección a la infancia y adolescencia, y servicios de empleo.
- Profesionales que trabajan con poblaciones vulnerables: promoción de los derechos del pueblo gitano y antigitanismo, atención a las discapacidades, inclusión social de personas migrantes y protección internacional, mujeres en situación de prostitución, víctimas de trata con fines de explotación sexual y explotación laboral.

Finalmente, hay que considerar en el ámbito de la sensibilización que el **intercambio de buenas prácticas y el trabajo en red**, la utilización de plataformas y recursos de la FEMP y otras federaciones territoriales, contribuyen positivamente a la mejora de la capacitación de los recursos locales.

Junto con éstas, se recomienda valorar las redes y prácticas existentes recogidas en el estudio (véanse los capítulos específicos del análisis de prácticas de interés para cada violencia).

17.2. Atención integral

17.2.1. Asistencia social integral y reparación

A lo largo del estudio se ha hecho hincapié en las características de la atención integral y la accesibilidad universal y cultural (véase el capítulo 15 al respecto). Dadas las características de las víctimas de VR y CNH, la accesibilidad es un requisito imprescindible para garantizar la atención a las víctimas.

Nótese que bajo la noción de “las víctimas” también están referidas a niñas y adolescentes, no solamente a mujeres adultas.

El *Catálogo*, indica una serie de recursos o servicios, que deben cumplir una serie de características, las cuales han sido ampliadas para garantizar la adecuada atención de las VVR y CNH. Se trata de tener en cuenta lo siguiente:

Características de los servicios:

- accesibilidad y diseño universal, tanto el servicio en sí, como su entorno;
- gratuidad, incluyendo la de las figuras profesionales de apoyo a la comunicación (mediación comunicativa, cultural, logopedia, traducción e interpretación);
- seguros y que eviten la revictimización;
- confidenciales, que garanticen la intimidad y la dignidad de la víctima, de los hijos e hijas y menores a cargo de las mujeres víctimas, así como para otros niños, niñas y adolescentes y jóvenes víctimas.

Junto con lo anterior, el Catálogo indica que, para garantizar el **acceso efectivo** de todas las víctimas, y con especial referencia a las residentes en el ámbito rural, se deberán asegurar:

- accesibilidad universal de los servicios de traducción e interpretación.
- gestión de los servicios de transporte seguro para las mujeres.
- apoyo a la conciliación y el cuidado de los hijos e hijas menores, u otras personas menores y mayores que de ellas dependan.

Del mismo modo, la asistencia integral deberá contemplar:

- asistencia personal para las mujeres con discapacidad;
- adaptaciones a las necesidades específicas que requieran algunos grupos de mujeres²⁰⁹.
- Respecto a los **servicios de salud**, se promoverá que desde el Sistema Público de Salud se garantice la gratuidad de los servicios sanitarios a las víctimas de todas las formas de violencia contra las mujeres, y sus hijos e hijas, con independencia de su situación administrativa. Aquí resulta imprescindible recordar que los servicios de SSR deben estar en el centro de la atención.

Tipo de prestación de servicios

²⁰⁹ El Catálogo hace referencia a las necesidades de las víctimas del medio rural y a la "adaptación de los servicios especializados a las necesidades específicas de las mujeres jóvenes, de las mujeres mayores, de las mujeres con discapacidad, de las mujeres con problemas de adicción, de salud mental, de las mujeres sin hogar o en riesgo de exclusión social, para facilitar el acceso a los mismos y garantizar la información, el asesoramiento, la atención y el acompañamiento psicológico, social y jurídico adecuado en condiciones de igualdad" (página 41824-41825).

Se debe garantizar que las víctimas accedan a los servicios de **salud**, las ayudas y prestaciones para la **autonomía económica y empleo**, los servicios de **reparación integral** y los especializados de **apoyo, asistencia y recuperación**. El Catálogo indica que se deberá realizar “protocolos específicos para la atención, actuación sanitaria y respuesta multisectorial”. En el momento de desarrollo de este diagnóstico **dichos protocolos no han sido elaborados** por el sistema público de salud.

La tabla que se presenta a continuación recoge los servicios recogidos en el Catálogo y sus **prestaciones básicas** respecto a esta asistencia, a la que tienen derecho todas las víctimas:

Tabla 7 Servicios y prestaciones básicas de Asistencia social integral y reparación (Catálogo de referencia de políticas y servicios en materia de violencia contra las mujeres 2022)

Servicio	Prestaciones
Información, asesoramiento y orientación	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre derechos y recursos a disposición de las víctimas, de sus hijos e hijas, y familiares o entorno cercano, en su caso. • Atención psicológica de emergencia que asegure la contención o acompañamiento emocional. • Orientación jurídica.
Atención y recuperación integral	<ul style="list-style-type: none"> • Atención e intervención social, psicológica y otras actuaciones de emergencia las 24 horas del día • Asesoramiento jurídico y de seguimiento de las gestiones y demandas en procesos judiciales y administrativos que emprendan las víctimas para reclamar sus derechos. • Alojamiento temporal seguro, tanto de emergencia como de larga estancia. • Asistencia personal para las mujeres con discapacidad
Atención y recuperación integral especializados para menores (*)	<ul style="list-style-type: none"> • Atención social y psicológica y de acompañamiento en el proceso de recuperación integral de los hijos e hijas de las víctimas. • Atención especializada a niñas • Escolarización y prevención y acción del abandono temprano del sistema educativo

Servicio	Prestaciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas y prestaciones económicas, tales como las dirigidas a la manutención y necesidades educativas, y becas y ayudas para el estudio universitario en el caso de jóvenes adultos
Autonomía económica y empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas y prestaciones (**): <ul style="list-style-type: none"> ○ urgentes en casos de emergencia; ○ por falta de autonomía económica y desempleo; ○ a la vivienda (compra y alquiler). • Servicios de empleo (programas de inserción laboral y formación e inserción laboral)
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Atención sanitaria, con especial atención a la salud mental, mediante la atención psiquiátrica y psicológica hasta la total recuperación
Reparación integral	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas complementarias a modo de indemnización y reparación por la especificidad o gravedad de las secuelas • Financiación de tratamientos sanitarios no contemplados pero necesarios para la reparación • Servicios de acompañamiento a familiares y al entorno afectivo de las mujeres asesinadas (***) • Reparación social y simbólica (homenajes, actos de reconocimiento, acciones de difusión pública, compromiso colectivo, etc.) • Reinserción y prevención de la reincidencia de las personas condenadas (****)

Fuente: Elaborado a partir del Catálogo aprobado por la Conferencia Sectorial de Igualdad (Tenerife, 22/07/2022).

Notas:

(*) se refiere a hijos e hijas, y otras niñas, niños y adolescentes sujetos a su tutela, o guarda y custodia de las mujeres víctimas, así como a niñas, niños y adolescentes víctimas de la violencia; y en especial en situación de orfandad.

(**) que contribuyan a su autonomía económica y a la emancipación de las relaciones de violencia promoviendo la compatibilidad de las mismas y priorizando su acceso

(***) con el fin de informarles sobre sus derechos y acompañarlos en el procedimiento, así como facilitarles el acceso a pensiones y prestaciones de orfandad, ayudas a los sepelios, repatriación, becas y apoyo psicológico preferente entre otros, sin perjuicio de lo dispuesto en los protocolos y servicios para el caso de feminicidios de los que ya disponen las CC.AA.

(****) El Catálogo se refiere a condenas por delitos relacionados con la violencia de género y contra la libertad sexual, pero podría hacerse extensible a otras formas de violencia contra las mujeres

Finalmente, respecto a **la reparación**, las entidades locales tendrían una mayor competencia respecto a aquellas actuaciones relacionadas con la rehabilitación y la reparación simbólica de las víctimas (véanse las recomendaciones al respecto en el capítulo 15.2.g).

17.2.2. Protección y acceso a la justicia

Ante cualquier VCM debe propiciarse que las instalaciones policiales y judiciales sean **acogedoras, seguras y accesibles**. La atención a menores debe realizarse por personas de referencia especializadas en género e infancia. Así mismo, deber tenerse en cuenta -desde el primer momento- a las profesionales de apoyo a la comunicación.

Respecto a **la protección**, se ha puesto de manifiesto a lo largo del estudio la necesidad priorizar la producción de información sobre las necesidades de seguridad de las VVR y VCNH; que hoy por hoy son **insuficientemente conocidas**.

- Es ineludible recordar que la seguridad es una necesidad de quienes interponen denuncia o están ante una denuncia de oficio, tanto como de quienes que no lo hacen o renuncian a continuar con un procedimiento penal. En cualquier caso, la seguridad de las víctimas debería estar vinculada al desarrollo de un **plan de seguridad personalizado (PSP)**²¹⁰.
- La actuación de las FCSE debe estar **conectada a los servicios sociales y de atención especializada** a través de diferentes actuaciones: los procedimientos de recogida de las denuncias, los procedimientos de investigación de los delitos, los mecanismos de protección y ATENPRO (u otros dispositivos análogos de las CCAA a través de las entidades locales).
- El sistema VIOGEN²¹¹ del Ministerio del Interior no recoge la especificidad de estas violencias. Por tanto, los servicios de atención especializada **deberán prever otro tipo de coordinación** con las FCSE que actúen en el ámbito local para poder proporcionar la

²¹⁰ El PSP hace referencia, fundamentalmente, a: Portar siempre un teléfono móvil; Hacer un uso seguro de las nuevas tecnologías de información y comunicación y redes sociales; Medidas de autoprotección personal con carácter general para todas las víctimas; Planificación de rutina de huida en caso de intento de nueva agresión; Medidas de autoprotección ante nueva agresión sólo cuando la víctima tiene menores a su cargo; Medidas de autoprotección sólo en caso de que el agresor haya abandonado el domicilio; Medidas de autoprotección sólo en el lugar de trabajo

²¹¹ El Sistema de Seguimiento Integral en los casos de Violencia de Género (Sistema VioGén), de la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior, se puso en funcionamiento el 26 de julio del 2007, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. La evolución de VioGen es contemplar el conjunto de violencias contra las mujeres.

información pertinente sobre la víctima y su entorno. Esto resulta imprescindible para garantizar la eficacia de la valoración policial del riesgo y su evolución.

En relación a la justicia, la asistencia letrada - de cualquier forma de VCM- debe estar garantizada desde el momento previo a la interposición de la denuncia.

- En el sistema de atención en España, la **Oficina de Asistencia a las Víctimas**²¹² (.) tiene un papel clave. En este sentido, la OAV deberá contar con personal formado en las violencias específicas (AEAF, GS y CNH) y trabajar de forma coordinada con la red especializada disponible.
- En general, debe facilitarse que las víctimas puedan intervenir en los procedimientos judiciales desde los lugares donde se encuentren recibiendo oficialmente asistencia; tratando de **evitar su desplazamiento innecesario**.
- Por otra parte, se requiere poner a disposición de las víctimas que lo demanden -en cualquier fase del procedimiento, el **acompañamiento en los procesos judiciales**, así como la no visibilidad ni confrontación con la parte denunciada²¹³; lo cual en el caso de las víctimas de las violencias que nos ocupan es especialmente relevante.
- Las **Unidades de Valoración Integral Forense o sistemas análogos** de cada CC. AA., deberían estar accesibles a todas las mujeres, en todos los partidos judiciales, en horario de 24 horas/7 días a la semana.
 - Ello implica contar con equipos con especialización adecuada en las violencias que nos competen, y tan pronto como sea posible institucionalmente, con protocolos de actuación específicos. Para las VR implica mostrar una especial sensibilidad a la situación por la que pasan las víctimas y los riesgos potenciales de revictimización.
 - En el caso de las VR, sería necesario hacer extensible la referencia a casos de violencia sexual, a la AEAF y GS, que se realiza en el Catálogo, donde señala la importancia de acceder a **forenses y servicios de ginecología y sexología**, en horario 24/7 horas, en número suficiente y formado. También la asistencia psicológica en caso de ser requerido.

²¹² Debe haber una mínimo en cada provincia o división territorial específica de las CC. AA. Actualmente su número es insuficiente.

²¹³ Debe promoverse por tanto las salas específicas para víctimas en los edificios judiciales, y los medios tecnológicos para la declaración por videoconferencia y los apoyos comunicativos pertinentes.

- En el caso de mujeres extranjeras víctimas de VBH deben de ponerse en marcha y agilizarse los procedimientos de **protección internacional**, y su reconocimiento como mujeres refugiadas.
- Es importante incluir **procedimientos para la personación** por parte de las CCAA y de la AGE (en casos de feminicidio, y otras manifestaciones graves de violencia). En este sentido, las autoridades locales también pueden tener un papel impulsor o demandante de tales acciones ante las administraciones supralocales, o, en caso necesario liderar la intervención jurídica en cooperación con la Fiscalía y con la representación de la familia de la víctima.

17.3. Coordinación y protocolos

La **centralidad de los derechos de la víctima** y su autonomía es la que organiza toda intervención institucional sobre la VCM.

- Con independencia de su titularidad y ámbito competencial, la intervención debe concebirse desde la **integralidad, universalidad y accesibilidad**, así como desde la eficiencia y la eficacia, lo que implica **prevenir la revictimización** o victimización secundaria de las mujeres que son atendidas.
- El modo más eficaz es el **trabajo coordinado mediante un órgano y un instrumento de referencia**; esto es: **un protocolo** (o protocolos) que ayude a ordenar los procedimientos de intervención y la coordinación entre actores, ya que contempla la derivación entre agentes y recursos.

Tal y como señala el Catálogo, la coordinación y colaboración institucional contribuye a “evitar los feminicidios prioritariamente, también eliminar posibles duplicidades, minimizar el riesgo de revictimización, y, en todo caso, garantizar una actuación integral, personalizada, especializada, ágil e inmediata”.

17.3.1. Órganos de coordinación y colaboración

En el ámbito local, se parte de la consideración de que la **coordinación global** debe realizarse por el organismo, servicio o área responsable de la atención a la VCM dentro del ámbito de la promoción y garantía de la igualdad entre mujeres y hombres en el gobierno local.

- Sus funciones abarcan también las de impulsar las acciones previstas en relación a la detección, prevención, protección, acceso a la justicia y asistencia integral, incluyendo la reparación.
- En esta línea, su función sería promover la implantación y el seguimiento al protocolo y **protocolos sectoriales** en los ámbitos necesarios (tales como: educativo, sanitario, socio-asistencial, policial, judicial, de la abogacía y procuraduría, formativo-laboral etc.).

El órgano local puede consistir en un **consejo, mesa de coordinación** o espacio análogo que abarque el ámbito territorial pertinente (municipal, comarcal, provincial, insular etc.).

- La representación debe ser multidisciplinar y abarcar a profesionales de todos los ámbitos que intervienen en la prevención, la protección y la asistencia a las víctimas, así como las entidades y asociaciones de la sociedad civil, que intervengan en el abordaje de las situaciones de violencia contra las mujeres. Que en el caso de la VR y los CNH implica **ampliar la participación a todas las figuras profesionales** que intervienen en la atención (ver punto anterior).
- Dependiendo de las características locales, el poder judicial puede tener representación.
- Así mismo, debe garantizarse un mecanismo de coordinación con del departamento de la CCAA correspondiente competente en materia de igualdad y VCM, y de la Unidad de Coordinación o de Violencia sobre la Mujer de la Delegación o Subdelegación del Gobierno en el territorio. Por ejemplo, a través de un mecanismo estable de información de las convocatorias y actas de reuniones, o la participación de las/os representantes supralocales pertinentes.
- En caso de no formar parte del órgano de coordinación municipal, se habrá de prever la **coordinación con las asociaciones** de mujeres, entidades del movimiento asociativo feminista y organizaciones no gubernamentales que trabajan directamente en relación a la VR y VCN y sus poblaciones más vulnerables. No obstante, lo ideal es que participen activamente en el órgano local.
- El procedimiento de funcionamiento de este órgano debe incluir la convocatoria de **Comités de Crisis, o grupos de trabajo** con funciones análogas para situaciones excepcionales que permitan mejorar la respuesta institucional.

- Siempre habrá un comité de crisis en el caso de feminicidios, que deberá coordinarse o sumarse al que ponga en marcha la CC.AA. junto con la DGVG²¹⁴.
- Finalmente, entre las áreas y profesionales que toman parte del espacio local de coordinación, es importante el **intercambio y difusión de buenas prácticas**, protocolos sectoriales, guías y mapas de recursos, es un componente a tener en cuenta dentro de la coordinación. Véase lo comentado con anterioridad sobre el trabajo en red respecto a la prevención.

La **actuación supralocal** es determinante para impulsar la acción transversal sobre las violencias, tanto en términos de financiación como consolidación del marco institucional de referencia.

- En este sentido, desde el ámbito local, es necesario tomar una **perspectiva de actualización constante** sobre el futuro desarrollo que tomen las políticas públicas en relación a las violencias reproductivas en el ámbito de la AGE y respecto a las Comunidades Autónomas. En todas ellas rige el principio de coordinación con las entidades locales, fundamentalmente a través de la FEMP (y asociaciones análogas en los distintos territorios autonómicos).

17.3.2. Protocolos y herramientas análogas

Lo ideal sería contar con un protocolo en cada CC.AA. que ordene y facilite la coordinación interinstitucional de las actuaciones y del trabajo en red en materia de VCM²¹⁵, que contemple de modo específico la VR y los CNH. Además, estas violencias deberían estar presentes explícitamente en otros protocolos, ya que son concomitantes a otros modos de expresión de la violencia machista. A pesar de la falta de un marco institucional más exhaustivo, la actuación local puede desarrollarse con amplitud.

²¹⁴ El Catálogo señala al respecto "Se promoverá que en los mismos estén presentes representantes de todas las instituciones de ámbito autonómico y/o local con competencias en la materia de violencia contra las mujeres, junto con el poder judicial y la fiscalía en el territorio" (Pág. 41830).

²¹⁵ Los protocolos autonómicos se actualizan en función de la normativa vigente. Su compilación puede consultarse en los organismos de igualdad autonómicos con competencias en materia de violencia contra las mujeres y en la página web de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.

La política local en materia de igualdad siempre ha dado ejemplos pioneros e inspiradores de políticas públicas para otros niveles supralocales²¹⁶, también respecto a las violencias machistas. Es por ello que se ha propuesto este *modelo* o conjunto de pautas para su desarrollo en el ámbito local.

Ciertamente, tanto la falta de datos como la falta de un marco institucional consolidado dificulta la *protocolización*, por lo que esta propuesta debe tomarse como **un modelo abierto al debate, la experimentación y la modificación**.

Todo protocolo debe fundamentarse en **principios de actuación**; han sido expuestos en detalle (véase capítulo 15) en el capítulo de propuestas para la intervención. En general, se refieren a: la centralidad de los derechos, la autonomía de la víctima y la accesibilidad universal (con los apoyos técnicos necesarios).

En cuanto a la intervención con la víctima, sus hijos e hijas, debe ser siempre individualizada y articulada a partir de un **plan de atención personalizada**²¹⁷.

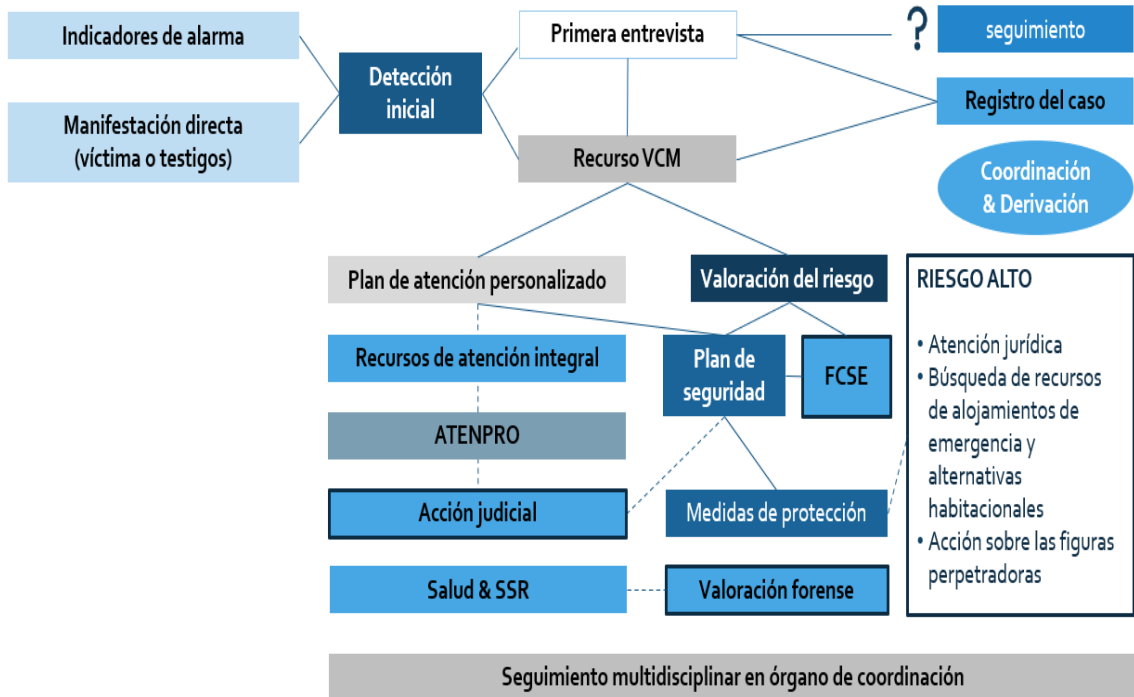
Como se ha explicado a lo largo del capítulo, en cuanto a los **itinerarios y procedimientos de intervención** en situaciones de VR y CNH, las competencias y responsabilidades de las instituciones están determinadas por los derechos de las víctimas y la garantía a los servicios del Catálogo (2022).

Respecto a las propuestas a las que se ha hecho alusión a lo largo del trabajo, una vez más indicamos, tienen un carácter experimental y abierto a la discusión. En el siguiente esquema se resume de forma gráfica un modelo básico de intervención.

²¹⁶ Véase por ejemplo la acción de la FEMP y la de otras asociaciones de municipios y provincias en el territorio español, que han propuesto modelos locales de actuación y protocolos en materia de igualdad y contra la violencia contra las mujeres (Guilló, et al. 2022).

²¹⁷ Existen pautas generales y algunos modelos de implementación propuestos por algunas CC.AA., véase al respecto: DVGC (2014). Propuesta de pautas para la intervención integral e individualizada con mujeres víctimas de violencia de género, sus hijos e hijas y otras personas a su cargo. Documento en línea (acceso); DGVG (¿2012?) Propuesta común para la mejora de la coordinación institucional y la puesta en marcha de un plan personalizado de atención a las víctimas de violencia de género. Documento en línea (acceso). Dirección General de Mujer (2017). Manual Plan de Atención Personalizada para víctimas de Violencia de género. Edición con pautas de atención a mujeres con discapacidad. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Documento en línea (acceso).

Ilustración 12. Esquema de un modelo básico de acción



IV. BIBLIOGRAFÍA Y 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/INF_O_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=So213-91112019000200119

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&databasematch=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%2C%20Estados%20Unidos%2C%20Rusia%2C,est%C3%A1%20prohibida%20la%20gestaci%C3%B3n%20subrogada.>

Ercan, Selen A. (2014) *Same Problem, Different Solutions: The Case of 'Honour Killing' in Germany and Britain*. Macmillan Publisher Limited. Retirado mayo 2023, https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137289568_10

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.dicapnet.es/discapacidad/que-discapacidades-existen/pluridiscapacidad>

Marrades Puig, A.I. (2017). El debate sobre la gestación subrogada en España: entre el deseo, la dignidad y los derechos. Revista Europea de Derechos Fundamentales 30, 153-177. Retirado en abril 2023 <https://roderic.uv.es/handle/10550/65598>

Martín, A. (2023). La guerra no ha detenido el uso de vientres de alquiler en Ucrania. El País. Retirado en julio 2023 <https://cadenaser.com/nacional/2023/03/29/la-guerra-no-ha-detenido-el-uso-de-vientres-de-alquiler-en-ucrania-cadena-ser/>

Mayeda, D.T.; Vijaykumar, R. (2016). A Review of the Literature on Honor-based Violence, *Sociology Compass*, 10(5), 353–363, DOI: 10.1111/soc4.12367

Mayeda, D.; Vijaykumar, R.; Chesney-Lind, M. (2018). Constructions of Honor-Based Violence. *Gender, Context and Orientalism*, en Carrington, K. (ed. lit.); Hogg, R. (ed. lit.); Scott, J. (ed. lit.), Sozzo, M. (ed. lit.). *The Palgrave Handbook of Criminology and the Global South*; pp. 947-967.

Médicos del Mundo (2012). Prostitución y salud. Unidad didáctica nº 5 del Instituto de Ciències de l' Educació de la Universitat de les Illes Balears. Retirado en mayo 2023 https://gepibbalears.files.wordpress.com/2012/03/ud_05-prostitucic3b3n-y-salud.pdf

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-ag76>

Regalado Torres, M.D. (2017). Efectos, consecuencias y regulación de la maternidad subrogada. FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género, 2(2), 10-34. Retirado en abril 2023 https://www.researchgate.net/profile/Maria_Desiree_Regalado_Torres/publication/318823557_Efectos_consecuencias_y_regulacion_de_la_maternidad_subrogada_Effects_consequences_and_regulation_of_surrogated_maternity/links/5d3f30304585153e592cec40/Efectos-consecuencias-y-regulacion-de-la-maternidad-subrogada-Effects-consequences-and-regulation-of-surrogated-maternity.pdf

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%20EXPLORACION%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/a53b7fb378a8e08001797f3eeced03b4>

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 locales participantes en la encuesta

La encuesta permitía tanto la respuesta anónima como la identificación organizacional. Las entidades locales que se han identificado (que no eran respuestas anónimas) han sido 229, a todas ellas les agradecemos su 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 Arantza, Bera, Etxalar, Igantzi y Lesaka

Ayuntamiento de Aras de los Olmos

Ayuntamiento de Ares

Ayuntamiento de Arrecife
Ayuntamiento de Arriate
Ayuntamiento de Aspe
Ayuntamiento de Barcelona
Ayuntamiento de Baztan
Ayuntamiento de Beas de Segura
Ayuntamiento de Becerreá
Ayuntamiento de Benasque
Ayuntamiento de Benetússer
Ayuntamiento de Berriozar
Ayuntamiento de Betanzos
Ayuntamiento de Betera
Ayuntamiento de Bétera
Ayuntamiento de Burjassot
Ayuntamiento de Burlada
Ayuntamiento de Cáceres
Ayuntamiento de Cacín
Ayuntamiento de Calatayud
Ayuntamiento de Calzada de Calatrava
Ayuntamiento de Camas
Ayuntamiento de Cangas
Ayuntamiento de Carboneras
Ayuntamiento de Cartagena
Ayuntamiento de Cartaya
Ayuntamiento de Casares de Las Hurdes
Ayuntamiento de Castelló de la Plana
Ayuntamiento de Castilleja del Campo
Ayuntamiento de Cendea de Olza, Belascoain, Bidaurreta, Etxauri y Valle de Olla
Ayuntamiento de Cenes de la Vega
Ayuntamiento de Cerdanyola del Vallès
Ayuntamiento de Ceutí
Ayuntamiento de Chantada
Ayuntamiento de Cieza
Ayuntamiento de Córdoba
Ayuntamiento de Corella
Ayuntamiento de Cubo de Tierra del Vino
Ayuntamiento de Dos Hermanas
Ayuntamiento de El Castillo de las Guardas
Ayuntamiento de El Real de la Jara
Ayuntamiento de El Sauzal
Ayuntamiento de Enguera
Ayuntamiento de Escalona
Ayuntamiento de Firgas
Ayuntamiento de Fuenlabrada
Ayuntamiento de Fuente del Arco
Ayuntamiento de Gandía
Ayuntamiento de Gijón
Ayuntamiento de Gotarrendura
Ayuntamiento de Guarroman
Ayuntamiento de Hermisende
Ayuntamiento de Ingenio
Ayuntamiento de Iniesta
Ayuntamiento de Junciana
Ayuntamiento de La Algaba
Ayuntamiento de Larva
ayuntamiento de las palmas de gran canaria
Ayuntamiento de Las Torres de Cotillas
Ayuntamiento de Lena
Ayuntamiento de Los Arcos
Ayuntamiento de Lupión
Ayuntamiento de Málaga
Ayuntamiento de Malpartida de Cáceres
Ayuntamiento de Mandayona
Ayuntamiento de Manises
Ayuntamiento de Marchena
Ayuntamiento de Marratxí
Ayuntamiento de Moguer

Ayuntamiento de Monforte de Lemos	Ayuntamiento de Sardón de Duero
Ayuntamiento de Monóvar	Ayuntamiento de Sax
Ayuntamiento de Montanejos	Ayuntamiento de Segorbe
Ayuntamiento de Moral de Calatrava	Ayuntamiento de Serradilla
Ayuntamiento de Noreña	Ayuntamiento de Siero
Ayuntamiento de Numancia de la Sagra	Ayuntamiento de Soto del Real
Ayuntamiento de O Carballiño	Ayuntamiento de Tafalla
Ayuntamiento de Órgiva.	Ayuntamiento de Tájola
Ayuntamiento de Orkoien	Ayuntamiento de Torrecillas de la Tiesa
Ayuntamiento de Paiporta	Ayuntamiento de Torrevieja
Ayuntamiento de Peñaranda de Bracmonste	Ayuntamiento de Totana
Ayuntamiento de Peñarroya-Pueblonuevo	Ayuntamiento de Úbeda
Ayuntamiento de Peñíscola	Ayuntamiento de Utrera
Ayuntamiento de Pezuela de Las Torres	Ayuntamiento de Valladolid
Ayuntamiento de Pinos Genil	Ayuntamiento de Vilalba
Ayuntamiento de Pollença	Ayuntamiento de Villanueva de Gallego
Ayuntamiento de Puebla de Cazalla	Ayuntamiento de Villar del Arzobispo
Ayuntamiento de Puente de Genave	Ayuntamiento de Villava
Ayuntamiento de Puertomingalvo	Ayuntamiento de Villaviciosa De Odon
Ayuntamiento de Pulianas	Ayuntamiento de Zamora
Ayuntamiento de Quart De Poblet	Ayuntamiento de Zumárraga
Ayuntamiento de Quintanilla Del Olmo	Ayuntamiento del Valle de Aranguren
Ayuntamiento de Ribaforada	Ayuntamiento del Valle de Yerri
Ayuntamiento de Roda de Berà	Ayuntamientode de Peal de Becerro
Ayuntamiento de Sa Pobla	Centro Comarcal de Información a la Mujer de Arquillos-Castellar-Chiclana de Segura-Montizon-Navas de San Juan y Sorihuela del Guadalimar
Ayuntamiento de San Esteban del Valle	Centro de la Mujer Ayuntamiento de Calera y Chozas
Ayuntamiento de San Fernando	Centro de la Mujer Ayuntamiento de Huércal-Overa
Ayuntamiento de San Fernando de Henares	Centro de la Mujer Consell Insular de Menorca
Ayuntamiento de San Isidro	CIM Coirós
Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes	CIM Concello de Xinzo de Limia
Ayuntamiento de Sant Antoni de Portmany	
Ayuntamiento de Sant Joan Despí	
Ayuntamiento de Santa Maria del Camí	
Ayuntamiento de Santa Susanna	

CIM de Palas de Rei	Mancomunidad de Municipios de la Comarca de Ordes
Concello de Bergondo	Mancomunidad de Municipios Siberia
Concello de Brión	Mancomunidad de Servicios Sociales Auñamendi (Valle de Aezkoa, Valle de Erro, Auritz-Burguete, Orreaga-Roncesvalles, Luzaide-Valcarlos)
Concello de Burela	Mancomunidad de Servicios Sociales de Base de Zona Noáin (Berriáin, Biurrun - Olcoz, Cendea de Galar, Ibargoiti, Monreal, Noáin, Tiebas - Muruarte de Reta, Unzué)
Concello de Coles	Mancomunidad de Servicios Sociales THAM
Concello de Fene	Mancomunidad La Serranía
Concello de Guitiriz	Mancomunidad La Vega (Algorfa, Jacarilla, Redován, San Miguel de Salinas)
Concello de Laxe	Mancomunidad Montes de Cijara
Concello de Maceda	Mancomunidad Santa Agueda
Concello de Miño	Mancomunidad Servicios Sociales de Base de Valdizarbe
Concello de Moaña	Mancomunidad Terra de Celanova
Concello de Mos	Mancomunidad Valdizarbe
Concello de Tordoia	Mancomunitat de Carraixet
Concello de Tui	Mancomunitat de Municipis de la Vall d'Albaida
Concello de Vilalba	Mancomunitat Pla de Mallorca
Concello de Xermade	Ordiziako Udala
Concello de Lalín	Patronato Servicios Sociales de Arona
Consell Comarcal del Baix Penedès	Servicios Sociales (PRAS) Fuente El Fresno
Consell de Mallorca	Servicios Sociales (PRAS) de Sta. Olalla, El Casar de Escalona y Otero
Cuadrilla de Gorbeialdea	Servicios Sociales de Berriozar, Berrioplano, Ansoain, Juslapeña e Iza
Diputación de Granada	Servicios Sociales de Daganzo de Arriba
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)	

Anexo 2. Organizaciones y personas expertas participantes en la encuesta

En las encuestas realizadas en el trabajo de campo, aquellas organizaciones y personas expertas, que se identificaron en los cuestionarios específicos, fueron las siguientes (a todas ellas les agradecemos su 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: listado de experiencias e informantes

Agradecemos a todas las expertas, entidades locales y organizaciones su participación en el estudio. La relación de informantes y experiencias analizadas es la siguiente:

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
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
E4		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
E6		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