



LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género



© Ministerio de Igualdad
Centro de Publicaciones
C/ Alcalá, 37 - 28071 Madrid

Este estudio ha sido promovido y coordinado por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, realizado por la Fundación Wassu-UAB.

El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de sus autores/as y su publicación no significa que la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género se identifique con el mismo.

NIPO: 048200277

Correo electrónico:
<http://www.publicacionesoficiales.boe.es>

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	8
CAPÍTULO III. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF) EN EL MARCO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	10
3.1. TIPOLOGÍA.....	14
3.2. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.....	17
3.3. ORIGEN, CREENCIAS Y RAZONES PARA LA PRÁCTICA	21
3.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA EN EL MUNDO.....	23
CAPÍTULO IV. CONTEXTO DE LA MGF EN ESPAÑA	27
4.1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA EN EL PAÍS.....	31
4.2. ESTIMACIÓN DE NIÑAS EN RIESGO.....	36
4.3. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA EN MATERIA DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	45
Escenarios y situaciones.....	45
La aplicación del Código Penal en los casos de MGF.....	47
La reagrupación familiar.....	51
La ley de protección del menor.....	52
Las leyes de protección de la violencia de género.....	53
La ley del derecho de asilo y protección subsidiaria.....	54
4.4. ANÁLISIS DE CASOS: SENTENCIAS Y ACTUACIONES PUNITIVAS.....	56
CAPÍTULO V. MODELOS DE ACTUACIÓN FRENTE A LA MGF	73
5.1. HERRAMIENTAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL ABORDAJE PROFESIONAL.....	78
CAPÍTULO VI. NECESIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS MUJERES Y NIÑAS	81
6.1. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP) DE LAS FAMILIAS.....	81
CAPÍTULO VII. ESTRATEGIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN INTERVENCIONES ANTE LA MGF	86
7.1. PROFESIONALES DE LA SALUD	86
7.2. PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS SOCIALES	89
7.3. PROFESIONALES DEL DERECHO.....	91
7.4. ACTIVISTAS DE ONG	94
7.5. RESPONSABLES DE POLÍTICAS PÚBLICAS	98
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	101

8.1. PERSPECTIVA LEGAL	101
8.2. PERSPECTIVA DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	102
8.3. PERSPECTIVA DE LAS MUJERES Y COMUNIDADES	103
8.4. PERSPECTIVA DE LOS/LAS PROFESIONALES	104
8.5. RECOMENDACIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
LEGISLACIÓN Y RESOLUCIONES.....	116
PROTOCOLOS Y GUÍAS	119
SENTENCIAS.....	122
ANEXOS	123
ANEXO 1. Solicitantes de protección internacional de países con prevalencia de MGF	123
ANEXO 2. Las Leyes autonómicas de Protección Jurídica del Menor	126
ANEXO 3. Las Leyes autonómicas de Protección de Violencia de Género.....	129
ANEXO 4. Guía de uso del Compromiso Preventivo	134
ANEXO 5. Resultados principales de la encuesta a comunidades	135

LISTA DE ABREVIATURAS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (United Nations High Commissioner for Refugees - UNHCR)
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women)
CGC	Cirugía Genital Cosmética
DHS	Encuesta Demográfica y de Salud (Demographic and Health Survey)
EIGE	Instituto Europeo para la Igualdad de Género (European Institute for Gender Equality)
GIPE/PTP	Grupo Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales
IAC	Comité Interafricano de Prácticas Tradicionales (Inter-African Committee on Traditional Practices)
MICS	Encuesta de Grupos de Indicadores Múltiples (Multiple Indicator Cluster Survey)
MGF	Mutilación Genital Femenina
NU	Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud (World Health Organization - WHO)
PTP	Práctica tradicional perjudicial
SECPRE	Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas (United Nations Population Fund)
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La violencia de género tiene múltiples formatos, víctimas y victimarios/as. A veces, está relegada al ámbito privado e íntimo, pero también la presenciamos en esferas públicas, laborales, en redes sociales, en los medios y en las calles. En ocasiones, es tan evidente y visible que duele, resulta casi imposible ignorarla; en otras, se camufla, la normalizamos y la transmitimos de generación en generación.

A nivel oficial en España, la violencia de género es definida como “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad” (Ley Orgánica 1/2004). La ley también especifica que este tipo de violencia es una manifestación de la desigualdad y las relaciones de poder.

Las mujeres y niñas, en todo el mundo, han sido afectadas por actitudes y prácticas frecuentes, heredadas, que forman parte de la arquitectura patriarcal que ha predominado en nuestra sociedad. Acoso, violación, quemadas de brujas, matrimonio infantil y forzado, asesinatos de honor, planchado de senos, mutilación genital femenina... constituyen graves violaciones a los derechos fundamentales, aquellos que, como sociedad, nos hemos comprometido a defender.

Así se reconoce la Mutilación Genital Femenina (MGF) en la esfera internacional, con graves implicaciones sanitarias y psicosociales: viola los derechos de mujeres y niñas a la integridad física y psicológica, afectando directamente a su salud sexual y reproductiva, perpetuando las desigualdades de género. Con los movimientos migratorios, lo que un día fue local, hoy es global, y la práctica está en diáspora a nivel mundial (Europa, Estados Unidos de América, Australia, entre otros). (Kaplan & GIPE, 2017).

La prevalencia de la MGF no está marcada sólo por barreras geográficas, sino que varía entre los grupos étnicos presentes en los 30 países del África Subsahariana y en algunos de Oriente Medio y Asia, en donde se realiza ancestralmente en el contexto de los ritos de paso y como elemento socializador de las niñas (UNICEF, 2016).

El peso demográfico de la población migrante subsahariana en España, con altas tasas de masculinidad, propicia a las reagrupaciones familiares, unidas a una elevada tasa de fecundidad de las mujeres africanas, augura un fuerte incremento en nuestras consultas y escuelas, de niñas en riesgo de ser sometidas a una MGF. Para los y las profesionales de atención primaria, esto ha supuesto descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales, en el marco de complejos procesos de aculturación e integración social (Kaplan *et al.*, 2006).

La MGF es una cuestión de derechos humanos y de violencia contra la mujer, con implicaciones sanitarias y psicosociales: viola el derecho de niñas y mujeres a la integridad y afecta directamente a su salud física, sexual, reproductiva y psicológica, perpetuando las desigualdades de género. Se trata, por tanto, de un problema que trasciende el marco puramente asistencial. En él, confluyen la vulneración de derechos humanos, la necesidad de un abordaje intercultural de cuestiones ligadas a la intimidad e identidad de las personas, y el compromiso moral de evitar prácticas tradicionales que implican un trato discriminatorio, violento, degradante y doloroso de las mujeres.

El objetivo general de este estudio, promovido y financiado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (DGVG) para dar respuesta a las medidas incluidas en el Pacto de Estado, es conocer la situación de la MGF en España a 2019, actualizando los datos recopilados en 2015. Permite reflexionar, desde un abordaje interdisciplinar, sobre las implicaciones legales, asistenciales y preventivas que conlleva la práctica. Además, se proponen recomendaciones para el desarrollo de acciones encaminadas a la atención, detección y prevención, a través de la formación y transferencia del conocimiento, con un espíritu integrador.

Por un lado, se expone: la problemática de la MGF en el marco de los Derechos Humanos y, en particular, de los derechos de las mujeres y las niñas; las tipologías, actualizadas de acuerdo a los parámetros establecidos por la OMS; las consecuencias para la salud, tanto físicas, como psicológicas y sociales; el origen de la práctica, las razones para su perpetuación y las nuevas tendencias, así como la cronología, desde una mirada antropológica y holística que permita, no justificarla, pero sí comprender a quienes realizan la práctica desde una óptica no estigmatizante; la distribución geográfica de la MGF en el mundo y la prevalencia en los países, acompañado de mapas y tablas.

Por otro lado, se describe: el contexto de España en relación a la MGF, la geografía en el país, la evolución de la población femenina adulta e infantil (de 0 a 14 años) proveniente de países donde se realiza la práctica; la historia de la MGF en España; los primeros casos; cómo se inicia el abordaje, la inclusión del tema en el Pacto de Estado contra la Violencia de Género; la evolución del relato de los medios de comunicación respecto al tema; el marco jurídico vigente y sus cuestionamientos para estudiar los casos tratados y juzgados en España.

El trabajo continúa con los modelos de actuación a nivel estatal, autonómico y municipal (en algunos casos). Se analizan los protocolos existentes, sus fortalezas y opciones de mejora. También, se presentan las herramientas disponibles para el abordaje por parte de profesionales de atención primaria, así como también se dedica especial atención a las comunidades en España, con vínculos con países donde se realiza la práctica. El énfasis está en las necesidades de acompañamiento y cuidado de las mujeres y niñas, así como los conocimientos, actitudes y prácticas de las familias en relación con la MGF.

Las estrategias y buenas prácticas en intervenciones ante la MGF tienen un apartado propio en el estudio, en el que se define lo que se entiende por abordaje preventivo y cuáles son sus agentes clave; se analizan modelos vigentes con buenos resultados en materia de prevención desde la Atención Primaria en salud, servicios sociales y educación. Finalmente, en las conclusiones y reflexiones, se ofrecen propuestas y recomendaciones para abrir el camino hacia un abordaje respetuoso y eficaz en la atención y prevención de la MGF en España.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Este informe ofrece un estudio detallado de la situación actual de la MGF en el estado español en toda su complejidad, presentando los resultados estructurados en ocho capítulos, cada uno con un objetivo distinto. Se ha utilizado metodología mixta, que permite aplicar diferentes técnicas de recogida de información, en función del ámbito de estudio.

En primer lugar, cabe destacar el trabajo etnográfico y científico desarrollado por la Dra. Adriana Kaplan, directora de la Fundación Wassu-UAB, desde 1987, tanto en origen como en destino, ya que constituye la base teórica del presente estudio. La revisión bibliográfica realizada de forma sistemática ha posibilitado la actualización de este conocimiento con investigaciones implementadas en otras zonas o por otras entidades, permitiendo plantear los principales debates.

Para estimar el número de niñas en riesgo de sufrir MGF en España se han utilizado datos del padrón, seleccionando la población femenina con nacionalidad en países donde la MGF se practica y considerando la prevalencia en cada país de origen. A partir de estos datos se ha elaborado una fórmula basada en la propuesta realizada por el European Institute for Gender Equality (EIGE), que se describe detalladamente en el apartado correspondiente.

La legislación española en materia de MGF tiene un peso importante en el trabajo, ya que su impacto en la prevención y abordaje de la práctica es relevante y se debe tener en consideración. Se ha hecho un análisis exhaustivo del código penal, de las leyes sobre reagrupación familiar, protección del menor, protección de la violencia de género y, finalmente, la ley del derecho de asilo y protección subsidiaria. De ellas, se han destacado los fragmentos relacionados con la MGF, reflexionando sobre su impacto y consecuencias en la práctica y en la vida de las personas migrantes. Este apartado también incluye un análisis de las sentencias y actuaciones punitivas por motivos de MGF que se presenta en formato tabla, para facilitar su visualización. De cada uno de ellos, se ha detallado el escenario o contexto, la condena y la controversia o las consecuencias finales para la familia (previstas o no previstas por parte de los profesionales del ámbito jurídico).

A continuación, se ha realizado el estudio de los protocolos de actuación existentes en las diferentes comunidades autónomas, teniendo en cuenta la diversidad en el grado de implementación y desarrollo de cada uno de ellos. Así, se han podido detectar las deficiencias de este tipo de documentos y cómo se puede mejorar su aplicación. En este sentido, se ofrece un listado de recursos y herramientas existentes en la actualidad, que pueden ayudar a los/las profesionales a mejorar el abordaje del tema con las familias, trabajando en la prevención de una forma más respetuosa con la cultura.

Las necesidades de acompañamiento y atención de las mujeres y las niñas de países donde se practica la MGF que residen en España, se han recogido a través de un

cuestionario cerrado, con el objetivo de poder visualizar tendencias y problemáticas presentes en este ámbito. La muestra, seleccionada de forma intencional, incluye a 82 familias residentes que fueron encuestadas de forma presencial por alguna de las dos mediadoras culturales que participaron.

Finalmente, se hicieron 26 entrevistas en profundidad a profesionales con cinco perfiles distintos (profesionales de la salud, de los servicios sociales, del derecho, activistas de ONGs y responsables de políticas públicas), que permitieron identificar los dilemas y problemáticas que encuentran en el abordaje de la MGF desde su experiencia profesional, así como ejemplos de las buenas prácticas más relevantes. Para poder establecer el contacto con los/las informantes, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género redactó una carta explicativa del proyecto, que fue entregada a las personas para que pudiesen decidir de forma voluntaria e informada, si querían colaborar en el estudio.

CAPÍTULO III. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF) EN EL MARCO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La Mutilación Genital Femenina (MGF)¹ es una práctica tradicional con fuertes y ancestrales raíces socioculturales. Es definida por la OMS (2013) como "*todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos*". Usualmente se realiza a niñas entre 0 y 14 años y, ocasionalmente, a mujeres adultas.

UNICEF la considera una Práctica Tradicional Perjudicial (PTP) juntamente con el matrimonio infantil o forzado, las ataduras, los arañazos, las quemaduras, las marcas, los ritos iniciáticos violentos, el engorde, los crímenes de honor y la violencia relacionada con las dotes, el exorcismo o la "brujería". (Asamblea General de la ONU, 2006).

La prevalencia de esta práctica varía entre grupos étnicos, pero se concentra en 30 países de África, principalmente en la región subsahariana, aunque también en otras zonas del continente. También se ha registrado en países de Medio Oriente y Asia, así como en comunidades en Europa del Este y América del Sur.

Pese a que el número exacto es desconocido, UNICEF (2016) estima que más de 200 millones de mujeres y niñas vivas han pasado por la MGF. De ellas, más de la mitad vive concentrada en tres países: Indonesia, Egipto y Etiopía, y alrededor de 44 millones son menores de 15 años. La entidad también calcula que, cada año, más de 3 millones de niñas se encuentran en riesgo de ser mutiladas.

Aunque socialmente en Europa y Estados Unidos se perciba como una práctica arcaica y bárbara, muy alejada de nuestra cultura, se debe recordar que desde el siglo XVII y hasta el XX, se han utilizado procedimientos químicos, quirúrgicos y terapias electroconvulsivas para prevenir y tratar la epilepsia, la histeria, la masturbación o la ninfomanía, los que se consideraban problemas sexuales de las mujeres. (Fernández *et al.*, 2018). Estas prácticas no se consideran Mutilación Genital Femenina porque en esa época todavía no se había acuñado el término, pero debemos considerarlas para comprender que todas las sociedades han desarrollado distintas técnicas de control de la sexualidad de las mujeres, con grados de violencia elevados. (Correa, 2019).

¹ En este informe, nos referiremos a Mutilación Genital Femenina (MGF) por ser el término utilizado en las agendas internacionales.

Con los flujos migratorios, la práctica se transformó en una realidad a abordar en muchos países occidentales, incluidos Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido y los países de la Unión Europea. Es por ello que su abandono se convierte en un desafío que, para superar, requiere aunar esfuerzos interdisciplinarios alrededor de todo el globo.

La MGF es un fenómeno complejo, sensible y politizado, cuya comprensión es limitada si la ceñimos a definiciones normativas, clasificaciones y barreras geográficas. Incluso, se ha debatido en torno a la terminología utilizada para nombrarla. La práctica ha sido llamada circuncisión femenina o sólo circuncisión, refiriéndose a una práctica cultural realizada en ambos sexos, un rito de paso a la adultez, pero que no implica violencia o agresión en su significado. En los setenta, el término mutilación genital femenina fue introducido por activistas feministas para enfatizar que se trata de una violación a los derechos humanos de mujeres y niñas (Kaplan & Salas, 2017).

El trabajo de colectivos feministas durante esa década dio como fruto la primera legislación específica sobre temas de género, un paso crítico en la agenda internacional de cara a reconocer los abusos en materia de derechos humanos que tienen lugar en la esfera privada (Falcão, 2017). En 1979, La Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, instaba a los estados parte a eliminar las discriminaciones mediante el compromiso de *“modificar los patrones de conductas sociales y culturales de hombres y mujeres, con miras a lograr la eliminación de los prejuicios y las prácticas habituales y de cualquier otra índole, basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de cualquiera de los sexos o en roles estereotipados de hombres y mujeres.”* (CEDAW, Resolución 34/180, Art. 5).

A comienzos de los noventa, el Comité Interafricano de Prácticas Tradicionales (IAC) y la OMS adoptaron el término MGF, lo cual, acompañado de otros tres hitos, comportó la entrada de la práctica en la agenda internacional de derechos humanos y de violencia de género (Nuño & Thill, 2017). En 1990, la Recomendación General N° 14: Circuncisión Femenina (CEDAW, 1990) instaba a los estados miembro a *“tomar medidas apropiadas y efectivas con miras a erradicar la circuncisión femenina”*. En 1992, la Recomendación N° 19: Violencia contra la Mujer (CEDAW, 1992) incorpora el término *“mutilación genital”* como parte de un conjunto de *“prácticas perpetuadas por la cultura y la tradición que son perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas”* (Art. 12). Por último, la MGF y otras prácticas tradicionales perjudiciales, fueron incluidas por la Asamblea General de Naciones Unidas (NU) en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993):

“Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

a) *La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, **la mutilación genital femenina** y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;*

b) *La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;*

c) *La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”.*

(Artículo 2, Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993).

A partir de entonces, las entidades internacionales se van sumando al proyecto por abandonar y combatir la práctica. En 1997, la OMS, UNICEF y UNFPA realizan una declaración conjunta en contra de la MGF; la Asamblea General de NU emite la resolución 56/128 sobre Prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y las niñas (2002), afirmando que *“las prácticas tradicionales o consuetudinarias nocivas, incluida la mutilación genital femenina, constituyen una grave amenaza a la salud de las mujeres y las niñas, y pueden tener consecuencias fatales”*. En 2003 la Unión Africana firma el Protocolo a la Carta Africana sobre Derechos Humanos de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África (Protocolo de Maputo), un protocolo adicional a la Carta Africana de Derechos Humanos, que garantiza derechos a las mujeres y que, en el Artículo 5 sobre la Eliminación de Prácticas Perjudiciales, establece: *“prohibition, through legislative measures backed by sanctions, of all forms of female genital mutilation, scarification, medicalisation and para-medicalisation of female genital mutilation and all other practices in order to eradicate them”*.

Otras iniciativas internacionales en pos del abandono de la MGF son:

- 2007: UNFPA y UNICEF lanzan el Programa Conjunto sobre Mutilación Genital Femenina, para acelerar el abandono de la práctica. Se implementa en 17 países de África y Oriente Medio, además de apoyar iniciativas regionales y globales.
- 2008: La OMS junto a otras 9 entidades de NU publican *“Eliminar la mutilación genital femenina: una declaración interinstitucional”*, que provee la evidencia recolectada en la década anterior, sobre la MGF.
- 2010: La OMS publica la *“Estrategia global para evitar que los proveedores de atención médica realicen la mutilación genital femenina”*, en colaboración con otras agencias clave de NU y organizaciones internacionales.

- 2011: Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul) subraya en el Artículo 38 - Mutilación Genital Femenina, que los Estados Miembro tienen la obligación de penalizar *“(a) excising, infibulating or performing any other mutilation to the whole or any part of a woman’s labia majora, labia minora or clitoris”*. Esta Convención no solo protege a mujeres y niñas en riesgo de MGF, sino que también a aquellas que viven con sus consecuencias. Además, establece que la cultura, la costumbre, la religión, la tradición o el llamado "honor" no pueden ser una justificación para ningún acto de violencia contra la mujer.
- 2012: La Asamblea General de NU adopta la Resolución 67/146 de *“Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación femenina”*.
- 2015: la comunidad global establece una serie de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que trazan el rumbo de las iniciativas para el desarrollo hasta 2030. La novedad, respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es que todos y cada uno de los países son responsables, ante sus ciudadanos y la comunidad internacional, de implementar la agenda. En el ODS 5, igualdad de género, se encuentran la meta 5.3. *“eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina”*.
- 2016: la OMS, en colaboración con el programa conjunto UNFPA-UNICEF, establece las primeras pautas basadas en evidencia sobre el manejo de las complicaciones de salud de la MGF. Las pautas se desarrollaron en base a una revisión sistemática de las intervenciones de salud para mujeres que viven con MGF.

6 de febrero: Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina

En 2012 la Asamblea General de NU designa el 6 de febrero como el Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, con el objetivo de ampliar los esfuerzos internacionales para el abandono de la práctica. La Asamblea hizo una llamada a los estados y sociedad civil para seguir celebrando ese día intensificando las campañas de concienciación.

Este día de lucha tiene su antecedente en el 6 de febrero de 2003, cuando Stella Obasanjo, primera dama de Nigeria y vocera de una campaña contra la práctica, realizó una declaración oficial sobre *“Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina”* en África, durante la conferencia liderada por el Comité Interafricano en Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de Mujeres y Niñas.

3.1. TIPOLOGÍA

En 1997, la OMS clasificó la MGF en cuatro tipos diferentes. Desde entonces, la experiencia del trabajo ha revelado la necesidad de subdividir estas categorías, integrando matices y capturando el grado de severidad (que corresponde a la cantidad de tejido dañado) y los riesgos para la salud, relacionados directamente con el tipo de MGF realizada y el tejido que se extrae o corta.

Las cuatro tipologías principales y sus subtipos son (OMS, 2016):

- **Tipo I:** Resección total o parcial del clítoris y/o del prepucio.
 - Tipo Ia: Resección del prepucio/capuchón del clítoris (circuncisión).
 - Tipo Ib: Resección del clítoris con prepucio (clitoridectomía).
- **Tipo II:** Resección parcial o total del clítoris y labios menores, que puede incluir el corte de los labios mayores (escisión).
 - Tipo IIa: Resección de los labios menores solamente.
 - Tipo IIb: Resección parcial o total del clítoris y los labios menores
 - Tipo IIc: Resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.
- **Tipo III:** Estrechamiento o sellado de la abertura vaginal, mediante el corte y recolocación de los labios menores y, a veces, también de los labios mayores, con o sin resección del clítoris. Se dejan pequeños orificios para la salida de la orina y sangre menstrual. La infibulación puede ser el resultado del proceso de cicatrización y no necesariamente de la sutura.
 - Tipo IIIa: Resección y aposición de los labios menores, con o sin escisión del clítoris.
 - Tipo IIIb: Resección y aposición de los labios mayores, con o sin escisión del clítoris.

La desinfibulación consiste en la técnica de realizar un corte para abrir la abertura vaginal sellada de la mujer que fue sometida a la infibulación. Este procedimiento se realiza a menudo para permitir las relaciones sexuales, facilitar el parto o mejorar la salud y bienestar de la mujer.

Pese a los riesgos para la salud, algunas mujeres se someten a una re-sutura de la abertura vaginal luego de haber sido desinfibuladas, por ejemplo, tras el parto. Esto significa que una mujer podría pasar por repetidas infibulaciones y desinfibulaciones a lo largo de su vida.

- **Tipo IV:** Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos, de severidad variable y sin finalidad médica. Algunos ejemplos son: punciones, *piercings*, incisión en el clítoris o labios, elongación del tejido, cauterización del clítoris y tejido adyacente, raspaduras del orificio vaginal o corte de la vagina, entre otros.

Respecto a la **Cirugía Genital Cosmética (CGC)**, la OMS añade una consideración en la que manifiesta que la definición de MGF es amplia e incluye algunos de los procedimientos considerado como CGC. “Some practices, such as genital cosmetic surgery and hymen repair, which are legally accepted in many countries and not generally considered to constitute female genital mutilation, actually fall under the definition used here.” (WHO, 2008: 28). Esto abre el debate que plantean Johnsdotter y Essén con la siguiente pregunta:

“How can it be that extensive genital modifications, including reduction of labial and clitoral tissue, are considered acceptable and perfectly legal in many European countries, while those same societies have legislation making female genital cutting illegal, and the World Health Organization bans even the “pricking” of the female genitals?” (2010: 29).

Estas autoras plantean la necesidad de puntualizar las leyes, defendiendo específicamente el derecho a la integridad corporal de todos los menores, hasta llegar a la edad donde puedan expresar su consentimiento, cuando todas las mujeres tienen el derecho de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, independientemente de su pertinencia étnica o color de piel.

La CGC es un fenómeno que ha aumentado a lo largo del tiempo, especialmente en Reino Unido y Estados Unidos, de donde se dispone de más datos. En una nota de agosto de 2018 del portal Cúdate Plus, en la que se entrevistó a la Dra. Ainhoa Placer, entonces vocal de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (Secpre), la médica explica que las intervenciones más solicitadas por las pacientes son: labioplastia o ninfoplastia (reducción de labios menores), himenoplastia (reconstrucción del himen), liposucción del monte de venus, y vaginoplastia (para re-tensar los músculos de la vagina).

El artículo sostiene, además, que en 2013 el total de intervenciones de cirugía genital fueron 965. La Dra. Placer dice que *“el perfil son mujeres de entre 20 y 50 años”* y que *“las complicaciones más comunes son, como en todas las cirugías, la infección o sangrado, pero tomamos las medidas necesarias para minimizarlas”*.

Según lo expuesto por la Dra. Boddy (2019), España tiene 173 clínicas de labioplastias con autopublicidad, el primero de una serie de 21 países alrededor del globo con más de 20 clínicas con las mismas características:

Tabla 1: Países con más de 20 clínicas de labioplastia con autopublicidad. Mayo 2019

Países	Nº de clínicas
España	173
Reino Unido	113
India	110
Australia	93
Turquía	93
Alemania	80
Italia	69
Polonia	54
EE.UU.	50
México	48
República Checa	48
Canadá	45
Francia	38
Bélgica	31
Holanda	30
Rusia	28
Brasil	28
Grecia	24
Suiza	23
Hungría	21
Filipinas	20

Fuente: Boddy (2019). Presentación en workshop “Rethinking Female Genital Operations: New perspectives on the Zero tolerance Debate”, en Third G-International Expert Meeting on FGM/C. Bruselas, 22 de mayo de 2019.

En su tesis *Una mirada caleidoscópica sobre la mutilación genital femenina en Cataluña* (2017), la Dra. Aina Mangas plantea que el auge de la CGC preocupa a un sector de los profesionales de la salud debido a la falta de información acerca de las consecuencias a largo plazo que pueda comportar, como también por la realización de las intervenciones a niñas menores de 14 años, previo consentimiento de los padres. Mangas deja planteada la paradoja acerca de un mismo fenómeno que, desde la perspectiva occidental, se tolera y practica en clínicas europeas cuando se trata de estética, mientras que se condena y

considera como un atentado a la integridad de mujeres y niñas cuando se trata de las otras tipologías de MGF.

3.2. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

Estudios del área de la salud y de la antropología aportan evidencias de que la MGF impacta de forma negativa en la salud y bienestar de mujeres y niñas, y conlleva riesgos obstétricos, sexuales y psicológicos. Sin embargo, obtener datos precisos acerca de las consecuencias relacionadas directamente con la MGF es un desafío.

La dificultad radica en que las consecuencias derivadas de la MGF varían en función del tipo, el estado general de salud de mujeres y niñas, el lugar y las condiciones de higiene en que se practica, el instrumento utilizado para el corte, y la persona que la realiza (Leye, 2017).

Hay que tener presente que la MGF afecta a la región vulvar, una zona muy vascularizada e inervada, y que, además, se interviene en el aparato sexual, zona íntima y profundamente sensible para la mujer (Kaplan & GIPE/PTP, 2010, 2017).

Pese a la complejidad, la OMS publicó una guía para el manejo de las consecuencias clínicas de la MFG (OMS, 2016), basada en una revisión exhaustiva de la evidencia disponible que, a modo general, clasifica las repercusiones de la MGF para la salud en función del momento en que impactan (a largo o a corto plazo), en la naturaleza de las consecuencias (obstétricas, sexuales, psicológicas, etc.), o ambas (Leye, 2017).

Las tablas que se presentan a continuación aportan una visión general de las complicaciones a corto y a largo plazo que comporta la MGF para la salud, así como los riesgos obstétricos y psico-sexuales.

Tabla 2. Posibles complicaciones y riesgos asociados a la MGF

COMPLICACIONES A CORTO PLAZO	Hemorragias.
	Dolor severo.
	Shock.
	Hinchazón del tejido genital, debido a una infección local o respuesta inflamatoria.
	Infecciones en el tracto urinario, el tracto genital y/o reproductivo, que pueden ser agudas o locales. Pueden causar sepsis o septicemia y provocar la formación de abscesos.
	Retención urinaria, debido al dolor cuando pasa la orina a lo largo de los bordes de la herida o al daño en el tracto urinario después del corte.
	Infección o mala cicatrización de la herida.
	Muerte debido a sangrado severo o septicemia.

Fuentes:

Berg, R.; Underland, V.; Odgaard-Jensen, J.; Fretheim, A.; Vist, G.E. (2014). "Effects of female genital cutting on physical health outcomes; a systematic review and meta-analysis". En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 5-7. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en el *British Medical Journal Open* 4:11 (2016). Doi: 10.1136/bmjopen-2014-006316.

Ivazzo, C.; Sardi, T.A.; Gkegkes, I.D. (2013). "Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence". En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Gynecology and Obstetrics* 287:6 (2016). Doi: 10.1007/s00404-012-2708-5.

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO	Daño en el tejido genital, con el consiguiente dolor crónico vulvar y del clítoris.
	Flujo vaginal anormal producido por infecciones crónicas del tracto genital.
	Picor vaginal.
	Problemas menstruales, como dismenorrea, menstruaciones irregulares y dificultad para el paso de la sangre menstrual.
	Infecciones del tracto reproductivo que pueden causar dolor pélvico crónico.
	Infecciones genitales crónicas, incluido un mayor riesgo de vaginosis bacteriana.

	Infecciones del tracto urinario, que pueden llegar a ser recurrentes.
	Dolor al orinar debido a la obstrucción e infecciones recurrentes del tracto urinario.
<p>Fuentes:</p> <p>Berg, R.; Underland; V.; Odgaard-Jensen, J.; Fretheim, A.; Vist, G.E. (2016). "Effects of female genital cutting on physical health outcomes; a systematic review and meta-analysis". En WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation, 5-7. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en el British Medical Journal Open 4:11 (2014). Doi: 10.1136/bmjopen-2014-006316.</p> <p>Ivazzo, C.; Sardi, T.A.; Gkegkes, I.D. (2016). "Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence". En WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en Gynecology and Obstetrics 287:6 (2013). Doi: 10.1007/s00404-012-2708-5.</p>	

RIESGOS OBSTÉTRICOS: relacionados con el embarazo, parto y posparto.	Cesárea: uso de cirugía para dar a luz a un bebé. La cesárea es una cirugía mayor y conlleva riesgos.
	Hemorragia posparto: pérdida de sangre de 500 ml o más.
	Episiotomía: procedimiento quirúrgico para ensanchar la salida del canal de parto para facilitar dar a luz al bebé y evitar una rasgadura irregular del área entre el ano y la vulva.
	Trabajo de parto prolongado.
	Desgarros / laceraciones perineales. Las lágrimas o desgarros perineales se presentan principalmente en las mujeres como resultado de un parto vaginal, el cual tensa el perineo, el área entre el ano y la vulva.
	Parto asistido.
	Trabajo de parto difícil / distocia.
	Estancias prolongadas en el hospital posparto.
	Muerte fetal o muerte neonatal (durante las primeras cuatro semanas después del nacimiento).
Reanimación infantil en el parto.	
<p>Fuentes:</p> <p>Berg, R.; Underland; V.; Odgaard-Jensen, J.; Fretheim, A.; Vist, G.E. (2016). "An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences on female genital mutilation/cutting". En WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation, 6. Ginebra: Organización</p>	

Mundial de la Salud. Originalmente publicado en el *Obstetrics and Gynecology International* (2014). Doi: 10.1155/2014/542859.

Grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre mutilación genital femenina y el resultado obstétrico (2016). "Female genital mutilation and obstetric outcome:WHO collaborative prospective study in six African countries". En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Lancet* 367:9525 (2006). Doi. 10.1016/S0140-6736(06)68805-3.

RIESGOS SEXUALES	Dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), que es mayor con el tipo III de MGF.
	Disminución de la satisfacción sexual.
	Reducción del deseo sexual y la excitación.
	Disminución de la lubricación durante las relaciones sexuales.
	Reducción de la frecuencia de orgasmo o anorgasmia.

Fuentes:

Berg, R.; Underland, V.; Odgaard-Jensen, J.; Fretheim, A.; Vist, G.E. (2016). "Effects of female genital cutting on physical health outcomes; a systematic review and meta-analysis". En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 5-7. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en el *British Medical Journal Open* 4:11 (2014). Doi: 10.1136/bmjopen-2014-006316.

Berg, R.; Denison, E.; Fretheim, A. (2016). "Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies." En: *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Kunnskapssenteret* 13 (2010).

RIESGOS PSICOLÓGICOS	Trastorno de estrés postraumático.
	Trastorno de ansiedad.
	Depresión.

Fuente:

Vloeberghs, E.; Van der Kwaak, A.; Knipscheer, J.; Van den Muijsenbergh, M. (2016). "Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in Netherlands". En: *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 7. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en el *Ethnicity and Health* 17:6 (2012). Doi: 10.1080/13557858.2013.771148. 10.1136/bmjopen-2014-006316.

3.3. ORIGEN, CREENCIAS Y RAZONES PARA LA PRÁCTICA

La primera referencia explícita sobre la clitoridectomía fue hecha por el geógrafo e historiador griego Estrabón, alrededor del siglo I A.C, quien menciona como parte de las costumbres egipcias, la circuncisión de los niños y la escisión de las niñas (Strabo, 1983; citado en Johnsdotter, 2012). Hay evidencias que apuntan a que la práctica podría haber sido habitual en esa región incluso antes, aunque las menciones son breves, no dejan claro si se trata de circuncisión femenina o masculina, o es difícil de estimar su fiabilidad (Johnsdotter, 2012).

A menudo llamado “el padre de la historia”, Heródoto (480 – 420 a.C.) afirmaba que los fenicios que mantenían relaciones sexuales con las hellas, dejaban de imitar a los egipcios y no circuncidaban a sus hijos (Heródoto, 1981 [1920]; citado en Johnsdotter, 2012). Sin embargo, no se refiere explícitamente a la circuncisión de las niñas en estas declaraciones. Del mismo modo, cuando Agatharchides de Cnidus, geógrafo del siglo II, menciona la mutilación de los órganos sexuales entre los "Trogloditas" (habitantes de las cuevas), es un punto discutible si se refiere a la circuncisión masculina o femenina (Johnsdotter, 2012).

El historiador Castañeda (2003) sitúa el origen de la MGF en el siglo V a. C. Plantea que, probablemente, formaba parte de un rito de paso realizado entre egipcias, fenicias, hititas y etíopes y, desde Egipto, esta práctica fue llevada a Sudán y al cuerno de África. Las primeras referencias en papiro datan del siglo II a. C, donde se habla de una niña que se encuentra en edad de sufrir una ablación a la manera egipcia. A partir de este punto, diversos autores relacionan la práctica con grupos africanos que tenían contacto con los egipcios.

Existen muchas explicaciones locales acerca del origen de la MGF, una importante es la que entrega el mito de la creación del pueblo Dogón, de Malí. Según este mito, el dios Cielo masculino quería unirse a la Tierra femenina, sin embargo, el coito fue impedido por su clítoris, que se erguía como un hormiguero. Una vez que el dios Cielo eliminó la obstrucción, se pudo unir a la Tierra sometida a la escisión (Griaule, 1987; Kaplan, 1998; Johnsdotter, 2012).

La MGF tiene arraigado un fuerte significado simbólico entre las comunidades que la practican, además de una estructura social que la mantiene. Es altamente valorada en los grupos étnicos que la perpetúan, se considera una actividad dentro del ciclo vital de las mujeres y su realización cuenta con el consentimiento de la comunidad e, incluso, de la mayoría de las familias de las niñas. En algunas sociedades, forma parte de las ceremonias de iniciación, vinculada a dos valores básicos de la cultura: el sentimiento de pertenencia a la comunidad (identidad étnica) y el de complementariedad entre los sexos (identidad de género) (Kaplan, 1998; Kaplan et al., 2013; Kaplan & GIPE/PTP, 2017; GIPE/PTP, 2010).

Muchas mujeres que perpetúan la práctica, no dan una justificación explícita a la acción, sino que se someten a ella. Cuando se indagan los motivos para continuar con la MGF, aparecen diversas razones, como la tradición o la religión, pese a que la MGF se practica tanto en comunidades musulmanas, cristianas coptas y judías falashas y que no se menciona ni en la Biblia ni el Corán. También, mencionan motivos higiénicos, ya que en algunas comunidades los genitales externos de las mujeres son considerados “sucios”, y estéticos, porque se cree que el clítoris podría alcanzar las dimensiones del pene si no es escindido. Otras razones que se han dado tienen que ver con el control de la sexualidad de las mujeres, ya que consideran que la MGF preserva la virginidad, en muchas sociedades, un requisito indispensable para el matrimonio del cual depende el honor de la familia, y también evita la promiscuidad de las mujeres. Por último, también se cree que la práctica puede incrementar la fertilidad, previene el nacimiento de bebés muertos y potencia la fecundidad (Kaplan, 1998).

Tradicionalmente, las niñas son circuncidadas desde edades tan tempranas, que van desde los días posteriores al nacimiento, hasta la pre-pubertad. Existen variaciones en función de los grupos étnicos, aunque la intervención es realizada antes de la primera menstruación. Esta dinámica ritual queda enmarcada dentro de un entorno familiar y comunitario en el que las mujeres mayores y las ancianas ocupan la centralidad. Son las madres y las abuelas las que organizan y protagonizan el ritual de sus hijas y nietas, ya que consideran que es lo mejor que deben hacer para educarlas adecuadamente y prepararlas para la edad adulta y el matrimonio.

Estudios recientes, como el de Tomás et al. (2018), muestran como en Senegal el ritual está cambiando, separándose de la práctica de la MGF. Para evitar la persecución legal, el corte se realiza clandestinamente a edades más tempranas que antes mientras que el rito de iniciación durante el cual se transmiten conocimientos y que constituye la entrada de las niñas en el mundo secreto de las mujeres, tiene lugar de forma pública en la adolescencia. En esta línea de acción hay propuestas como las de *Iniciación sin Mutilación* (Kaplan, 2004) donde se respeta el ritual de pertenencia social y transmisión de conocimientos, pero no se realiza la parte de la modificación corporal.

Paralelamente, existen consecuencias derivadas de la no realización del ritual, como la marginación, la humillación y la exclusión de la niña no circuncidada. Negarse a su realización supone cuestionar la autoridad de sus mayores en las sociedades fuertemente gerontocráticas de origen, produciendo un conflicto de lealtades. Se lee como un rechazo de los orígenes y una “conversión” a las pautas de vida occidentales, considerando que las personas migrantes “se han vuelto blancas”, o “viven como las blancas”.

A través de estudios antropológicos en los países de origen donde se practica la MGF se puede llegar a un mayor y mejor entendimiento de los entramados socio-culturales complejos que perpetúan la MGF. Este conocimiento es necesario para construir enfoques preventivos y de atención respetuosos con la cultura de origen.

Llegados a este punto, es interesante rescatar la reflexión de Johnsdotter (2012), que plantea que cuando intentamos abordar y comprender la MGF, asumimos que es un fenómeno africano, que nos implica sólo porque está en diáspora. Omitimos la larga lista de prácticas de cortes genitales femeninos que se han dado en occidente (y que continúan, como las CGC a menores), además del hecho de que la mayor parte de la documentación e investigación es de producción occidental. Miramos a la MGF como una práctica de “otros”, pero la interpretamos bajo “nuestras” perspectivas y valores.

Muchos procedimientos de corte genital femenino se incorporaron al modelo médico de enfermedad y cura en Europa y Estados Unidos, por lo que tuvieron un nivel de legitimidad y se realizaron en un número desconocido de mujeres. A comienzos del 1800, se realizaron formas de MGF medicalizadas en Alemania, Francia e Inglaterra, siendo el cirujano británico Isaac Baker-Brown, el “referente” de la práctica en Occidente de aquella época (Johnsdotter, 2012).

El Dr. Baker-Brown estuvo especializado en enfermedades de la mujer, y en 1858 fundó el *“London Surgical Home for the Reception of Gentlewomen and Females of Respectability suffering from Curable Surgical Diseases”* (“Hogar quirúrgico de Londres para la recepción de damas y mujeres de respetabilidad que padecen enfermedades quirúrgicas curables”) (King 1998: 14), donde desarrolló nuevas técnicas quirúrgicas. Baker-Brown realizó un número desconocido de clitoridectomías en mujeres con diagnósticos tan diversos como incontinencia urinaria, hemorragia uterina, epilepsia, histeria, idiotez y manía (King, 1998; Sheehan, 1997; The Lancet, 1866). Tratar y “curar” trastornos físicos y mentales a través de soluciones que lesionaban los genitales femeninos, no se consideró controvertido y, no sólo fueron extirpaciones de clítoris, también la aplicación de cáusticos (Moore y Harris, 1866: 699).

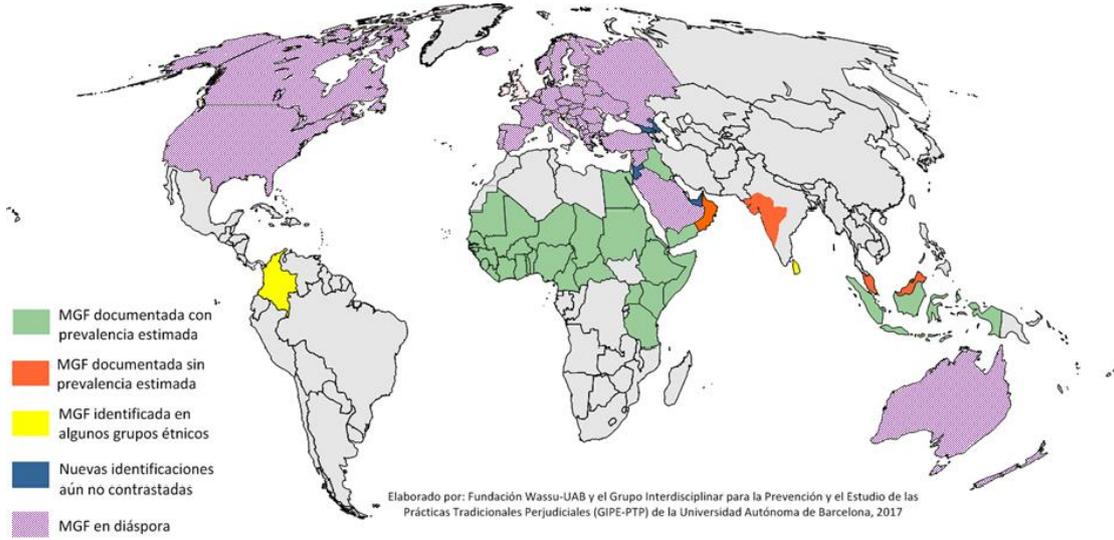
3.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA EN EL MUNDO

La MGF, como práctica tradicional, se realiza en 30 países de África, principalmente en la zona subsahariana, aunque también está presente en países de Asia (en las regiones de Oriente Medio y el Sudeste Asiático) y en algunas comunidades en América del Sur y Europa del Este. En Oriente Medio la MGF se realiza en Omán (Al Hinai, 2014), Emiratos Árabes Unidos (Marzouqi, 2011) y Yemen (Office of the Senior Coordinator for International Women’s Issues, 2001), así como también en Irak (Wadi, 2012), Irán (Ahmadi, 2015), el Estado de Palestina (UNFPA, 2019) y Jordania (UNDP, 2018). Ciertos grupos étnicos en países del Sudeste Asiático que realizan la MGF se localizan en India (Taher, 2017), Indonesia (Budiharsana, Amaliah, & Utomo, 2003), Malasia (Dahlui, Wong, & Choo, 2012), Pakistán (UNFPA, 2019) y Sri Lanka (Senanayake, 1996). En Europa del Este, el grupo de los Avar ubicados al este de Georgia (Mirmaksumova, 2016) y en la Federación Rusa. En América del Sur, se practica entre las Emberá-Chamí y las Nasa en Colombia, aunque también se han registrado casos en Ecuador, Panamá y Perú (UNFPA, 2019).

Los movimientos migratorios y la globalización han permeado las fronteras políticas. Las personas migran llevando sus culturas y tradiciones, hoy lo local es global y la MGF está en diáspora. Los movimientos migratorios transnacionales y el aumento de la población refugiada, intensificados a partir de los años 70 a causa de las diversas crisis que afrontaron los países africanos, han implicado que la MGF sea una realidad presente en los países europeos, Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda.

En los siguientes mapas se ilustra la geografía de la MGF y la prevalencia por países en África, así como su distribución en la diáspora. Es importante tener en cuenta que no todos los grupos étnicos habitantes de un país practican la MGF y que no todas las etnias que la practican lo hacen de la misma forma.

Mapa 2. La MGF en la diáspora



Fuente: Kaplan, A. & Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). (2017). *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales*. (2.ª ed.). Barcelona.

MGF documentada con prevalencia estimada	MGF documentada sin prevalencia estimada	MGF identificada en algunos grupos étnicos	Nuevas identificaciones aún no contrastadas
26 países de África subsahariana	Malasia	Sri Lanka	Emiratos Árabes
Egipto	Omán	Colombia	Jordania
Iraq	India	Filipinas	Daguestán
Yemen			Georgia
Indonesia			

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019.

CAPÍTULO IV. CONTEXTO DE LA MGF EN ESPAÑA

Aunque en España se detectaron algunos casos de mutilación genital femenina practicados en Catalunya en el año 1993 y en Palma de Mallorca en 1996, no existen pruebas fehacientes de que se hayan realizado más mutilaciones en el país (Caño *et al.*, 2008). España no tiene un plan específico para combatir la MGF a un nivel integral y la práctica entró en la agenda estatal en materia de violencia de género, a través de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016), publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En el documento, la MGF se enmarca en el cuarto objetivo: “visibilización y atención de otras formas de violencia contra la mujer” y, pese a que la Estrategia promueve la adopción de un protocolo sanitario en relación con la MGF (medida 185), el trabajo que plantea está centrado en la información y comunicación, con la DGVG como responsable del seguimiento y ejecución:

“Elaborar un documento informativo sobre los matrimonios forzados, mutilación genital, agresiones sexuales y trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual” (medida 166).

“Fomentar acciones para la conmemoración del Día Mundial de Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina (6 de febrero)” (medida 176).

Siguiendo la Estrategia Nacional, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad lanza en 2015 el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*, que guía a los/las profesionales de la salud en la detección, tratamiento y prevención de la práctica. El hecho de que dicho protocolo solo se centre en la atención médica, no garantiza un enfoque integral del problema. Además, dada la estructura política de España, existe una falta de homogeneidad de políticas y servicios públicos entre las Comunidades Autónomas en materia de prevención, protección y enjuiciamiento de casos de MGF. Los factores que conducen a tal diversidad incluyen: si la Comunidad Autónoma ha incluido la MGF en su marco legal específico sobre la violencia de género contra las mujeres; si ha desarrollado un plan de acción concreto o un protocolo; y si este último se centra en la atención médica o si es más integral.

Al respecto, el *Joint Shadow Report* de España y el *State report*, documentos que analizan el cumplimiento por parte del Estado del Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul, firmado en 2011 y ratificado por España en 2014), coinciden en que no hay recursos suficientes para un abordaje preventivo y respetuoso que no revictimice a mujeres y niñas y que no se enfoque solamente desde el lado punitivo. Ambos reportes subrayan la necesidad de contar con un protocolo en materia de MGF a nivel nacional, tomando el ejemplo de los protocolos desarrollados por algunas Comunidades

Autónomas o entidades especializadas, con enfoques multidisciplinarios y multiinstitucionales. Los informes apuntan que, si bien las regulaciones penales y procesales pertenecen a la competencia del estado, los trabajos de prevención y atención, caen dentro de la competencia regional, como es el caso de la educación o la salud. Esto implica desigualdades territoriales.

Pese a que la mayoría de las CCAA tienen leyes integrales sobre violencia de género o sobre igualdad, y han ampliado su ámbito de acción para incorporar las otras formas de violencia contra la mujer, no hay garantías por parte de los servicios de atención. Algunas autoridades autonómicas han creado unidades especializadas en materia de violencia sexual (policía, fiscales, etc.) pero no implican a todos los servicios públicos generales ni atienden todas las formas de violencia. Los reportes también plantean que existe una falta generalizada de capacitación, perspectiva de género y coordinación, y que, según datos de 2017, solo 9 de las 17 CCAA tienen centros de atención especializada para víctimas de violencia sexual, pero no están abiertos las 24 horas, no son adecuados o de fácil acceso, y no son suficientes según lo establecido por el artículo 25 de la Convención de Estambul.

En 2017 se suscribe por parte de todos los sectores involucrados el Pacto de Estado contra la Violencia de Género (2018-2022), que involucra al gobierno central y a los gobiernos autonómicos, aprobado con un presupuesto específico para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer, en un intento de combatir la falta de coordinación a nivel estatal y unificar las políticas públicas referentes al tema. El informe de la subcomisión de Igualdad del Congreso incluye la MGF en su octavo eje de actuación, reconociendo que el concepto de violencia de género debe extenderse a todos los tipos de violencia contra la mujer según lo acordado en el Convenio de Estambul. Si bien hay acciones que, a modo general, incluyen el trabajo en materia de MGF, son tres medidas las que la mencionan específicamente. Las medidas 104, 108 y 187, estipulan que el abordaje de la práctica se realizará a través de: campañas de información, investigación, leyes específicas e integrales, y programas de formación a profesionales sanitarios (ver apartado de Marco Jurídico).

En el abordaje de la MGF, sin embargo, no sólo interactúan las políticas públicas y el área legal, sino que también los conocimientos y discursos que tiene la sociedad en general respecto a la práctica. Entendemos que la España actual es multicultural y el relato que promovemos respecto a la MGF y otras prácticas culturales, influye en la forma en que convivimos e integramos a las personas en la sociedad. Las palabras importan y nos posicionan, por lo tanto, es clave analizar los discursos acerca de la MGF.

La producción mediática en torno a la práctica en artículos de diarios, portales de internet y documentales audiovisuales, gira alrededor de historias experienciales y se las vincula a eventos específicos. Por ejemplo, el Día Internacional de Tolerancia Cero con la MGF (6 de febrero), muertes por MGF, condenas o casos llevados a los juzgados,

la publicación de informes y estudios, o nuevas campañas de sensibilización institucionales.

A nivel general, el foco se pone en las niñas y mujeres en riesgo, dan a conocer relatos personales centralizados en el horror del momento en que la mutilación fue practicada, los sonidos al cortar (en la producción audiovisual), el proceso de curación, el dolor, la presión social, el trauma de por vida y las consecuencias negativas. Se habla de “barbarie”, escasea la perspectiva etnográfica, así como los significados sociales de la práctica, siendo mucho más común la visibilización de las aproximaciones institucionales para abordar la MGF, las estadísticas y debates en torno a los DD.HH. (Falcão, 2017). Estas dimensiones experienciales contribuyen a crear imágenes y antecedentes en contra de la práctica, que legitiman el discurso anti-MGF, creando un marco comunicativo que influye en las agendas.

En el caso de reportajes escritos de mayor extensión y de documentales, la narración con frecuencia nos traslada al terreno, a las comunidades africanas, o al trabajo de ONGs y organizaciones gubernamentales del área de la salud. Se pueden escuchar voces de mujeres y sus historias tratan de explicar las implicaciones locales, usualmente personificando a alguien que rechaza la realización de una práctica tradicional perjudicial a través de la perspectiva de las niñas en riesgo.

Una mirada general también dirá que la representación de la MGF transmite una sensación de horror corporal, de violencia de género y de subyugación de la mujer a la cultura, con el reclamo de ser liberada. Falcão (2017), también observa que muchos de los mensajes acerca de la práctica comunican desde ópticas que dividen el tema en “Sur tradicional” y “consecuencias para la salud en el Norte”, protector de los derechos de mujeres y niñas. La resistencia al cambio se enfrenta con la resistencia a la práctica tradicional, creando historias de individuos enfrentándose a sus sociedades y las múltiples presiones que se ejercen sobre ellos/as. De esta forma, la identidad de comunidades específicas es usualmente cuestionada en el enfoque de los medios masivos de comunicación.

Núñez (2017) plantea que las representaciones convencionales acerca de la MGF en los medios de comunicación tienden a retratar a la mujer como alguien con una limitada posición, o sin capacidad de actuar, que la mantiene en la narrativa de la victimización. Para la autora, la aproximación epistemológica hacia el mensaje por un cambio social, implica superar la representación de las víctimas como elementos pasivos, para introducir la visión de sujeto activo, con capacidad de transformar la violencia física y simbólica de la MGF.

Un ejemplo interesante que resignifica a las víctimas y las involucra en el debate sobre el tema a un nivel político, es la campaña lanzada por Jaha Dukureh en asociación con el medio británico The Guardian, que traslada la narrativa hegemónica sobre la MGF.

Fruto de este trabajo, Dukureh pasa de ser considerada víctima, a ser considerada una de las mujeres más influyentes según la revista Times.

Informar sobre MGF implica compromiso y tener un propósito. Abordar la práctica desde una perspectiva de género y de defensa de los derechos humanos requiere terminar con la narrativa mayoritaria de la victimización y promover respeto y dignidad por las mujeres que han sufrido la práctica (Fernández & Núñez, 2017). Por otra parte, tal como señala la periodista Simón (2016), lo anterior implica dedicar mucho tiempo de investigación, para capturar momentos no documentados y dar a las protagonistas de las historias el espacio y los silencios que merecen. En este sentido Simón llama a los medios a reconocer la autoridad de las sobrevivientes y dejarlas hablar, evitando colonizar visiones y así favorecer su empoderamiento. De acuerdo con Simón, esta propuesta de foco también requiere de nosotros, la audiencia, para entender los contextos sociales, legales, económicos y políticos en los cuales ocurren las violaciones a los derechos humanos, para ayudar a entender el fenómeno en todas sus dimensiones.

El cambio de foco hacia narrativas que empoderen a las mujeres es perseguido por muchas organizaciones de la sociedad civil que luchan por el abandono de la MGF. Al respecto, uno de los últimos hitos en esta materia en España, es el surgimiento de una red de proyección estatal, conformada por 19 entidades², profesionales y activistas que trabajan en prevención de la práctica, con acciones directas en 10 comunidades autónomas.

La red estatal *Libres de MGF* comenzó a tomar forma a lo largo de 2019 y se presentó públicamente en un acto convocado en Madrid el 6 de febrero de 2020. De acuerdo con el comunicado a través del cual se dio a conocer, el colectivo surge de la necesidad por fortalecer la coordinación en el ámbito estatal y crear sinergias que promuevan un compromiso integral, social y político en el abordaje del tema. Las entidades y personas que la componen, reivindican que el trabajo para la prevención y el abandono de la MGF, así como la atención a niñas y mujeres que sufren sus consecuencias, requiere de un enfoque de género, comunitario, que evite la estigmatización, el racismo y la revictimización, desde la voz protagonista y activa de las mujeres que han pasado por la práctica y la comunidad.

² La Red Estatal Libres de MGF está conformada por: Asociación de Mujeres de Guinea de Madrid, Asociación KARIBU Amigos del Pueblo Africano, Ayto de Bilbao (Área de cooperación, convivencia y fiestas), DIMBÉ Asociación Intercultural de Mujeres de Mauritania, Federación de Mujeres Progresistas, Fundación WASSU – UAB, Médicos del Mundo, Módulo Auzolán, Mujeres entre mundos, Save a Girl, Save a Generation, Sunu Gaal, UNAF - Unión de Asociaciones Familiares, Valentes y Acompañadas, y profesionales y activistas de diferentes ámbitos y organismos, como la Universidad de Murcia y el Institut Catalá de Salut. <https://libresmgf.org/>

4.1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA EN EL PAÍS

En España, la llegada de flujos migratorios internacionales comenzó a incrementarse a partir de los años 90, superándose en 2019 los 5,5 millones de habitantes de origen extranjero. De acuerdo al estudio *Extranjeros residentes en España* (MITRAMISS, 2019), que contabiliza a la población con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor al 30 de junio de 2019, el colectivo africano representa el 45,5% del total de residentes en Régimen General (que no pertenecen a estados UE-AELC) en términos globales, rozando el millón de habitantes. Le sigue el colectivo de nacionales de América Central y del Sur, con el 26,7%, y el colectivo asiático, con el 19,6%.

No hay datos a nivel nacional de mujeres mutiladas que residen en España, sin perjuicio de los datos a nivel autonómico recogidos en algunos de los Protocolos sobre MGF. Sin embargo, a nivel de políticas públicas, es importante conocer cómo se distribuye la población con vínculos en países donde tradicionalmente se practica la MGF, con el fin de orientar mejor las políticas y acciones de prevención, detección y atención a las mujeres y niñas que padecen las consecuencias de la práctica o están en riesgo de padecerla.

La Fundación Wassu de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), actualiza cada cuatro años desde 2001 el *Mapa de la MGF en España*, un estudio geodemográfico que identifica la distribución territorial de la población con origen MGF. La última edición (Kaplan & López, 2017) está basada en un análisis cuantitativo de los datos procedentes del padrón continuo de la población, utilizando microdatos con fecha 1 de enero de 2008, 2012 y 2016, entendiendo como población de origen MGF a aquella que tiene nacionalidad o ha nacido en alguno de los 32 países considerados, donde existe evidencia de que se realiza la práctica. El objetivo de estos mapas es caracterizar a este grupo de la población por sexo y edad, y localizarlo territorialmente en España. La población está clasificada por comunidades autónomas, provincias y municipios, identificando en concreto a las mujeres por un lado y a las niñas de 0 a 14 años, por el otro. Además, comparando las distintas ediciones, se puede observar la evolución migratoria de la población objeto de estudio.

En particular, respecto a la migración con origen MGF se han identificado tres oleadas: se inicia a mediados de los años 70, se incrementa desde los años 80 hasta inicios de los 2000 y comienza a experimentar su consolidación a partir de 2008 (Bedoya & Kaplan, 2004; Kaplan & López, 2010, 2013, 2017). Si bien no se trataría de una oleada migratoria, actualmente se está dando un estadio correspondiente a las nuevas generaciones nacidas en España. Según los datos del *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016* (Kaplan & López, 2017) a la fecha residían en España 250.000 habitantes provenientes de países en los que se practica la MGF, cifra que muestra un leve descenso de 2,1% respecto al año 2012. Pero si consideramos sólo la población femenina, podemos ver un aumento de 5,2% en el mismo período de tiempo.

A excepción de la población de Guinea Ecuatorial, que está vinculada a España por lazos coloniales, la migración que llega a España desde el África subsahariana no comparte lazos coloniales, lingüísticos o religiosos. Con la incorporación a nuestra sociedad de familias provenientes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde la realización de la MGF tiene un fuerte arraigo identitario, aparecen este tipo de prácticas tradicionales, que tienen repercusiones perjudiciales para las mujeres y niñas de aquellas comunidades que emigran, nacen y viven en nuestro país (Kaplan & Bedoya, 2002). Esta población ha resultado un aporte significativo al aumento demográfico experimentado por España en los últimos años y ha influido en los indicadores de fecundidad y de nupcialidad (Kaplan & López, 2013).

Por países, Senegal sigue siendo el que presenta un mayor volumen de población residente en España, con casi 70.000 habitantes, seguido por Nigeria con unos 45.000. Malí y Gambia son los siguientes de la lista (alrededor de 24.500 y 23.300 respectivamente). Ghana, Guinea y Mauritania son el resto de los países cuya población residente en España supera los 10.000. Sin considerar a Senegal, cuya población muestra un crecimiento relativo entre 2012 y 2016 cercano al 3%, los principales países de origen MGF muestran un descenso en la población residente en el territorio español, siendo Mauritania y Guinea-Bissau los que muestran una caída de más del 10%. Por el contrario, la población de Egipto, Etiopía e Iraq, ha crecido por sobre 10% entre 2012 y 2016 y superan los 2.000 habitantes.

En relación a la población femenina, a comienzos de 2016 residían en España más de 69.000 mujeres y niñas provenientes de países con etnias que practican tradicionalmente la MGF. La cifra supone un leve incremento relativo desde 2012 de casi 5%, en comparación con el crecimiento experimentado entre 2008 y 2012 en torno a un 40%. Nigeria, Senegal y Gambia son los orígenes que encabezan la lista de población femenina, con unas 19.200, 15.200 y 5.400 habitantes respectivamente. De los tres países, la población senegalesa es la única que experimenta un crecimiento relativo positivo desde 2012, alcanzando por poco el 17%.

En la tabla siguiente se observa la evolución en España de la población femenina proveniente de los países que practican la MGF desde 2008 hasta 2016.

Tabla 3. Evolución de la población femenina de origen MGF en España según país de origen (2008-2016)

	2008	2012	2016	Crecimiento relativo (%) 2008-2012	Crecimiento relativo (%) 2012-2016
Nigeria	14.547	19.644	19.248	35,0 %	-2,0 %
Senegal	7.862	13.012	15.180	65,5 %	16,7 %
Gambia	4.848	5.612	5.385	15,8 %	-4,0 %
Guinea	3.969	4.739	4.555	19,4 %	-3,9 %
Ghana	2.050	3.585	4.318	74,9 %	20,4 %
Mali	1.403	2.771	3.575	97,5 %	29,0 %
Mauritania	2.118	2.897	2.706	36,8 %	-6,6 %
Camerún	1.915	2.592	2.497	35,4 %	-3,7 %
Etiopia	812	1.667	1.892	105,3 %	13,5 %
Egipto	1.121	1.466	1.723	30,8 %	17,5 %
Guinea-Bissau	1.371	1.600	1.452	16,7 %	-9,3 %
Kenia	647	1.082	1.130	67,2 %	4,4 %
Costa de Marfil	615	942	1.043	53,2 %	10,7 %
Indonesia	873	1.011	1.032	15,8 %	2,1 %
Iraq	606	687	801	13,4 %	16,6 %
Burkina Faso	228	358	396	57,0 %	10,6 %
Malasia	255	366	372	43,5 %	1,6 %
Sierra Leona	342	330	308	-3,5 %	-6,7 %
Liberia	292	265	233	-9,2 %	-12,1 %
Tanzania	115	153	214	33,0 %	39,9 %
Togo	112	172	178	53,6 %	3,5 %
Sudán	134	126	156	-6,0 %	23,8 %
Somalia	52	94	155	80,8 %	64,9 %
Benín	113	123	135	8,8 %	9,8 %
Uganda	73	104	106	42,5 %	1,9 %
Níger	63	73	83	15,9 %	13,7 %
República Centroafricana	64	68	60	6,3 %	-11,8 %
Yemen	18	32	57	77,8 %	78,1 %
Eritrea	44	48	55	9,1 %	14,6 %
Chad	27	41	29	51,9 %	-29,3 %
Djibouti	10	10	10	0,0 %	0,0 %
Sudán Del Sur	0	0	2	-	-
Total general	46.699	65.670	69.086	40,6 %	5,2 %

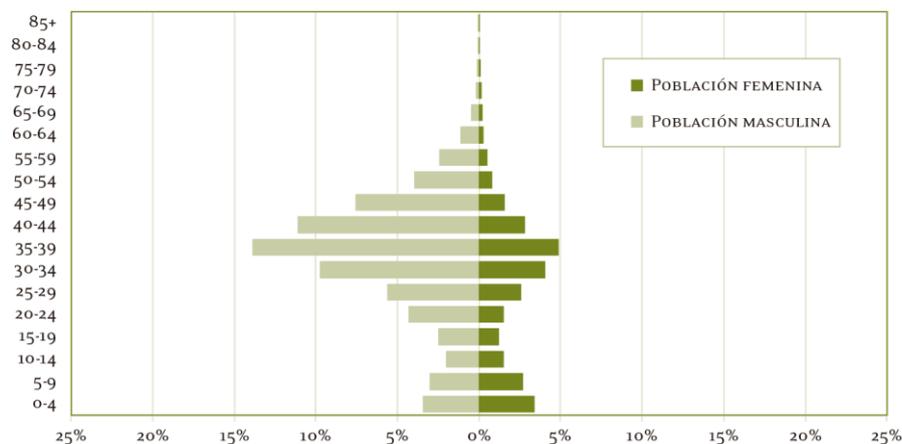
Fuente: Kaplan, A. & López, A. (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016, Antropología Aplicada 3. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

Respecto a la edad, existe una gran representación de la franja de edades adultas-jóvenes. Alrededor del 60% de la población tiene entre 25 y 44 años, aunque en los últimos años esta franja de edad ha ido en retroceso, experimentándose un fuerte aumento en la población infantil entre 0 y 14 años, que representa el 16% del conjunto de estas nacionalidades. Este último valor, sin embargo, es un mínimo, ya que en el estudio no se consideran los niños y niñas que han nacido en un país donde no se practica la MGF y no tienen nacionalidad vinculada a esos países, pero sí sus padres, por ejemplo. Es interesante observar la relación que existe entre la población femenina adulta y la población infantil, que muestra que, por cada mujer por encima de los 20 años de origen nigeriano, maliense, guineano o gambiano, reside al menos un niño o niña del mismo origen en España.

Gráfico 1. Estructura por sexo y edad del conjunto de la población residente en España de origen MGF según país de origen (2016). 10 principales países.

Ilustración Estructura por sexo y edad del conjunto de población residente en España de origen MGF según país de origen, 2016. 10 principales países

Toda la población de origen MGF



Fuente: Kaplan, A. & López, A. (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016, Antropología Aplicada 3. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

En cuanto a la distribución territorial en España, casi un tercio de la población con origen MGF reside en Catalunya, con más de 76.000 habitantes. Andalucía es la segunda comunidad con más población de estos orígenes (36.000 aprox.), seguida por la Comunidad de Madrid (26.000 aprox.), aunque ésta última la supera en número de mujeres y niñas. La Comunidad Valenciana, País Vasco, Aragón, Canarias e Islas Baleares son el resto de las regiones con más de 10.000 personas de origen MGF.

Tabla 4. Población femenina procedente de países donde se practica la MGF, según comunidad autónoma de residencia y país de origen (1 de enero 2016).

	Nigeria	Senegal	Gambia	Guinea	Ghana	Malí	Mauritania	Camerún	Etiopía	Egipto	Otros	Total
Cataluña	3.107	5.410	4.273	1.882	1.713	1.495	319	616	511	572	1.400	21.298
Madrid, Comunidad de	3.941	906	71	586	239	243	101	499	342	352	1.611	8.891
Andalucía	2.404	1.912	80	217	490	233	310	157	150	213	1.654	7.820
Comunitat Valenciana	2.425	990	89	335	153	241	145	234	151	207	778	5.748
País Vasco	2.202	755	39	156	253	183	398	338	69	30	467	4.890
Canarias	744	1.460	64	314	155	53	1.103	37	43	51	554	4.578
Aragón	415	681	626	481	509	348	73	118	23	49	245	3.568
Balears, Illes	1.186	1.192	29	137	119	184	58	88	23	37	205	3.258
Murcia, Región de	603	353	35	70	186	119	22	32	65	22	140	1.647
Castilla-La Mancha	701	164	7	77	54	242	39	76	75	37	168	1.640
Galicia	337	472	8	47	66	17	41	29	293	30	148	1.488
Navarra, Comunidad Foral de	564	286	-	78	173	101	26	78	17	32	100	1.458
Castilla y León	204	214	44	34	72	43	38	38	42	30	225	984
Asturias, Principado de	178	193	-	33	19	-	17	19	24	32	68	585
Rioja, La	72	-	12	84	97	62	-	22	15	14	99	506
Cantabria	133	111	-	15	18	-	6	102	35	10	51	485
Extremadura	-	51	-	8	-	7	6	-	-	-	81	213
Ceuta y Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	29
Total general	19.248	15.180	5.385	4.555	4.318	3.575	2.706	2.497	1.892	1.723	8.007	69.086

Fuente: Padrón de población a 1 de enero de 2016. No aparecen las casillas con valores inferiores a 5 o con valores superiores pero que permitirían extraer los anteriores

Fuente: Kaplan, A. & López, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*, Antropología Aplicada 3. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

4.2. ESTIMACIÓN DE NIÑAS EN RIESGO

En el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, nº 210, o en el artículo 11 del Convenio de Estambul, se menciona expresamente la necesidad de disponer de datos fiables sobre la MGF (“11.2. [...] realizar encuestas basadas en la población, a intervalos regulares, para evaluar la amplitud y las tendencias de todas las formas de violencia [...]”).

La prevalencia de la práctica varía entre los grupos étnicos y se encuentra documentada en 30 países del África Subsahariana, Oriente Medio y Asia en el Demographic and Health

Survey – DHS (realizado por US Aid) y en el Multiple Indicator Cluster Surveys – MICS (realizado por UNICEF). En Europa, el Instituto Europeo para la Igualdad de Género (EIGE) ha realizado un mapa de la MGF en el continente en 2012, así como dos estudios de estimación de niñas en riesgo, en 2015 y 2017-2018.

Las encuestas de DHS y el MICS permiten evaluar las tendencias y realizar estimaciones entre la población femenina de los países que practican la MGF, así como estudiar cambios de prevalencia en el tiempo. Se realizan en intervalos de cinco años y van dirigidas a mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años). Se les pregunta sobre la tipología de MGF, edad en la que se sometieron al corte, persona que se lo realizó, opinión sobre la continuación de la práctica y la intención de perpetuarla a sus hijas.

Las encuestas cuentan con diferentes sesgos, ya que la recogida de información no siempre es fácil. Entre ellos, un posible factor puede ser el miedo de responder sobre la práctica en un contexto en el cual es ilegal y penada con prisión. Por esta razón, no se puede saber con exactitud la prevalencia de la MGF, aunque estas son las cifras mundiales más fácilmente comparables, ya que se utiliza el mismo cuestionario en los distintos países, traduciendo y adaptando las preguntas.

En España, poder calcular la prevalencia de la MGF, resultaría de gran utilidad para:

- Visibilizar la práctica en los distintos municipios, provincias y Comunidades Autónomas de España.
- Hacer seguimiento del progreso e impacto de las actividades de prevención de la MGF que las distintas entidades, proveedores de salud y administraciones realizan en el territorio.
- Fomentar que la toma de decisiones sea un proceso informado y las políticas que se elaboren sean también informadas.
- Determinar la asignación de recursos en prevención, atención y acompañamiento de la MGF entre las mujeres y niñas con origen y/o vínculos en países donde se practica.

Existen varios registros disponibles para poder llegar a estimar el riesgo entre las niñas residentes en España. Al mismo tiempo, se identifican distintos problemas en el uso de estos que complica e imposibilita la estimación del riesgo de forma representativa. Se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 5. Problemas relacionados con los registros disponibles

	Registros que se podrían usar para la generación de datos de prevalencia	Problemas identificados en el uso de los distintos registros para generar datos de prevalencia
ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA DE NIÑAS EN RIESGO	Registros de las historias clínicas de mujeres y niñas / expedientes médicos.	Son registros administrativos que no se emplean de forma eficaz.
	Registros administrativos sobre protección de menores relacionada con la MGF.	La recopilación de los datos no se hace de forma sistemática.
	Casos de asilo por motivos de MGF.	Falta desglose de datos en los registros existentes.
	Antecedentes penales, investigaciones y enjuiciamientos por MGF.	Falta centralización de los datos. Falta de formación o formación inadecuada de profesionales que codifican y evalúan la MGF. Diversidad de códigos. Falta uniformidad en el registro.
EXTRAPOLACIÓN DE DATOS DE PREVALENCIA RELATIVOS A ÁFRICA	Datos censales de la población relativa al número de mujeres migrantes que provienen de países donde se practica la MGF	Los datos censales sirven para extrapolar los datos de prevalencia relativos a África.
	Registros de nacimiento	Los datos pueden no reflejar cambios recientes en las poblaciones migrantes. Las personas solicitantes de asilo, refugiadas y migrantes indocumentadas, así como las mujeres y niñas de segunda y tercera generación no suelen estar incluidas. No se tiene en cuenta el origen étnico de las personas migrantes (la MGF depende de la etnia que la practica, no del país).

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019; a partir de Leye (2017b).

La ausencia de datos para poder estimar de forma representativa la problemática, es notificada por Amnistía Internacional, que lo determina como uno de los eslabones perdidos más importantes en el desarrollo de respuestas políticas adecuadas con respecto a la MGF en Europa. Al mismo tiempo, Leye (2017b: 105-106) explicita que “no se pueden estudiar las tendencias y evolución de la MGF en Europa dada la carencia de datos

comparables y fiables sobre prevalencia y dado que no se recopilan datos de forma sistemática en el tiempo”.

Según el “*Joint Shadow Report - Spain*”, se destaca que no existe un registro nacional que centralice el número de casos de mujeres y niñas afectadas por la MGF en España y debería ser una obligación del Gobierno proveer este registro de carácter nacional involucrando a las administraciones públicas a distintos niveles (acorde al artículo 11 del Convenio de Estambul).

Por otro lado, aplicar determinados filtros e intentar delimitar y cuantificar al detalle la población que está en riesgo, puede conllevar estigmas y la discriminación de la población española o residente en España que mantiene vínculos o tiene origen en países donde se practica la MGF, así como también, puede ser utilizada con fines ideológicos o políticos contraproducentes.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, se ha decidido elaborar una fórmula para calcular el riesgo de sufrir MGF presente en cada provincia española. Este cálculo estadístico se basa en la extrapolación de datos de prevalencia de los países africanos, pero se sofisticaba más teniendo en cuenta el factor de impacto del proceso de migratorio y de aculturación. La propuesta se basa en el informe realizado por el European Institute for Gender Equality (EIGE) titulado “*Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*” (2018) aunque se han realizado adaptaciones consideradas necesarias para este estudio.

Para calcular el volumen de población en riesgo, siguiendo el procedimiento utilizado en la elaboración de los *Mapas de la Mutilación Genital Femenina en España* (2010, 2013, 2017), se han utilizados los datos del padrón, seleccionando la población femenina con nacionalidad en países donde la MGF se practica y considerando la prevalencia de cada país de origen. También se ha considerado el país de nacimiento, para poder valorar de forma diferenciada las segundas generaciones, es decir, las niñas nacidas en España con nacionalidad de algún país que practica la MGF y, en el mapa realizado en 2017, se tuvieron en cuenta las mujeres nacionalizadas. Como ya se ha explicado anteriormente, no tenemos información sobre las hijas de migrantes nacidas en España y con nacionalidad española, ni de la población no registrada en el padrón por distintos motivos.

La fórmula diseñada es la siguiente:

$$Xr = [Npg \times Pp * (1 - m)] + [Nsg \times Pp * (1 - m)]$$

Xr = número de niñas entre 0 y 14 años en riesgo de sufrir MGF, originales de un país donde la MGF se ha documentado y se ha calculado su prevalencia, que actualmente residen en España.

N_{pg} = número de niñas entre 0 y 14 años migrantes de primera generación de un país donde se practica la MGF residentes en España.

P_p = prevalencia general de la práctica en el país de origen (nacimiento) de las niñas.

N_{sg} = número de niñas entre 0 y 14 años migrantes de segunda generación (nacidas en España) con nacionalidad en un país donde se practica la MGF.

P_p = prevalencia general de la práctica en el país de la nacionalidad de las niñas.

m = factor de impacto de la migración y el proceso de aculturación.

El número de niñas entre 0 y 14 años por provincia, nacionalidad y país de nacimiento ha sido solicitado y proporcionado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). La selección y manejo de los datos se ha realizado con el programa de Microsoft Power BI.

Las prevalencias de la práctica en los países de origen se basan en los datos más recientes proporcionados por UNICEF, recopilados en la siguiente tabla.

Tabla 6. Prevalencia de MGF por país

PAÍS	PREVALENCIA	FUENTE
Benín	9%	MICS 2014
Burkina Faso	76%	DHS 2010
Camerún	1%	DHS 2004
Chad	38%	DHS 2014-15
Costa de Marfil	37%	MICS 2016
Djibouti	94%	EDSF/PAPFAM ³ 2012
Egipto	87%	HIS 2015
Eritrea	83%	Population and Health Survey
Etiopía	65%	DHS 2016
Gambia	76%	MICS 2018
Ghana	4%	MICS 2011
Guinea	95%	DHS 2018
Guinea-Bissau	45%	MICS 2014

³ Las siglas EDSF se refieren a *Electronic Document Systems Foundation* y PAPFAM a *Pan Arab Family Health Survey*.

Indonesia	49%	RISKESDAS 2013
Iraq	7%	MICS 2018
Kenia	21%	DHS 2014
Liberia	44%	DHS 2013
Malí	89%	DHS 2018
Mauritania	67%	MICS 2015
Níger	2%	DHS 2012
Nigeria	19%	DHS 2018
República Centroafricana	24%	MICS 2010
Senegal	24%	DHS 2017
Sierra Leona	86%	MICS 2017
Somalia	98%	MICS 2006
Sudán	87%	MICS 2014
Sudán del Sur	1%	UNICEF 2015 ⁴
Tanzania	10%	DHS 2015-16
Togo	3%	MICS 2017
Uganda	0%	DHS 2016
Yemen	19%	DHS 2013

Fuente: UNICEF (2020). Female genital mutilation (FGM).

No se han incluido los países donde se conoce que la MGF es practicada pero no hay datos de prevalencia disponibles, como por ejemplo el caso de Malasia.

El riesgo de sufrir MGF en España se ha calculado teniendo en cuenta un escenario de riesgo alto y un escenario de riesgo bajo, según el impacto del factor de aculturación.

El escenario de riesgo alto asume que la influencia de la migración es muy baja y que el número de niñas en riesgo en España es el mismo que en el país de origen. En estos casos la prevalencia de la práctica se podría extrapolar al número de niñas de este origen. En este contexto se considera que, a pesar del proceso migratorio, la aculturación es baja y los migrantes conservan sus tradiciones y prácticas como si todavía estuviesen viviendo en el

⁴ Este dato no se encuentra disponible en la fuente principal y se ha obtenido del informe realizado por *28toomany* (referencia completa disponible en la bibliografía).

país de origen. Por esta razón se considera que el factor de impacto de la migración es 0 ($m=0$).

En el escenario de riesgo bajo se asume el impacto de la migración y el proceso de aculturación en la práctica de la MGF, favoreciendo su abandono. Siguiendo esta hipótesis, las niñas de segunda generación, las nacidas en España, tienen menos riesgo de sufrir MGF. Por esta razón, solo la mitad de las niñas de la segunda generación se consideran en riesgo ($m=0,5$).

Los datos disponibles solo nos permiten considerar como miembros de la segunda generación aquellas niñas nacidas en España con nacionalidad extranjera. Para poder mejorar el indicador, sería interesante reflexionar sobre el concepto de segunda generación y quizás poder incluir aquellas niñas nacidas en el país de origen, pero llegadas a España durante los primeros años de su vida, ya que en estos casos el proceso de socialización también se desarrolla en el contexto cultural español. Finalmente, un estudio en profundidad de los patrones de aculturación en función del país de origen y la red social que se establece en España sería de utilidad para poder desarrollar factores de impacto diferentes en función del país de origen. No se han podido considerar los datos sobre solicitudes de asilo, ya que no están desagregados. Según fuentes de ACNUR (2013), en España hay aproximadamente unos 20 casos de mujeres que han recibido protección por MGF en los últimos 5 años. En el Anexo 1 se presenta una tabla en relación a los solicitantes de protección internacional de los países donde hay una prevalencia de realización de la MGF, desagregado por sexo y por grupos de edad. Estas observaciones, que constituyen obstáculos en la actualidad, pueden ser de utilidad para mejorar las herramientas de cálculo en el futuro.

Tabla 7. Estimación del número de niñas en riesgo de sufrir MGF por provincia (2018)

Provincia	Número de niñas entre 0 y 14	Número de niñas en riesgo según
Alacant	305	67,205
Albacete	79	26,33
Almería	534	123,745
Araba	514	81,25
Asturias	131	25,385
Ávila	1	0,12
Badajoz	11	3,21
Balears	719	146,55
Barcelona	2.947	746,14
Vizcaya	571	96,17

Burgos	69	15,835
Cáceres	9	1,63
Cádiz	74	19,67
Cantabria	86	14,385
Castellón	142	24,75
Ceuta	1	0,435
Ciudad Real	18	6,75
Córdoba	44	10,07
Coruña	113	28,115
Cuenca	6	1,71
Girona	1361	504,025
Granada	85	19,35
Guadalajara	146	27,95
Guipúzcoa	296	46,4
Huelva	77	18,645
Jaén	43	14,205
La Rioja	124	33,77
Las Palmas	517	145,17
León	29	9,435
Lleida	793	249,04
Lugo	19	3,475
Madrid	1763	335,065
Málaga	402	66,505
Melilla	1	0,005
Murcia	507	104,035
Navarra	329	56,055
Ourense	17	3,155
Palencia	6	1,17
Pontevedra	84	12,07
Salamanca	32	8,775
Segovia	14	3,785

Sevilla	203	29,935
Soria	16	4,495
Sta. Cruz de Tenerife	244	46,96
Tarragona	427	76,075
Teruel	11	3,645
Toledo	155	51,225
Valencia	724	144,85
Valladolid	16	3,2
Zamora	2	0,965
Zaragoza	745	189,24
TOTAL	15562	3652,13

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019; a partir de datos del INE (2018).

Ante las limitaciones de los registros para incluir el grupo étnico (indicador de MGF), las niñas de segundas y terceras generaciones que viven en España, las personas solicitantes de asilo, indocumentadas, apátridas y/o refugiadas, sumado a la imposibilidad de tener los datos de los registros médicos e historias clínicas centralizados a nivel estatal, y disponer de un criterio común para codificar correctamente la MGF por parte de los/as profesionales, se prioriza la aplicación de técnicas cualitativas de recogida de información y de datos. Estas, sirven para aproximarse mejor a:

- 1) la población con la que trabajar el empoderamiento para tomar decisiones informadas y generar cambios que duren en el tiempo;
- 2) las realidades que envuelven y perpetúan la MGF, necesarias para abordar el tema con el debido respeto y sensibilidad;
- 3) los cambios que se producen en las nuevas tendencias de la práctica, para identificar nuevas fórmulas y estrategias de intervención preventiva.

El método de extrapolación de los datos de prevalencia en África (base para los Mapas que Kaplan y López publican cada 4 años) se usa con la finalidad de estudiar socio-demográficamente la evolución de la población migrante de estos orígenes a nivel generacional, los flujos migratorios y las nacionalizaciones en España.

En los municipios donde no hay un número muy elevado o significativo de mujeres y niñas de países donde se practica la MGF, no se suele considerar como relevante ni urgente trabajar el tema con los/as profesionales de atención primaria. A veces, es precisamente en

estos sitios donde se activan alarmas indebidas ante la sospecha o presencia de un viaje de una familia al país de origen.

El trabajo preventivo y el acompañamiento a estas mujeres y niñas debería estar incorporado como un tema más dentro de los circuitos normalizados en los ámbitos de salud, servicios sociales y educación y, por lo tanto, va más allá del número exacto de mujeres y/o niñas afectadas: si solo hay una mujer conviviendo con las consecuencias o una niña en riesgo de que se le practique la MGF, debería ser un motivo más que suficiente para tener que abordar el tema. Por este motivo, es necesario dar más importancia a los datos cualitativos que ayudan a entender las dinámicas que perpetúan la práctica y permiten diseñar estrategias para su abordaje.

4.3. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA EN MATERIA DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La comunidad internacional se ha pronunciado en foros, convenciones y declaraciones contra la MGF como práctica que atenta contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los de las niñas a través de la OMS, UNICEF, UNFPA (agencias de las Naciones Unidas) y la propia Unión Europea (DGVG, 2015: 35).

Escenarios y situaciones

La aplicación del marco jurídico específico se ha dado en distintos escenarios. Estas situaciones han sido identificadas como las más frecuentes y en torno a las que se ha valorado el tipo de intervención y acompañamiento profesional más pertinente a realizar (Kaplan & GIPE/PTPT, 2017; 2010; 2006) (DGVG, 2015). La mayoría de sentencias se han dado en los casos de niñas que llegan a España por reagrupación familiar con una MGF practicada.

1. Mujeres adultas que llegan a España con una MGF practicada.

Las mujeres migrantes que han sufrido la MGF, generalmente practicada en origen durante su infancia o adolescencia, no suelen consultar directamente a los servicios de salud, asumiendo (de forma consciente o inconsciente) las consecuencias derivadas de la práctica y en la mayoría de casos, sin establecer el vínculo entre las complicaciones que pueden estar experimentando y la MGF. (Mangas, 2017: 90). Será aconsejable realizar acciones de acompañamiento a las consecuencias con las que pueda estar conviviendo. También será prioritario trabajar conjuntamente con ella y la familia sobre la prevención de la realización de la práctica en el supuesto que tenga o vaya a tener hijas.

2. Niñas que llegan a España con una MGF practicada.

Esta situación suele darse en el marco de un proceso de reagrupación familiar (suele ser la figura masculina quién ha migrado previamente a España y quién inicia el proceso de reagrupación una vez estabilizado a nivel legal y económico en el país) aunque también se da por una migración familiar y/o femenina acompañada de hijos/as (caso de migraciones

de las mujeres nigerianas). Ante la previsión de un viaje a Europa, la familia puede anticipar la realización de la MGF bajando la edad de la práctica y prescindiendo del ritual de iniciación (Mangas, 2017: 90-91).

Este escenario se considerará factor de riesgo para las hermanas a las que no se les haya practicado aún y, por lo tanto, será conveniente emprender acciones de intervención preventiva con la familia. En este escenario el/la profesional tiene que dejar constancia de la MGF en el registro de la Historia Clínica de la menor y no es pertinente realizar actuaciones legales.

3. Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF durante un viaje de vacaciones al país de origen de sus padres, existiendo o no consentimiento de estos.

Ante esta situación, lo prioritario será atender a las posibles complicaciones de la MGF que la niña pueda estar viviendo. Será también necesario un abordaje con la familia para indagar en los motivos de realización de la práctica y por parte de quién, informando, a la vez, de las repercusiones que ese escenario comporta a nivel legal para la familia. Será necesario realizar un parte de lesiones y comunicar la situación a los cuerpos de seguridad o a fiscalía de menores. Si los/as profesionales no han tratado con anterioridad el tema con la familia, posiblemente se encuentren delante de un dilema profesional.

4. Niñas nacidas en España, que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan con una MGF practicada, generalmente por sus abuelas, con o sin consentimiento de los padres.

Este escenario se da en los casos en que se decide que las hijas se trasladen al país de origen de los padres quedando al cuidado de la familia allí. Se podría producir la MGF si la familia de origen es perpetuadora de la práctica y si no se ha trabajado suficientemente el tema en destino con la familia. Esta situación conlleva que algunas niñas queden en origen para evitar repercusiones legales en España o que vuelvan cumplidos los 18 años (Mangas, 2017: 92).

Algunas sentencias evidencian la falta de detección por parte de los/as profesionales una vez la niña vuelve a España. Se han dado casos en que no se había abordado el tema preventivamente antes de que se marcharan, al volver no las han atendido por ausencia de detección de la práctica y, años después y ante la presencia de un nuevo viaje, se les ha detectado la MGF, focalizando en la denuncia más que en la atención a esta niña/joven y su familia. De esta manera, se observa cómo se produce una victimización secundaria (víctimas de la tradición en origen y de la ley en destino) y como se pierde la oportunidad de trabajar preventivamente con otras niñas de la familia y la comunidad.

5. Niñas nacidas en España a las que se realiza la MGF en territorio español o en otros países europeos.

No se tiene conocimiento de que la MGF se practique en territorio español. En el año 1993 se produjo un caso en Mataró (Catalunya).⁵ De ser así, con valoración previa, se actuaría como en el escenario número 3.

6. Familias en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no.

Este escenario se da en niñas que han venido por reagrupación familiar con una MGF practicada y que sus padres, tras un trabajo de sensibilización en España, han decidido no continuar con la realización de la práctica a las hermanas (de esta niña reagrupada) nacidas en España. En esta situación se recomienda la atención de la niña que viene con la MGF y trabajar en la prevención del resto de niñas que integran la unidad familiar. En este escenario, como en el 2, el/la profesional debe registrar la MGF de la menor reagrupada en su Historia Clínica y no es necesario notificarlo a fiscalía ni a los cuerpos de seguridad.

7. Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada.

Esta situación suele descubrirse desde los servicios de pediatría, donde se tiene que notificar a los padres adoptivos que la niña de origen africano ha sufrido una MGF poco después de nacer. En este caso se plantea un acompañamiento profesional a las familias y un seguimiento de las consecuencias de la práctica para la salud de la niña.

La aplicación del Código Penal en los casos de MGF

La MGF constituye un Delito de Lesiones en el Código Penal, de acuerdo con la reforma introducida en la *Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros*, publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 234 de martes 30 septiembre 2003. La reforma de esta Ley se plantea *“desde el reconocimiento de que con la integración social de los extranjeros en España aparecen nuevas realidades a las que el ordenamiento debe dar adecuada respuesta. Así, como novedad igualmente reseñable, se tipifica el delito de mutilación genital o ablación. Y ello porque la mutilación genital de mujeres y niñas es una práctica que debe combatirse con la máxima firmeza, sin que pueda en absoluto justificarse por razones pretendidamente religiosas o culturales”*.

Artículo 149.2 del Código Penal

El que causara a otro una mutilación genital femenina en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.

⁵ Para más información sobre el caso, consultar Mangas (2017), Capítulo 4 “Análisis histórico de la MGF en Cataluña”; “Años 90. Visibilidad de la práctica con las migraciones y primeros casos” (p. 140).

El bien jurídico protegido en estas figuras delictivas tiene un directo reconocimiento constitucional en el derecho a la integridad física y moral, recogido en el **artículo 15 de la Constitución Española**, y comprende:

- a. *La integridad corporal o física, que puede entenderse como el estado del cuerpo en su concreta plenitud anatómico/funcional interna y externa. Esta resultará vulnerada a través de toda pérdida, inutilización, menoscabo o desfiguración de cualesquiera órganos, miembros o partes del cuerpo.*
- b. *La mención de la integridad corporal y la salud como bienes jurídicos protegidos en los delitos de lesiones, ha merecido una amplia acogida tanto doctrinal como jurisprudencial.*
- c. *La integridad y la salud personal, tanto física como mental, del ser humano, según la definición de salud de la OMS.*
- d. *El desarrollo psíquico y físico del menor.*

El 8 de julio de 2005 el Congreso de los Diputados aprueba por unanimidad la **Ley Orgánica del Poder Judicial 3/2005 de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio**, proposición de ley en la que se añade un nuevo epígrafe al apartado 4 del artículo 23 y que *“se aprueba para dar respuesta, a lo que ya se había planteado, en la Cámara de los Diputados sobre la imposibilidad de perseguir la práctica extraterritorialmente en los casos de niñas nacidas en territorio español que viajan al país de origen de sus padres y puedan ser mutiladas [...] quedando al margen la persecución de la MGF en niñas reagrupadas mutiladas nacidas en países que practican la MGF”* (Mangas, 2017: 95).

En 2014 se modifica la Ley relativa a la Justicia Universal **LO 1/2014, de 13 de marzo de 2014, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal**. *“En esta nueva ley desaparece la mención explícita de la MGF. Sin embargo, en el apartado I, se explicita la persecución de los delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011, sobre la prevención y la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica “Convenio de Estambul” [...]”* (Mangas, 2017: 95-96).

LO 1/2014, de 13 de marzo de 2014, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal

4. Igualmente, será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley española, como alguno de los siguientes delitos cuando se cumplan las condiciones expresadas:

- 1) Delitos regulados en el **Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011**⁶ sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:*

⁶ El artículo 38 del Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 relativo a la MGF establece que:

- 1º el procedimiento se dirija contra un español;
 2º el procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España;
 o,
 3º **el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España.**

Acorde con lo que consta en el punto tercero, **las niñas reagrupadas que vienen con una MGF ya realizada quedarían exentas de denuncia.**

Se observa que no queda claro ni especificado en el redactado de la modificación de la ley el término “*que resida habitualmente*”, tanto en relación a los padres como a las niñas, quedando a merced de los jueces que lleven el caso su interpretación.

En los casos donde el padre es residente en España y reagrupa a la madre y a la hija, no tiene porqué saber que su hija llega mutilada (*presunción de inocencia*) y queda una brecha abierta cuando la madre manifiesta que ha sido la abuela quien lo ha realizado a la niña. En este escenario, observamos que se suele acusar a la madre en concepto de autora, aplicando el **artículo 28 del Código Penal**.

Artículo 28. del Código Penal

Son autores quienes realizan el hecho por sí solos, conjuntamente o por medio de otro del que se sirven como instrumento.

También serán considerados autores:

- a) Los que inducen directamente a otro u otros a ejecutarlo.*
- b) Los que cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado.*

En las sentencias que se han dado en España vinculadas con casos de MGF vemos una clara tendencia a dar por supuesto que la madre no ha adoptado precauciones necesarias para evitar que la abuela realice la MGF a su hija y se entiende que se ha producido una *comisión por omisión*. Suelen imputarse los hechos a los padres aplicando el **artículo 11 del Código Penal**.

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

- a. la escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer;*
- b. el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin;*
- c. el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.”*

Artículo 11. del Código Penal

Los delitos que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber jurídico del autor, equivalga, según el sentido del texto de la ley, a su causación. A tal efecto se equiparará la omisión a la acción:

- 1. Cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar.*
- 2. Cuando el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente.*

En distintas sentencias se habla del *error de prohibición*, que se produce cuando el autor de los hechos piensa que actúa lícitamente y “*exige que el autor de la infracción penal concreta ignore que su conducta es contraria a derecho o, expresado de otro modo, que actúe en la creencia de estar obrando lícitamente con la consecuencia de excluir la responsabilidad penal. No cabe extenderlo a los supuestos en los que el autor crea que la sanción penal era de menor gravedad y tampoco a los supuestos de desconocimiento de la norma concreta infringida. Solo en casos de que el error de prohibición sea vencible, cabrá una responsabilidad penal adecuada como prevé el artículo 14 del Código Penal*” (STS 7827/2012, Nº 3/2012, resolución 835/2012, de 31 de octubre).

Artículo 14. del Código Penal

- 1. El error invencible sobre un hecho constitutivo de la infracción penal excluye la responsabilidad criminal. Si el error, atendidas las circunstancias del hecho y las personales del autor, fuera vencible, la infracción será castigada, en su caso, como imprudente.*
- 2. El error sobre un hecho que cualifique la infracción o sobre una circunstancia agravante, impedirá su apreciación.*
- 3. El error invencible sobre la ilicitud del hecho constitutivo de la infracción penal excluye la responsabilidad criminal. Si el error fuera vencible, se aplicará la pena inferior en uno o dos grados.*

Cabe destacar que, en casos de riesgo inminente de MGF, los jueces tienen el poder de adoptar medidas consideradas preventivas que constan en el artículo 158 del Código Civil, modificado por la Ley Orgánica 9/2000.

En la opinión de diferentes penalistas “*la ley penal no protege a las víctimas. Con el objetivo de perseguir y castigar la práctica, la niña queda en último lugar, siendo doblemente víctima: de la tradición y de la ley*” (Kaplan & Bedoya, 2009: 75).

El Código Penal también se aplica para los/as profesionales, quiénes están sujetos a la obligación de notificar a las autoridades policiales y jurídicas ante un caso de riesgo de MGF, quienes, a su vez, tienen el deber de mantener el secreto profesional.

Artículo 450 del Código Penal

1. *El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedido le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquél.*
2. *En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia.*

La reagrupación familiar

El proceso de reagrupación familiar implica unos requisitos que, si se cumplen, permiten demostrar que la familia tiene un vínculo y un arraigo con el país, así como también interés y reconocimiento a las leyes existentes en él. Es de extrema necesidad para los y las profesionales que atienden a la familia tener presente la **Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social**:

Artículo 18. Requisitos para la reagrupación familiar.

1. *Los extranjeros podrán ejercer el derecho a la reagrupación familiar cuando hayan obtenido la renovación de su autorización de residencia inicial [...].*
2. *El reagrupante deberá acreditar, en los términos que se establezcan reglamentariamente, que dispone de vivienda adecuada y de medios económicos suficientes para cubrir sus necesidades y las de su familia, una vez reagrupada. En la valoración de los ingresos a efectos de la reagrupación, no computarán aquellos provenientes del sistema de asistencia social, pero se tendrán en cuenta otros ingresos aportados por el cónyuge que resida en España y conviva con el reagrupante. Las Comunidades Autónomas o, en su caso, los Ayuntamientos informarán sobre la adecuación de la vivienda a los efectos de reagrupación familiar. Las Administraciones Públicas promoverán la participación de los reagrupados en programas de integración socio-cultural y de carácter lingüístico.*

El proyecto de reagrupar a los hijos e hijas que viven en el país de origen de los padres es una realidad de muchas de las familias que residen en España y un derecho de los migrantes para mantener la unión familiar. Aun así, a veces no se produce la reagrupación dado que la llegada “de esposa e hijas (la mayoría ya mutiladas en los países de origen) puede suponer una condena penal para la madre o para ambos progenitores” (Roperó, 2017: 155). Este miedo de la familia a las represalias de carácter legal ante la llegada de hijas ya mutiladas, induce a que se queden en los países de origen (Jiménez, 2013) promoviendo que se empiecen a masculinizar las reagrupaciones.

Las denuncias de niñas reagrupadas con una MGF practicada, empiezan a aumentar a partir de la sentencia de Premià de Mar (2012, Catalunya), aunque se absuelve. La presión por parte de la Generalitat de Catalunya para que los profesionales denuncien este escenario es constante y los Colegios de Médicos ya se han manifestado en contra, como el Colegio de Médicos de Girona, que evidencia que han atendido a niñas reagrupadas mutiladas desde los años 90 y que nunca se ha denunciado este escenario, ya que la prioridad es atenderlas y trabajar con las familias para la prevención de futuras hermanas del núcleo familiar. Se han dado denuncias en Catalunya, posteriores al 2012, incluso años después de su llegada, cuando la familia decide volver a viajar y al activar el protocolo se detecta una MGF antigua. Esto evidencia la falta de detección previa relacionada con la falta de formación de los profesionales (Mangas, 2017).

La ley de protección del menor

El 20 de noviembre de 1989, la Asamblea de la ONU adopta la *Convención de los Derechos de la Infancia de Naciones Unidas* de forma unánime y España la ratifica en 1990. Es en el año 1996 cuando se promulga la *Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil* y de la *Ley de Enjuiciamiento Civil*. En 2015, se promulgan la **Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio** y la **Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia**, que establece: un marco acorde con la condición de los menores de edad como sujetos de derechos; se les reconoce una capacidad progresiva para ejercerlos; y se destacan actuaciones que deben llevar a cabo los poderes públicos en los casos de desprotección social del menor.

Según el artículo 148.1 de la Constitución Española, las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de “20. Asistencia Social” y para ello desarrollan legislación autonómica en materia de protección y promoción de los derechos de la infancia. La Ley Orgánica 1/1996 sobre Protección Legal del Menor establece el “interés superior del menor” en situaciones de riesgo o falta de protección de los niños, requiriendo que las Comunidades Autónomas intervengan. Las regulaciones de cada una para la protección de los menores varían, haciendo explícita referencia a la MGF en algunas regiones, y otras, cubriendo la temática con la ley de igualdad de género y basada en la violencia de género. En el Anexo 2 se presenta una tabla con la relación de las leyes autonómicas. Cabe destacar que sólo mencionan explícitamente la mutilación genital femenina la Ley de ámbito estatal y las leyes autonómicas de Catalunya y de la Comunidad Valenciana.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (Última modificación: 29 de julio de 2015)

Artículo 11. Principios rectores de la acción administrativa

2. Serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores:

*i) La protección contra toda forma de violencia, incluido el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, la realizada a través de las nuevas tecnologías, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, sanitario, social o educativo, incluyendo el acoso escolar, así como la trata y el tráfico de seres humanos, la **mutilación genital femenina** y cualquier otra forma de abuso.*

Artículo 13. Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva.

1. Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

3. Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva

Las leyes de protección de la violencia de género

Tal y como evidencia el análisis de las Leyes de carácter estatal y autonómico relativas a la promoción de la igualdad de género, a la prevención y a la protección integral de la violencia de género y a la igualdad efectiva de hombres y mujeres, la mayoría de ellas solo definen en qué consiste la MGF, situando la práctica como manifestación y tipo de violencia de género, siendo Catalunya, Andalucía, Comunidad de Madrid y Comunidad Foral de Navarra las Comunidades Autónomas que prevén más medidas de actuación dirigidas a la prevención, detección, atención y recuperación de la MGF.

Define en qué consiste la MGF y la sitúa como manifestación y tipo de violencia de género.	Andalucía
	Aragón
	Illes Balears
	Canarias
	Cantabria
	Castilla-La Mancha
	Catalunya
	Comunitat Valenciana
	Madrid

	Región de Murcia
	Comunidad Foral de Navarra
Prevé la inclusión de la MGF en los planes formativos de personal sanitario y de servicios sociales.	Andalucía
	Catalunya
Prevé la presencia de la MGF en los medios de comunicación como medida preventiva y de fomento del abandono.	Andalucía
Prevé la prevención, detección e información por parte de las administraciones públicas (en algunas CCAA, con la creación de protocolos municipales).	Catalunya
	Comunidad de Madrid
	Comunidad Foral de Navarra
Prevé la mediación comunitaria como eje estratégico de actuación.	Catalunya
Prevé la actuación en el ámbito de la cooperación internacional.	Catalunya
Especifica la intervención quirúrgica y el apoyo psicológico, familiar y comunitario como formas para revertir los efectos de la MGF.	Catalunya
Prevé la creación de protocolos a nivel municipal.	Comunidad de Madrid

En el Anexo 3, se especifican las Leyes de carácter estatal y autonómicas, relativas a la promoción de la igualdad de género, así como a la prevención y a la protección integral de la violencia de género. Se citan explícitamente sólo aquellos artículos donde se menciona la práctica de la MGF.

La ley del derecho de asilo y protección subsidiaria

La Ley Orgánica 12/2009, que regula el Derecho de Asilo y Protección Subsidiaria, no se refiere específicamente a la MGF. De todas formas, en el artículo 7 se incluye como razones para la persecución, aspectos específicos relacionados con el género.

Artículo 7. Motivos de persecución de la Ley Orgánica 12/2009

1. Al valorar los motivos de persecución se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

[...]

e) se considerará que un grupo constituye un grupo social determinado, si, en particular:

- las personas integrantes de dicho grupo comparten una característica innata o unos antecedentes comunes que no pueden cambiarse, o bien comparten una característica o creencia que resulta tan fundamental para su identidad o conciencia que no se les puede exigir que renuncien a ella, y*
- dicho grupo posee una identidad diferenciada en el país de que se trate por ser percibido como diferente por la sociedad que lo rodea o por el agente o agentes perseguidores.*

[...]

Asimismo, en función de las circunstancias imperantes en el país de origen, se incluye a las personas que huyen de sus países de origen debido a fundados temores de sufrir persecución por motivos de género y, o, edad, sin que estos aspectos por sí solos puedan dar lugar a la aplicación del presente artículo.

Acorde con la jurisprudencia del Tribunal Supremo, los fallos del 15 de febrero de 2007 (RC 9036/2003) y 11 de mayo de 2009 (RC 3155/2006) establecen que:

*“en esos supuestos en el que se confirma la existencia de ‘evidencia insuficiente’, según las circunstancias de cada caso, cuando se trata de la persecución de una mujer por pertenecer al género femenino, que implique la imposición de prácticas contrarias a la dignidad humana, como el matrimonio forzado o la **mutilación de un órgano genital**, y que el régimen legal del país de origen no ofrezca una protección legal eficiente, el asilo se otorgará de conformidad con los **artículos 3 y 8 de la Ley 5/1984 del 26 de marzo, que regula el derecho de asilo y el estatuto de refugiado**”.*

Artículo 3. Causas que justifican la solicitud y denegación de asilo de la Ley 5/1984 del 26 de marzo

1. Podrán solicitar asilo en España:

- a) Las personas a quienes se hubiese reconocido la calidad de refugiado de acuerdo con lo dispuesto en el título II de la presente Ley.*
- b) Quienes sufran persecución, estén sometidos a enjuiciamiento o hayan sido condenados por delitos de carácter político o por hechos conexos con un delito de tal naturaleza o que deriven del ejercicio de un derecho fundamental reconocido en la Constitución española.*

2. También podrán solicitar asilo los extranjeros que sufran persecución, estén sometidos a enjuiciamiento o hayan sido condenados en el país de su nacionalidad, siempre que tal persecución enjuiciamiento o sanción:

a) Obedezcan a razones de raza, etnia, religión, pertenencia a grupo social determinado u opiniones o actividades políticas, aun cuando parezcan motivadas por un delito de naturaleza común.

b) Se deban a un delito que se hubiere cometido con la finalidad de lograr el reconocimiento de los derechos y libertades fundamentales protegidos en el ordenamiento español, o de luchar contra los sistemas no democráticos de convivencia.

3. Podrá igualmente otorgarse el asilo a las personas no comprendidas en el número anterior en los casos en que la concesión del asilo se justifique por razones humanitarias.

4.4. ANÁLISIS DE CASOS: SENTENCIAS Y ACTUACIONES PUNITIVAS

Catalunya es la comunidad autónoma donde se concentran más sentencias sobre MGF. En el año 2011 es cuando se da el primer caso sentenciado con pena de prisión, el caso de Teruel (Aragón). A continuación, se exponen los casos (la mayoría analizados en Mangas, 2017: 336-369) donde se detalla el escenario, la condena o medida cautelar que se aplica en cada uno de ellos, las consecuencias y sus controversias implícitas.

Tabla 9. Análisis de sentencias

Año	Caso	Escenario	Condena	Controversia / Consecuencia
1993	Caso I. Catalunya ⁷	<p>Niña nacida en España a quién se le realiza una MGF por parte de una circuncidadora que viaja a España para llevar a cabo intervenciones de este tipo.</p> <p>Niña hospitalizada para tratar una anemia grave, consecuencia de la MGF realizada recientemente.</p> <p>Desde el Hospital se realiza un parte de lesiones que se envía al juzgado.</p>	<p>Absolución del caso por error de prohibición inducido, en parte, por un peritaje antropológico (Dra. Kaplan).</p> <p>No se pudo incriminar a la autora de los hechos porque huyó.</p> <p>Los padres son exculpados porque el juez consideró que no había "animus laedendi" o intención de hacer daño.</p>	<p>Ambos progenitores facilitaron y promovieron la intervención.</p> <p>La madre ignoraba en qué consistía el órgano extirpado y las consecuencias derivadas.</p> <p>El padre lo desconocía por completo al tratarse de un tema propio del sexo femenino y que no se comenta por tabú.</p> <p>A inicios de los años 90, la MGF resulta un tema difícil de comprender de forma holística.</p> <p>Se absuelve a los padres de la niña, el juez determina error de prohibición al no existir ánimos de lesionar según el delito doloso de lesiones.</p> <p>El Juez manifiesta que este es el último caso que absuelve, que el próximo será condenado. La comunidad africana reacciona y se compromete a no realizarla en España.</p>

⁷ Caso analizado en Mangas (2017: 142-143).

1993	Caso II. Catalunya ⁸	<p>Niña nacida en España que viaja a Gambia durante las vacaciones y se le practica una MGF.</p> <p>A la vuelta de vacaciones, en la escuela, se detecta un cambio de comportamiento de la niña (tristeza, aislamiento, falta de apetito) y es derivada al pediatra.</p> <p>Se detecta la MGF y se reporta al juzgado.</p>	<p>Denunciado desde el Hospital como maltrato, finalmente absuelto gracias a la mediación de la Dra. Kaplan.</p>	<p>A principios de los años 90 el abordaje de la MGF no estaba estructurada y no se conocía exactamente qué se tenía que hacer y qué circuitos seguir.</p> <p>Al ser de los primeros casos, se absuelve porque se considera una práctica que se hace por el bien de las niñas y no existía la ley de extraterritorialidad.</p>
------	---------------------------------	--	--	--

⁸ Caso analizado en Mangas (2017: 144).

2010	Caso III. Illes Balears ⁹	<p>Dos hermanas (de 3 años y 15 meses) nacidas en Mali y residentes en las Islas Baleares con un proceso de reagrupación familiar.</p> <p>Los médicos detectan una MGF practicada en 2010 en Mali, cuando las niñas acudieron (en fechas distintas) por una quemadura doméstica y un proceso febril.</p>	<p>El padre fue detenido por orden judicial y quedó en libertad con cargos.</p> <p>El centro sanitario advirtió al juzgado el 31 de diciembre de 2010 y los padres fueron imputados por un delito de lesiones.</p> <p>La profesional que llevó el caso no ha tenido más contacto con ellos en el centro de salud. Una hipótesis es que han cambiado su lugar de residencia, quizás incluso regresando a Mali.</p>	<p>La práctica se realiza cuando las menores estaban bajo la tutela del abuelo. La madre se manifiesta ajena al procedimiento y el padre reconoce saber de él.</p>
2011	<p>Caso IV. Aragón ¹⁰</p> <p><i>Sentencia 26/2011 de la Audiencia Provincial de Teruel, Juzgado de Instrucción Nº1 de</i></p>	<p>Niña nacida en Gambia (mayo 2009) que llega a España con una MGF practicada (octubre 2009).</p> <p>En la primera visita (noviembre 2009, la de los 6 meses) no se detectó o no se registró la MGF en la Historia Clínica.</p> <p>Se detecta una MGF durante la segunda revisión médica (mayo 2010).</p>	<p>Se considera a los padres de la niña, autores del delito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 años de prisión para el padre. - 2 años de prisión para la madre (por el error de prohibición vencible, debido al 	<p>Primera sentencia condenatoria en España.</p> <p>No se da crédito al testimonio de los padres, que aseguran que la MGF se practicó en el país de origen antes de la llegada de la niña y por parte de la abuela.</p>

⁹ Más información sobre el caso en: El País. (2011). *Dos niñas de Mali que viven en Mallorca, víctimas de la ablación*.

¹⁰ Caso analizado en Mangas (2017: 100-102).

	<p><i>Alcañiz, Rollo penal 12/2011.</i></p> <p><i>Recurso de casación al Tribunal Supremo de Madrid, Roj: STS 7827/2012, Nº de recurso: 3/2012, Nº de resolución 835/2012</i></p>	<p>Se determina que la MGF se ha practicado en España entre noviembre 2009 y mayo 2010.</p>	<p>poco tiempo que llevaba la madre en España).</p> <p>En octubre de 2012, se presenta el recurso de casación 3/2012 de los padres contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Teruel, aunque el fallo determina que no tiene lugar.</p>	<p>La forma en la que se interviene, denota una falta de formación de los profesionales para detectar la MGF en la primera revisión.</p> <p>Conflicto entre la palabra del profesional y la de los padres (defensa).</p> <p>Actualmente, con la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo de 2014, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal, expuesta en este informe, no estaría claro cuál sería el veredicto frente a este caso, aunque es posible que no se hubiera juzgado a los padres.</p>
2012	<p>Caso V. Catalunya¹¹</p> <p><i>Sentencia 36/2012, Roj: SAN 3429/2012, Audiencia Nacional de Madrid Nº de Recurso: 13/2011 Nº de Resolución: 36/2012</i></p>	<p>Niña nacida en Senegal que llega a España por un proceso de reagrupación familiar con la MGF ya practicada en origen (antes de migrar), acompañada por su madre.</p> <p>Se detecta la extirpación del clítoris y una sinequia¹² durante una consulta en el centro de atención primaria. La madre se muestra indiferente delante de los/as profesionales, que se interpreta como aprobación de la práctica.</p> <p>El enfermero que atendió a la familia y realizó la exploración con la pediatra llamó al GAV (Grupo de Atención a la Víctima) de los Mossos</p>	<p>Penal de prisión de 7 años para la madre.</p> <p>50.000 euros de compensación económica a favor de su hija.</p> <p>En abril de 2012 se reduce la pena de prisión a 2 años (por el error de prohibición vencible) y la compensación económica a 10.000 € (por las dificultades económicas de la familia).</p>	<p>Este parte facultativo, pone el caso en conocimiento del Juzgado nº3 de Mataró.</p> <p>Se produce la judicialización del caso, perdiendo las oportunidades de trabajo en atención y prevención con la familia.</p> <p>Debido a los traslados a Madrid para el juicio, el padre tiene que ausentarse del empleo en varias ocasiones y lo pierde.</p> <p>La madre queda aterrada por la situación y decide volver a Senegal con su hija una vez absuelto el caso.</p>

¹¹ Caso analizado en Mangas (2017: 352-358).

¹² Adherencia de los labios menores, a veces, consecuencia de la realización de la MGF.

		<p>d'Esquadra para notificar la MGF (aun sabiendo que la menor llegó por reagrupación familiar hacía pocos días con su madre y sus dos hermanos, con la lesión realizada en Senegal). El profesional no realiza ningún parte de lesiones o, al menos, declara no ser consciente de ello mediante su notificación.</p> <p>Sin previo aviso a pediatría, los cuerpos de seguridad presentan un oficio al juzgado denunciando el caso. Los profesionales de pediatría son citados por el juez para testificar, momento en que se les notifica la denuncia del caso y no entienden el circuito que se ha seguido, puesto que por su parte no se había realizado ningún parte de lesiones.</p>	<p>Se presupone que el marido, promotor de la reagrupación familiar, es conocedor de las normas de convivencia y debería haber asesorado a la madre sobre la no realización de la MGF.</p> <p>Se presenta recurso de casación admitido por el Tribunal Supremo.</p> <p>El Tribunal considera que no queda probada la participación de la madre en los hechos y no puede responsabilizarla y considera irrelevante a efectos penales si los padres sabían o no con anterioridad que la niña había sido mutilada.</p> <p>Finalmente, en diciembre de 2013, absuelven a la madre por error de prohibición invencible.</p>	<p>Se desconoce si la niña se le pudo atender la sinequia antes de marcharse a Senegal, ya que solo se puso interés en su denuncia y no en su atención integral.</p> <p>Este caso da paso a la creación de confusión, miedo y presión a los/as profesionales para que denuncien cualquier MGF detectada, aunque sea la de una niña reagrupada.</p> <p>El interés principal en este tipo de escenario sería atender a esta niña y a su madre, que también ha pasado por la práctica, y poder trabajar para la prevención de que se realice la MGF a otras posibles niñas del núcleo familiar. Si solo se denuncia, nos encontramos frente a una victimización secundaria que no protege a las menores y empeora su situación.</p> <p>Le ley tendría que velar por el bien superior de la menor en estos casos.</p>
2012	Caso VI. Catalunya ¹³	<p>Niña nacida en Catalunya.</p> <p>Viaja a Mali con los padres.</p>	<p>Denunciado a la vuelta del viaje. Pendiente de juicio en la Audiencia Nacional.</p>	<p>En el momento del caso el circuito que se siguió fue: detección de un viaje - derivación a los servicios sociales - derivación a pediatría: revisión de los</p>

¹³ Caso analizado en Mangas (2017: 344-345).

		El padre vuelve y la mujer y su hija se quedan un año y medio en Mali. Uno de los niños enferma, la madre se lo lleva a Bamako y la abuela materna, ante la ausencia de la madre, aprovecha para practicar la MGF a la niña.	[No se dispone de más información sobre este caso].	genitales, firma de compromiso preventivo - cita a la vuelta del viaje. En 2009, 2010 y 2011 se realizan sesiones con las entidades Gamcotrap y Tostan sobre el tema y esta familia va a las sesiones.
2013	Caso VII. Catalunya ¹⁴ <i>Rollo procedimiento ordinario nº 3/2012, Sumario núm. 1/2011, Juzgado de Instrucción nº 9 Vilanova i la Geltrú (Barcelona)</i>	Padre gambiano llega a Catalunya en 1991. En 1998 reagrupa a su mujer y en 1999 a su hija de un año nacida en Gambia. En 2004 nace en Catalunya la segunda hija. En 2007 viaja la familia a Gambia y de 2007 a 2009 las niñas se quedan a vivir en el país sin los padres (algo frecuente y común), también coincide que las niñas tienen la edad en que suele practicarse la MGF. En 2010, cuando regresan las niñas de la larga estancia en Gambia, se hace la primera revisión (a instancias de los servicios sociales y fuera del circuito normalizado) y no se detecta la MGF. 6 meses después, en 2011, se hace la segunda revisión (coincidiendo que se pone en marcha el protocolo a nivel municipal) y se detecta la MGF. Se acusa de que la MGF ha sido realizada en España.	Se penaliza con 12 años para cada uno de los padres (6 por cada delito de MGF). La sentencia sostiene que las MGF se realizaron en territorio español entre 2010 y 2011. El Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia de Barcelona asume inmediatamente las funciones tutelares de las dos menores que implica la supresión del ejercicio de la potestad y de los derechos inherentes de los padres.	En 2008 técnicas del Ayuntamiento hablan con la madre sobre el requerimiento preventivo de la fiscalía y la madre les manifiesta que la MGF no la practica y su marido está en contra. Se le informó a la madre de las consecuencias legales. Se descarta la posibilidad de que las ablaciones hubiesen pasado desapercibidas o inadvertidas por las profesionales en la primera revisión. En la sentencia, de todas formas, no se especifica quién detecta la MGF. Las doctoras que actúan como peritos médicos en 2011 detectan que las niñas no tienen clítoris y que no presentan cicatriz (las MGF no eran de fechas recientes y no se podía saber la fecha con exactitud). La MGF no es una práctica que se realice en España y no se tiene en cuenta el testimonio de los padres que declaran que la “MGF se realizó en el país de origen”. De haberse sentenciado el caso por la realización de la MGF fuera del territorio nacional, hubiera sido

¹⁴ Caso analizado en Mangas (2017: 358-362).

				<p>más difícil probar la autoría de los hechos, con la posible absolución del caso.</p> <p>La hija mayor acaba en un Centro Residencial de Acción Educativa (CRAE).</p> <p>Los padres huyen y regresan a Gambia con la hija menor (no han ido a la cárcel).</p> <p>Des del centro CRAE se detecta una necesidad de atención psicológica para la niña. Se contacta con Fundación Wassu-UAB para el asesoramiento a la niña, que es acompañada a la ginecóloga para determinar tipología y posibles consecuencias derivadas. Este acompañamiento se realiza a demanda de la menor, puesto que durante todo el proceso judicial se le había dado información distinta sobre su lesión y esto le preocupaba.</p> <p>La niña sostiene que la MGF se le realizó en Gambia por parte de la abuela sin el consentimiento de sus padres.</p>
2014	<p>Caso VIII. Catalunya ¹⁵</p> <p><i>Audiencia Nacional, Rollo de sala nº 6/2013, Sumario núm.</i></p>	<p>Padre gambiano lleva 22 años en España y su mujer gambiana 17 (llega por reagrupación). Ambos con nacionalidad española.</p> <p>4 hijos: las dos niñas, nacidas en Catalunya, viajan en 2006 a Gambia de vacaciones durante 2 meses.</p>	<p>Una vez detectada la MGF en 2011, se oficia el caso a la Fiscalía de Blanes, que pide 6 años a los padres por el delito de lesiones.</p>	<p>Antes del viaje des del CAP se aborda el tema y se realiza revisión pediátrica.</p> <p>Después de realizar la MGF, durante 5 años no se detecta en ninguna de las revisiones pediátricas. Esto denota falta de formación a los/as profesionales.</p>

¹⁵ Caso analizado en Mangas (2017: 362-363).

	<i>1/2013, Juzgado de Instrucción nº 4. Sentencia nº 5/2014</i>	<p>Vuelven con la MGF practicada por la abuela, quien, en ausencia de la madre y sin su consentimiento, procede a la realización de la práctica.</p> <p>Se detecta 5 años después.</p>	<p>El caso se deriva a la Audiencia Nacional (práctica realizada fuera del Estado Español).</p> <p>En 2014 la Audiencia Nacional absuelve a la madre y al padre por ambos delitos.</p>	<p>No se considera que los padres omitieran el cuidado porque dejan a las niñas con la abuela, en quien confiaban el cuidado de sus hijas.</p> <p>Se atiende al testimonio de la hija mayor, que resulta clave para la absolución de los padres.</p>
2015	Caso IX. Catalunya ¹⁶	<p>Padres gambianos con nacionalidad española (padre lleva años residiendo en España y su mujer viene por reagrupación familiar).</p> <p>La niña (7 años) llega a España con 3 meses con la MGF realizada (se le practicó a los 6 días de vida).</p> <p>Se detecta 6 años después en una revisión pre-viaje a Gambia.</p>	<p>El Juzgado de la Audiencia Provincial de Tarragona pide 10 años de prisión para los padres (Generalitat como acusación particular pide 7 años).</p> <p>Se fija en 9 años y 1 día de prisión.</p> <p>90.000€ por lesiones y secuelas a la niña.</p> <p>En el juicio aportan como prueba documental un acta de manifestación firmada por notario en Gambia y validada por el Consulado de Gambia en Barcelona que deja constancia que la MGF se había realizado de forma unilateral por parte de la madre del acusado (abuela</p>	<p>La pediatra revisa los genitales (según marca el Protocolo) antes de la realización del viaje.</p> <p>Realiza parte de lesiones tras pedir asesoramiento a la Generalitat, que les afirma que es lo correcto.</p> <p>Los padres entran en prisión provisional (5 semanas).</p> <p>Los hijos pasan a un centro tutelar de la DGAIA hasta ser realojados con familiares.</p> <p>La Audiencia Provincial pide 10 años de prisión y la indemnización.</p> <p>La Fiscalía determina que la MGF pudo ser realizada entre el nacimiento de la menor y la revisión del 2015.</p> <p>La familia había comentado a la anterior pediatra (ya jubilada) la realización de la práctica y no hay registro de ello en la Historia Clínica.</p>

¹⁶ Caso analizado en Mangas (2017: 364-366). Más información sobre el caso en: Diari de Tarragona. (2017). *El tribunal absuelve al matrimonio acusado de la ablación de su hija.*

			<p>paterna) sin el conocimiento ni el consentimiento de los padres.</p> <p>La sentencia del juicio los absuelve.</p>	
2018	Caso X. Catalunya ¹⁷	<p>Niña de 2 años nacida en Gambia.</p> <p>Llega con la familia hace 9 meses.</p> <p>Se establecen en Catalunya, donde acuden a pediatría por una infección de orina y se detecta la MGF.</p>	[No se conoce en qué fase del proceso judicial se encuentra el caso actualmente].	<p>Fiscalía recomienda que la menor pase a una familia de acogida.</p> <p>La DGAIA confirma que el estado de salud de la niña en el momento era bueno.</p> <p>Aun así, se suspende la tutela de los padres.</p> <p>[No se dispone de más información sobre este caso].</p>
2019	Caso XI. Catalunya <i>Audiencia Nacional, Rollo de Sala 10/2018, Sumario 9/2018, Juzgado Central de Instrucción nº 3, sentencia nº 31/2019</i>	<p>En 2016, madre y sus dos hijas viajan de Gambia a Catalunya tras un proceso de reagrupación familiar (el marido había conseguido autorización administrativa para reagrupar).</p> <p>En 2016 las niñas tenían 8 y 5 años de edad y durante una revisión pediátrica se les detecta una MGF: en la hija mayor, practicada a la semana de vida en el año 2008; en la hija pequeña, practicada la segunda semana de vida en 2011.</p>	<p>Fiscalía solicita 6 años de cárcel a la madre por no haber impedido la MGF en su segunda hija en Gambia.</p> <p>Al ser menor de edad, si el juez lo hubiera estimado adecuado al interés de la menor, también se aplicaría la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o</p>	<p>La madre alega que la práctica la realizó su propia madre (abuela de la niña) a la semana de nacer su primera hija, ya que seguía las tradiciones culturales y religiosas del país (aunque ella se opone a la práctica y desconocía que se la iban a practicar).</p> <p>La Fiscalía no ve pertinente alegar desconocimiento en la MGF realizada en la segunda hija.</p> <p>No existe ninguna prueba fehaciente de que fuera la propia madre la que la llevara a efecto, pues manifiesta, y solamente se cuenta con sus manifestaciones, que fue la abuela materna, la que en un descuido cuando fue al mercado, cogió a la</p>

¹⁷ Más información sobre el caso en: El Periódico. (2018). *Retirada la custodia de una niña de dos años de Tortosa que ha sufrido ablación.*

			<p>acogimiento por tiempo de 4 a 10 años.</p> <p>Finalmente, se absuelve el caso.</p> <p>En la fecha en la que ocurrieron los hechos (2008 y 2011), la mutilación genital en Gambia no constituía ninguna infracción penal y era una tradición cultural y religiosa extendida por todo el país.</p> <p>Anteriormente a la fecha de los hechos, la acusada, nunca había estado en España, y en consecuencia no pudo conocer mínimamente que dicha práctica era ilícita y reprobada desde el punto de vista penal en nuestro país.</p>	<p>niña y le practicó la MGF. Esto explica que el título de imputación que se hace por parte del Ministerio Fiscal, sea el de comisión por omisión, previsto en el artículo 11 del Código Penal.</p>
2019	Caso XII. Galicia	<p>Padre de Mali llega a España en 2004.</p> <p>En 2012, la madre y los 3 hijos llegan a España por reagrupación familiar.</p> <p>En 2018 (6 años después de su llegada) se detecta una MGF en la niña nacida en Mali en 2010 (tras acudir a un reconocimiento médico en un centro de salud).</p> <p>La MGF fue realizada durante las primeras semanas de vida de la niña.</p>	<p>Fiscalía pide pena de prisión para la madre y su inhabilitación del derecho a sufragio pasivo.</p>	<p>Se acusa a la madre de ser concedora de las costumbres y la realidad de la práctica entre las recién nacidas de Mali y, aun así, no evitar la práctica.</p> <p>La MGF no es una práctica aislada y se tiene que entender en el sí de un contexto social y cultural que la perpetua, sustentada por la sociedad gerontocrática donde intervienen muchos actores.</p>

				<p>La responsabilidad no recae solo y exclusivamente en la madre.</p> <p>Se juzga y se penaliza a la madre, quién, a su vez, también es víctima de la MGF.</p>
--	--	--	--	--

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019; con información de Mangas (2017).

Tabla 10. Análisis de actuaciones punitivas

Año	Caso	Escenario	Condena	Controversia / Consecuencia
2008	Caso XIII. Catalunya ¹⁸	Niñas nacidas en Catalunya (8 y 4 años) que viajan a Gambia durante las vacaciones de Navidad. Padre y madre con permiso de residencia y de trabajo.	Denunciada la familia por viaje al país de origen (Gambia).	No se había trabajado el tema con la familia antes del viaje. Se sabe desde el inicio de curso que este viaje se realizará. Finalmente viajan a Gambia, gracias al testimonio de la trabajadora social y regresan del viaje sin la MGF realizada. Tercer caso de la provincia en el que se actúa de forma reactiva ante un viaje.
2008	Caso XIV. Catalunya ¹⁹	Niña nacida en Catalunya (7 años) que, supuestamente, tiene un viaje programado a Gambia. Un vecino denuncia a una familia que viaja a Gambia alegando que es para mutilar a sus hijas.	Medidas cautelares aplicadas: <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de genitales de la menor. • Retirada del pasaporte. 	Los Mossos d'Esquadra organizan una reunión con los profesionales para explicar el circuito a seguir y sobre la Carta de Compromiso Preventivo (como herramienta para coaccionar a la familia). Profesionales socio-sanitarios que intervienen no estaban formados previamente sobre el tema.

¹⁸ Caso analizado en Mangas (2017: 337-340).

¹⁹ Caso analizado en Mangas (2017: 340-341).

		<p>El padre no acepta mediación ante la denuncia del vecino y afirma que no van de viaje a Gambia.</p> <p>Los Mossos ofician al juzgado el caso para proponer medidas cautelares.</p>		<p>Finalmente se verifica que no hay ningún vuelo con destino a Gambia.</p>
2012	Caso XV. Catalunya ²⁰	<p>Niñas nacidas en Catalunya (3 y 5 años), padres de Guinea. Viajan a Guinea de vacaciones.</p> <p>Después del viaje a Guinea, una de las niñas presenta episodios de fiebre y la otra infección genital.</p> <p>Des de la Escuela se notifica a los Servicios Sociales que derivan al pediatra.</p> <p>En la revisión, la pediatra afirma una amputación casi total de los genitales de ambas, corroborado por la trabajadora social presente en la consulta.</p>	<p>Se detiene a la pareja por parte de los Mossos d'Esquadra y la DGAIA asume la custodia de las niñas, que se trasladan a un centro de menores.</p> <p>54 horas en la prisión y las niñas 9 días internadas en un centro de menores.</p>	<p>Un informe del servicio de cirugía pediátrica establece la normalidad orgánica ginecológica de las niñas y se realiza otro examen por la Clínica Dexeus con el mismo resultado.</p> <p>A parte, la madre había participado en charlas contra la MGF en su ciudad de residencia, pero nadie la tuvo en consideración.</p> <p>La familia denunció a la pediatra que certificó que sus hijas habían sido mutiladas (el Colegio de Médicos aún no ha informado de la decisión).</p> <p>La Consejería de Salud afirma que la profesional no puede asumir las consecuencias ni los daños morales causados por las medidas de otros departamentos.</p>

²⁰ Caso analizado en Mangas (2017: 341-343).

				<p>SOS Racismo dio soporte a la familia en exigir una indemnización por la vía administrativa delante de la Generalitat.</p> <p>La Comisión Jurídica Asesora es quien pone orden en el conflicto y pasa a determinar la cuantía de la indemnización que se pide (aunque los daños morales cuestan de cuantificar).</p> <p>Propone indemnizar a la familia con 20.000 euros (5.000 por cada miembro).</p>
2013	Caso XVI. Catalunya ²¹	<p>Niña nacida en Catalunya (4 años).</p> <p>Viaje programado al país de origen de sus padres (Gambia).</p> <p>Trabajadora social comenta en una reunión de coordinación entre Salud y Escuela (donde participan 2 Mossas d'Esquadra del Grupo de Atención a la Víctima) que una de las familias con las que trabaja el tema ahora tiene que viajar.</p>	No se procede a aplicar ninguna ley / medida cautelar.	<p>Presión policial a una profesional de servicios sociales para que proceda a oficiar el caso a la fiscalía.</p> <p>Profesional advierte que ya estaba trabajando el tema con la familia.</p> <p>Familia había viajado a Gambia hasta 3 veces y la niña siempre había vuelto intacta.</p> <p>La policía pregunta por los datos nominales de la familia (la profesional se opone). Lllaman 4 veces a la profesional y la policía se presenta en el CAP para pedirle información.</p>

²¹ Caso analizado en Mangas (2017: 345-347).

				<p>La profesional informa a la policía que la madre y la niña ya se han ido de viaje y que para extraer datos de la historia clínica es necesaria una diligencia del juzgado.</p> <p>Le dan a la profesional una citación policial para que declare con los detalles de la historia clínica.</p>
2014	Caso XVII. Catalunya ²²	<p>Padre y madre de Gambia, llevan 17 años residiendo en Catalunya.</p> <p>2 niñas nacidas en Catalunya (4 y 14 años).</p> <p>Denunciada la familia a raíz de un viaje programado al país de origen de los padres (Gambia).</p> <p>Firma del compromiso preventivo con la pediatra y servicios sociales emite informe a favor de la familia, explicando la buena predisposición en el cuidado de las menores.</p>	Retirada del pasaporte de los dos menores dos días antes del viaje.	<p>Pérdida de los billetes de avión y del dinero ahorrado durante años para realizar el viaje.</p> <p>Padres se muestran contrarios a la práctica.</p> <p>En la comisaría de los Mossos d'Esquadra se hace firmar el Compromiso preventivo otra vez y la autoridad policial firma en el espacio destinado para el médico del documento.</p> <p>Una vez recuperados los pasaportes, la familia planifica de nuevo el viaje a Gambia para visitar al abuelo que está enfermo. Por error informático de actualización en el sistema del aeropuerto del Prat, no dejan viajar a la familia y vuelven a perder los billetes.</p>

²² Caso analizado en Mangas (2017: 347-349).

2017	Caso XVIII. Catalunya	<p>La escuela notifica a Mossos d'Esquadra el viaje de una menor con su madre a Gambia.</p> <p>El caso se considera de Alto Riesgo por parte de los Mossos d'Esquadra y se retira el pasaporte de la niña como medida cautelar.</p>	<p>Dos días antes de la fecha de viaje, comparecen los padres y la pediatra en sede judicial y se resuelve que la menor sí que puede viajar y que la situación no da lugar a las medidas cautelares.</p> <p>Se devuelve el pasaporte a los padres y el padre manifiesta que finalmente no viajará porque, no sabiendo si podría hacerlo, decidieron cancelar el viaje.</p>	<p>Los padres no habían recibido ningún tipo de sensibilización sobre el tema de la MGF previa a la notificación del viaje a los Mossos d'Esquadra, cuando son citados en sede judicial y se procede a la retirada del pasaporte de la niña.</p> <p>Posteriormente, se hace la revisión pediátrica rutinaria y se certifica que la niña se encuentra en un buen estado de salud.</p> <p>Los padres se declaran en contra de la práctica y firman el documento del Compromiso Preventivo.</p> <p>Se observa desconocimiento del Protocolo de actuación por parte de la escuela, que no se veía con capacidad de actuación antes de conocer de la existencia de un viaje, motivo por el cual justifican no haber realizado sensibilización con anterioridad.</p>
------	--------------------------	---	--	--

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019; con información de Mangas (2017).

CAPÍTULO V. MODELOS DE ACTUACIÓN FRENTE A LA MGF

El informe sobre el Uso, aplicabilidad e impacto del Compromiso Preventivo, elaborado por la Fundación Wassu-UAB en el marco del proyecto «Diálogo intercultural para la prevención y atención de la MGF en España», apoyado por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y cofinanciado por el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI) de la Unión Europea, incluye un análisis de los Protocolos y guías de actuación para distintos profesionales, disponibles por Comunidad Autónoma en el Estado Español.

La existencia de pautas y protocolos de actuación es importante para superar los obstáculos que se encuentran los profesionales en el momento de abordar la MGF: el desconocimiento del simbolismo y significación cultural de la práctica; el temor e inseguridad en el momento de tratar el tema desde el diálogo y el respeto; los dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención; la escasa formación para el abordaje transcultural; la falta de recursos de asesoramiento; el dilema de la criminalización-estigmatización frente a la integración; la sobrecarga asistencial y necesidad de tiempo, así como también la barrera idiomática (Kaplan *et al.*, 2006).

Por otro lado, no se parte de una posición neutra respecto al tema, sino que, como explica Mangas (2017) “La mirada occidental parte del discurso universalista (Rodríguez, 2002) de la denuncia de la «barbarie», justifica la condena, la criminalización, la estigmatización, la persecución y el castigo sin más de la práctica que realizan estas Otras.” Es una mirada que refleja un “espejo narcisista, que se jacta de ser la tierra prometida de la liberación femenina, ocultando las inequidades de género inherentes a la cultura de acogida”. (San Román, 1996). Es urgente, por tanto, un replanteamiento en las políticas para promover un enfoque alternativo y eficaz desde la no discriminación.

Los protocolos y guías relacionados con la prevención y abordaje de la MGF deben tener la capacidad de corregir las tendencias etnocentristas, difundiendo el modelo intercultural basado en la atención a las personas que ayude a las familias a superar las dificultades como el conflicto de lealtades con la comunidad de origen. Se debe recordar que la situación de los migrantes suele ser vulnerable por la incertidumbre jurídico-administrativa, la violencia simbólica en relación con sus costumbres (difundida por los medios), las dificultades idiomáticas y las débiles redes de apoyo en el país de destino, elementos que enmarcan la MGF en un contexto frágil, donde la práctica no suele ser el problema prioritario.

En España, a nivel estatal, existe el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*, elaborado en 2015. Este es un documento indispensable para un país con las características de España y se valora adecuadamente la contextualización de la práctica, la situación en el país y el marco jurídico. Estos apartados son interesantes para cualquier persona que desee saber más del tema. Sin embargo, reducir las pautas de actuación al ámbito sanitario limita la aplicabilidad y el impacto del protocolo, que olvida la importancia de la interdisciplinariedad y la necesidad de abordar desde distintos servicios una problemática social tan compleja como la MGF.

Por otro lado, se necesitan políticas que acompañen las recomendaciones del protocolo, no basta con recomendar la formación a los/las profesionales, sino que hay que ofrecerla y garantizarla. España es un Estado autonómico, es decir, un país formalmente unitario que funciona como una federación sui géneris descentralizada de comunidades autónomas, cada una de ellas con diferentes niveles de autogobierno. Como se establece en el artículo 148 de la Constitución Española vigente desde 1978, la asistencia social y la sanidad e higiene, son competencias de cada Comunidad Autónoma.

La mayoría de ellas (12 del total de 17) tienen protocolo o guía sobre el tema, aunque las formas y el contenido varían. Asturias, Cantabria, Castilla y León, Galicia y las Islas Canarias son los territorios que no tienen un protocolo propio. De las restantes, podemos observar dos grandes grupos: las que tienen un protocolo anterior al Estatal (del 2015) y las que lo tienen posterior. Esta diferencia nos permite detectar las Comunidades Autónomas del territorio español con más experiencia con el tema y aquellas que todavía se encuentran en una fase inicial. Andalucía, Aragón, Catalunya y Comunidad Foral de Navarra son los territorios donde hace más tiempo que existen protocolos. Aunque eso no es significativo del punto de implementación en el que se pueden encontrar, sí les entrega un bagaje en el abordaje del tema a nivel de políticas públicas.

También hay provincias (como Girona y Albacete) y municipios (como Tarragona y Málaga) que tienen protocolos de actuación propios. Otras ciudades, como Badalona o Santa Coloma de Gramenet, cuentan con programas de formación y sensibilización que abordan el tema de una forma más completa, trabajando con los distintos actores implicados.

Tabla 11. Protocolos por Comunidades Autónomas

Ámbito	Lugar	Título	Institución	Año publicación
España		Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	2015
CCAA	Andalucía	Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género	Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales	2015
	Aragón	Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón	Gobierno de Aragón. Instituto Aragonés de la Mujer	2011 / 2016
	Principado de Asturias			
	Illes Balears	Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la Mutilación Genital Femenina en las Illes Balears	Gobierno de las Islas Baleares (GOIB). Conselleria de Salut. Direcció General de Salut Pública i Participació	2017
	Canarias			
	Cantabria			
	Castilla-La Mancha	Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha	Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha	2017
	Castilla y León			
	Catalunya	Protocolo de actuaciones para prevenir la Mutilación Genital Femenina	Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania.	2004 / 2007

			Secretaria per a la Immigració	
Comunitat Valenciana	Protocol d'actuació sanitària davant la Mutilació Genital Femenina (MGF) a la Comunitat Valenciana		Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	2016
Extremadura	Protocolo para la prevención e intervención en Mutilación Genital Femenina de Extremadura		Junta de Extremadura. Asociación de Derechos Humanos de Extremadura (ADHEX).	2017
Galicia				
La Rioja	Protocolo de prevención e intervención ante la Mutilación Genital Femenina en La Rioja		Gobierno de La Rioja.	2017
Comunidad de Madrid	Guía de actuaciones sanitarias frente a la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid		Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Dirección General de la Mujer	2017
Región de Murcia	Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en la Región de Murcia		Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud	2016
Comunidad Foral de Navarra	Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra		Gobierno de Navarra. Instituto Navarro para la Familia e Igualdad	2013
Euskadi	Mutilación Genital Femenina. Guía de actuaciones		Gobierno Vasco. Departamento de Salud, Osakidetza y	2016

		recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi	Emakunde – Instituto Vasco de la Mujer	
Provincias	Girona	Protocolo de prevención de la Mutilación Genital Femenina en la demarcación de Girona	Delegación Territorial del Gobierno. Girona.	2003 / 2006

Fuente: Fundación Wassu-UAB. (2019). Uso, aplicabilidad e impacto del Compromiso Preventivo. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.

La tabla resumen muestra que, de las 12 Comunidades Autónomas con algún tipo de documento sobre la MGF, 10 tienen protocolos de actuación y 2 guías, la Comunidad de Madrid y Euskadi. Estas últimas se limitan a hacer recomendaciones para la actuación de los profesionales de salud, responsables de la detección, prevención y abordaje de los casos de MGF, ya sea en el riesgo o cuando ya ha sido realizada la práctica. Los protocolos de Andalucía, Valencia y Murcia también se acotan al ámbito sanitario y algunos (como el primero) enmarcan la MGF dentro de la Violencia de Género. Los siete protocolos restantes tienen un enfoque más general y contemplan la actuación desde diferentes ámbitos, aunque con distinto grado de detalle.

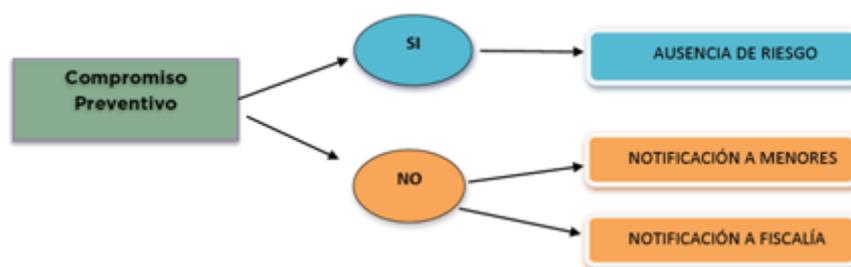
Algunos de ellos, los de Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura y Navarra, han sido impulsados desde los respectivos Institutos de la Mujer u organizaciones para los Derechos Humanos. En las Illes Balears ha estado impulsado por el departamento de Salud, en la misma línea que los antes analizados. El caso de Catalunya es relevante porque ha sido impulsado por la Secretaría de Inmigración, hecho que conlleva una mirada determinada sobre el tema, poniendo el foco en la idea de que es una práctica “de fuera” y facilitando la lógica de la intervención policial.

5.1. HERRAMIENTAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL ABORDAJE PROFESIONAL

Los protocolos analizados son la principal herramienta utilizada en los distintos territorios de España, pero existen otros materiales que se usan de forma complementaria. La más eficaz y con mayor alcance es el documento del Compromiso Preventivo, una propuesta desarrollada hace más de 20 años en la Comunidad Autónoma de Catalunya, como relata el “Informe sobre el uso, aplicabilidad e impacto” (Fundación Wassu-UAB, 2019). Consiste en una carta que consta de tres apartados: los datos personales de la niña, donde consta su escolarización y el seguimiento del Protocolo del niño/a sano/a; el marco legal de la MGF en el Estado español y el certificado de que la niña no presenta lesiones en sus genitales. El documento sirve de apoyo para los padres y madres en su decisión de no realizar la MGF a sus hijas, descargándoles de las presiones del entorno familia en origen y evitando cuestionar la autoridad de sus mayores, ya que demuestra que no son ellos los que penalizan la práctica. De esta forma, constituye un argumento más en la toma de decisiones que se realiza en origen, donde se debe valorar las consecuencias que la práctica puede tener en el conjunto de la familia extensa.

Aunque ha dado buenos resultados y se valora como una herramienta que puede ser de gran ayuda para las familias, es necesario que se use de forma correcta, conservando la finalidad por la cual fue creada y evitando un uso controlador y punitivo. En algunos protocolos la explicación que se da del documento se encuentra demasiado sintetizada y la simplificación de los posibles escenarios puede llevar a los profesionales a utilizarlo de forma superficial, sin el suficiente trabajo preventivo. En el *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* de la Generalitat de Catalunya, se hace referencia al *Compromiso Preventivo* pero no se hace una explicación detallada del documento, ni de cómo presentarlo ni usarlo.

Gráfico 2. Actuación respecto el Compromiso Preventivo



Fuente: *Protocolo para la Prevención e Intervención en Mutilación Genital Femenina de Extremadura*.

En otros ejemplos, como el diagrama que se presenta en el Protocolo de Extremadura (gráfico 2) el documento se convierte en una herramienta punitiva, a través de la cual se quiere objetivar un riesgo que se debería observar de otra manera, teniendo en cuenta muchos otros factores.

Esto puede comportar una comprensión errónea por parte del/la profesional, quien puede ver como obligatoria e indispensable la firma del documento, creado, en sus inicios, como una herramienta de uso opcional y voluntario por parte de las familias. Vemos la importancia de difundir el *Compromiso Preventivo* acompañado de su guía de uso, que permite revertir esta situación de confusión.

Para revertir estas utilizaciones erróneas detectadas, se elaboró una Guía de Uso del Compromiso Preventivo (disponible en el anexo 4) que sintetiza las principales reflexiones que se deben considerar antes de utilizar la herramienta y proponerla a las familias.

Para poder realizar una buena atención preventiva y un abordaje adecuado es esencial disponer de la información necesaria. Con este fin, Fundación Wassu-UAB publicó el “Manual para profesionales” (2010, 2017) y una edición específica para el contexto de Andalucía (2017), con una perspectiva holística, basada en estudios etnográficos y antropológicos sobre la práctica y que ofrece información para profesionales del ámbito de la salud, servicios sociales y educación, así como el contexto jurídico. UNAF también ha elaborado una “Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención.” donde se recogen los distintos marcos jurídicos (internacional, nacional y regional) y estrategias y buenas prácticas para la erradicación de la práctica.

Fundación Wassu-UAB ha elaborado también otros materiales, a disposición de todos los profesionales que quieran utilizarlos como, por ejemplo, la Guía para profesionales, que resume los puntos principales, ofreciendo una herramienta de uso más cotidiano y práctico, junto con el desplegable, un material muy visual, que incluye un mapa de prevalencias de la práctica, pensado para poder abordar el tema con las familias con más facilidad y recursos.

Estas son las principales herramientas, específicas sobre MGF, diseñadas para los profesionales de distintos ámbitos, pero también es importante generar datos basados en la evidencia científica para poder conocer en profundidad las características de la práctica y poder influenciar y adaptar las políticas públicas que se diseñan al respecto. Las principales publicaciones con este fin son:

- El “Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España” (2016), publicado por Adriana Kaplan y Antonio López cada 4 años desde 2009. Ofrece información sobre la distribución territorial por edad y origen de las poblaciones migrantes de países donde se realiza la MGF, siendo una herramienta de gran utilidad para

conocer el territorio y poder adaptar nuestras acciones a las necesidades de las comunidades del país. Muestra el porcentaje de población susceptible a sufrir o haber sufrido MGF por comunidades autónomas y provincias, pero también por municipio. En todos los casos la información está segregada por sexos, edad y país de origen.

- La tesis doctoral de la Dr. Aina Mangas, miembro del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, titulada “Una mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas.” Esta tesis analiza con detalle las consecuencias de cada tipología de intervención y remarca la importancia de hacer buenas formaciones que capaciten a los profesionales a abordar el tema de forma holística y con sensibilidad intercultural.
- El “Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002 - 2018)” sobre Mutilación Genital Femenina, donde se estudia el protocolo de la Comunidad Autónoma respecto la práctica.

Es imprescindible seguir con el trabajo de sensibilización tanto con profesionales de distintos ámbitos como con comunidades que, a través de sus vínculos familiares y emotivos, trasladarán el conocimiento adquirido a sus comunidades de origen, difundiendo el conocimiento y promoviendo un cambio respetuoso con la cultura. Esto requiere que las administraciones públicas comprendan los ritmos de estos procesos y establezcan plazos lógicos que los posibiliten, garantizando los recursos humanos y económicos para su correcta implementación.

CAPÍTULO VI. NECESIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS MUJERES Y NIÑAS

“Las políticas más eficaces son el resultado de escuchar a quienes han experimentado tales problemas en carne propia, que pueden proporcionar perspectivas necesarias para mejorar la comprensión y ofrecer soluciones creativas para utilizar los recursos de forma innovadora.” Noeleen Heyzer, Directora Ejecutiva. Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer, 2004.

La participación de las comunidades, en específico de las mujeres que han pasado por la MGF, es esencial para conseguir resultados satisfactorios. El trabajo de prevención de la práctica no es coherente si no incluye la atención a todas las niñas y mujeres, trabajando de forma horizontal y democrática para tejer entre todas una estrategia que permita llegar a más gente, transferir el conocimiento basado en la evidencia y favorecer un cambio respetuoso con la cultura.

Conocer su opinión, el saber sobre la práctica, la relación con los servicios sanitarios y también el tipo de vínculos con la comunidad de origen es el primer paso para empezar a trabajar de forma conjunta. Con esa finalidad, se incluye un apartado que hace referencia al estudio realizado con mujeres migrantes de países donde se practica la MGF.

6.1. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP) DE LAS FAMILIAS

Con el objetivo de evidenciar los conocimientos, actitudes y prácticas de las comunidades procedentes de países del África Subsahariana frente a la realización de la MGF, Fundación Wassu-UAB ha diseñado un estudio a través de encuestas a población residente en las provincias de Girona, Barcelona y Lleida, en Catalunya.

Aunque en la propuesta inicial se planteó recoger información de 50 familias de distintas zonas del Estado Español, la delimitación del ámbito territorial más alcanzable se hacía necesaria para obtener resultados más fiables. Por esta razón se ha ampliado la muestra a 82 familias residentes en Catalunya. Se ha escogido esta comunidad autónoma por distintas razones. En primer lugar, según el “Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016”, un 30% de las mujeres que provienen de países donde se realiza la MGF residen en Catalunya, proporción más grande aun cuando nos fijamos en el grupo de edad menor de 15 años, que es del 34,2% del total de niñas empadronadas en España. (Kaplan & López, 2017). En segundo lugar, en Catalunya se detectaron los primeros y únicos casos de MGF realizados en el país, en el año 1993. Descubiertos y denunciados por los profesionales de la salud, terminaron con el veredicto de no culpabilidad para los padres de las niñas. En tercer lugar, Catalunya es la primera comunidad autónoma en desarrollar un protocolo

preventivo titulado “Protocol d’actuacions per a prevenir la Mutilació Genital Femenina”, el 2002.

Todos estos factores convierten a Catalunya en la región idónea para realizar las encuestas, ya que se nos asegura poder encontrar población migrante de los orígenes que entran en el estudio y poder preguntar acerca de una posible sensibilización recibida por parte de los profesionales de la salud, sabiendo que se han realizado formaciones, como contempla el protocolo.

La muestra no ha podido ser aleatoria o sistemática porque no hay disponible ninguna lista con la población participante en el estudio. El objetivo es recoger el punto de vista de las personas afectadas de la comunidad, asumiendo previamente la posibilidad de introducir un probable sesgo en la selección.

Los criterios de elegibilidad para ser incluido en el estudio fueron: ser residente en Catalunya en el momento de la encuesta, ser mayor de 18 años, ser originario de alguno de los países en donde se practica la MGF o haber nacido en Catalunya en una familia migrante de estos orígenes. Se han priorizado las encuestas a mujeres, ya que es más probable que ellas tengan más información sobre el tema y puedan contar también parte de su experiencia personal. Dos mediadoras culturales, que han recibido formación específica sobre el procedimiento a seguir en las encuestas, han realizado el contacto con las comunidades y han facilitado la recogida de información. Antes de empezar el trabajo de campo, se ha hecho una prueba piloto con 5 encuestas que ha permitido ver si las preguntas funcionaban correctamente o se debían introducir cambios en ellas.

Los cuestionarios han incluido las áreas siguientes:

- Datos sociodemográficos: edad, género, país de origen, año de llegada a España, número de hijas, edad de cada hija, localidad de residencia actual y grupo étnico.
- Conocimiento de la MGF: definición de la práctica, experiencia propia, edades a las cuales se practica anteriormente y en la actualidad, razones por las cuales se realiza, consecuencias y legislación española y en el país de origen.
- Relación con los/las profesionales de Atención Primaria: comunicación, si ha recibido sensibilización y valoración de sus intervenciones preventivas.
- Relación con la comunidad de origen: viajes de regreso al país de origen, lugar de nacimiento de las hijas, viajes de regreso por parte de ellas, voluntad de algún familiar de practicar la MGF a las hijas, sensibilización personal de los familiares y conocimiento, uso y recibo del documento del Compromiso Preventivo.

Se preparó un cuestionario de 36 preguntas repartidas en los cuatro bloques explicados anteriormente. El formulario era administrado, mediante entrevista personalizada, por una de las mediadoras, hecho que aseguraba la total comprensión del documento, así como

facilitaba la comodidad y confianza de la persona encuestada. Las mediadoras realizaban aclaraciones, resolvían dudas y, si era necesario, realizaban tareas de traducción, ya que hablaban distintas lenguas presentes en las comunidades. (Anexo 5)²³

Como ya se ha explicado, se favoreció la encuesta a mujeres, representando un 97% del total de la muestra, casi la mitad de edad media, entre los 36 y los 45 años. Un 60% de ellas había sido circuncidada cuando era niña, de las cuales un 30% entre los 0 y los 3 años.

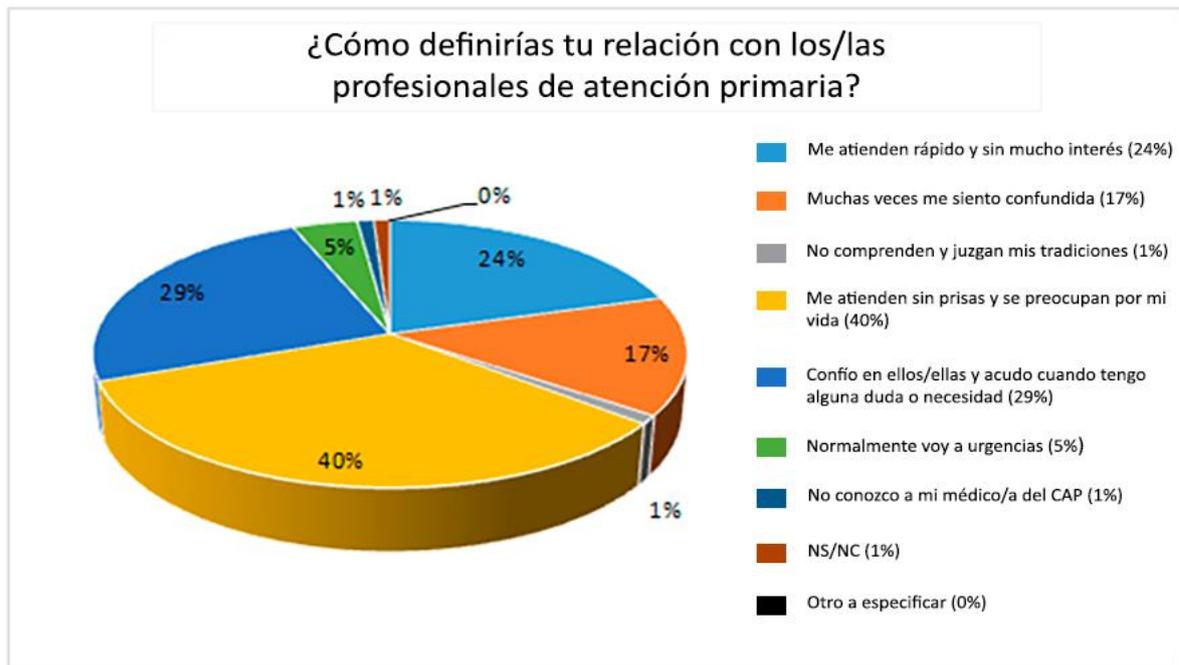
Un 59% piensa que la MGF permite controlar la sexualidad de las mujeres, el 65% reconoce que puede provocar hemorragias e infecciones, pero, si no se realiza, el 56% considera que la niña puede ser discriminada.

El conocimiento de la ley española es más elevado que el de la ley de los países de origen. Un 73% de ellas sabe que la MGF es un delito dentro y fuera de España para familias residentes mientras que sólo un 52% conoce que es un delito en el país de origen.

La relación con los/las profesionales de Atención Primaria es, en términos generales, buena. Un 80% declara que no hay ningún problema o dificultad de comunicación y un 78% ha sido sensibilizado sobre el tema de la MGF, generalmente por parte de pediatría (en el 68% de los casos). Al 73% de las personas encuestadas se les habían explicado los riesgos para la salud y las consecuencias legales de la práctica y alrededor de un 70% considera que los/las profesionales de atención primaria tienen un rol importante en la prevención y atención de la MGF y que su trabajo favorece el abandono de la práctica (66%).

²³ En el anexo 5 se dispone de una tabla resumen con los resultados principales del cuestionario.

Gráfico 3. Relación de las mujeres migrantes con los profesionales de atención primaria



Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019.

Como vemos en el gráfico 3, el 40% de las personas encuestadas siente que le atienden sin prisas y se interesan por su vida, mientras que el 29% declara confiar en ellos y acudir cuando tiene dudas o necesidades. Por otro lado, un 24% siente que le atienden rápido y sin mucho interés, mientras que el 17% muchas veces se siente confundida.

La relación con la comunidad de origen es estrecha. Un 80% de las mujeres, ha regresado al país de origen mientras que la mayoría de hijas (79%) han nacido en España. De ellas, un 65% ha regresado al país de origen. En el 31% de los casos, algún miembro de la familia quería realizar la MGF a la hija, siendo la abuela paterna la respuesta más común (17%). El 70% de las familias habló sobre el tema con los familiares de origen y un 49% contó la prohibición legal de la práctica. Solo un 46% de las encuestadas conocía el documento del Compromiso Preventivo y en el 73% de los casos no fue usado. Cuando se usó, se tuvo que ampliar la explicación.

Las conclusiones que se extraen de estos resultados muestran que los vínculos de los migrantes con las comunidades de origen son fuertes y que se desarrollan modos de vida transnacionales, en un espacio intermedio entre los distintos países en los cuales habita parte de la familia. La educación que reciben los hijos e hijas es necesariamente sincrética, fruto de este crecimiento a caballo de dos sistemas culturales distintos.

Esta particular situación se debe tener en cuenta por parte de los/las profesionales de Atención Primaria que trabajan con usuarios/as migrantes, pero también con miembros de las segundas generaciones. La distancia cultural entre ellos podría llevar a suponer un índice más elevado de relaciones difíciles, en donde las mujeres manifestaran que

“se sienten confundidas” cuando acuden al médico. Contrariamente, sólo un 17% dio esta respuesta, mientras que la gran mayoría expresa confort en la relación con su médico/a.

Aun así, el conocimiento sobre Mutilación Genital Femenina es muy bajo. Pocas mujeres saben responder al tipo de prácticas que se engloban dentro de este nombre. Esto muestra la gran necesidad de hacer más formaciones a los servicios de Atención Primaria para que puedan sensibilizar de forma adecuada a las familias migrantes sobre este tema. Esto es primordial, ya que la información fluye de forma circular entre España y los distintos países de origen y el desconocimiento puede conllevar una desinformación general que se vaya difundiendo, llegando a ser contraproducente.

Por otro lado, hay un conocimiento satisfactorio de la ley respecto a la MGF, quizás porque es un tema que ha salido más a menudo en los medios de comunicación o que circula más fácilmente dentro de la comunidad. Poder profundizar en estos aspectos y conocer mejor los canales por los cuales circula la información podría ser útil para mejorar los programas de sensibilización.

CAPÍTULO VII. ESTRATEGIAS Y BUENAS PRÁCTICAS EN INTERVENCIONES ANTE LA MGF

Las estrategias y buenas prácticas en la prevención y el abordaje de la MGF presentadas a continuación, se han recogido a través de entrevistas en profundidad a profesionales de la salud, de los servicios sociales, del derecho, activistas de ONGs y responsables de políticas públicas.

En total, se han realizado veintiséis entrevistas, cinco de cada perfil y en el caso de las ONG, se han entrevistado a seis personas. La mayoría de ellas son de Catalunya, donde el tema de la MGF ha sido más trabajado y hay más personas sensibilizadas, aunque también se ha recogido información de Aragón, las Illes Balears, las Islas Canarias, Madrid, Navarra, País Vasco y Valencia, dando más representatividad a Madrid y País Vasco, por ser comunidades donde hay un volumen de población con origen en países donde se practica la MGF más relevante que en los otros casos.

En este apartado, no se pretende hacer especial énfasis en las diferencias territoriales, que ya se han comentado brevemente en otras partes del estudio, sino enfatizar los puntos de encuentro desde diferentes perspectivas profesionales y personales. Recoger las narrativas de las personas que trabajan de forma continuada sobre la MGF permite conocer las dificultades con las que se encuentran, así como las estrategias desarrolladas de manera más o menos formal para hacer frente a las problemáticas.

Con el objetivo de visibilizar cómo desde distintas perspectivas aparecen obstáculos y dilemas similares, abordadas desde posiciones diferentes, se ha clasificado el texto según el perfil profesional de las personas entrevistadas, siguiendo el mismo esquema.

7.1. PROFESIONALES DE LA SALUD

Dificultades detectadas

Las principales barreras detectadas por parte de los profesionales de la salud son la religión y el idioma. El tiempo disponible para hacer la consulta también es un factor a tener en cuenta, pero las profesionales entrevistadas explican que la duración se adapta a las necesidades.

“Nosotros por tiempo, a estas mujeres les dedicamos mucho tiempo porque nos parece que es muy importante.” Entrevista 05.

Estas profesionales también detectan posibles problemas de accesibilidad a los servicios sanitarios, producidos por el abordaje punitivo y controlador de la MGF.

“Puede ser que esas personas conozcan otras personas, o sea pueden conocer casos que se pueden evitar, pero con el miedo a ser detenido o que se le retire el pasaporte o por cualquier motivo dicen, «yo no digo nada». Dejan de ir al médico o la pediatra o lo que sea por el miedo que sienten de ir a la cárcel, aunque no

hayan realizado este tipo de corte a la niña. Pero el miedo que sienten hace que dejen de ir a las consultas del médico, de las enfermeras o quien sea. Desde nuestra parte tenemos que establecer una relación de confianza y empatía con esas personas y poder ayudarlas en esos casos, en caso de que sufran presiones, explicarle... Porque muchas veces, nos quedamos con lo básico, porque muchas veces si no quieren firmar el documento... [...] Tenemos que establecer una relación de confianza con esa persona siempre que acuda a nuestra consulta, que no tenga miedo ni piense «si voy a esa consulta y me dicen esto y luego le doy mi pasaporte, pierdo mi trabajo o luego iré a la cárcel o la próxima cita que tengo es en los juzgados.»” Entrevista 23.

En el momento de realizar la sensibilización se debe tomar especial atención al lenguaje utilizado, ya que este puede tener un impacto imprevisto por parte del profesional.

“[Hay que] decirles «Vale nosotros estamos aquí, te estamos ayudando», cuidando nuestro lenguaje porque muchas veces tenemos un estilo de comunicación diferente que nos pueda chocar, que puede chocar a la persona que tenemos en frente.” Entrevista 23.

Propuesta de buenas prácticas

En la sensibilización y formación:

La formación se contempla como muy necesaria en todos los ámbitos que forman parte en este tema. Las realizadas con profesionales de la salud demuestran que mejoran los abordajes y se reducen las intervenciones policiales, consiguiendo una relación de confianza entre los profesionales y las comunidades migradas, que permite fomentar el cambio, desde el respeto.

De la misma forma, se remarca la idea que las formaciones a la comunidad pueden ser una herramienta interesante y útil pero no se pueden ofrecer de forma puntual, ya que es muy importante la dinámica del grupo, que se conozcan anteriormente y que haya una relación de confianza con las personas que dinamicen o impartan la sesión. La MGF no es un tema que se pueda tratar de forma aislada si se quieren obtener buenos resultados. En este sentido, los/las profesionales de la salud valoran muy positivamente poder tener el apoyo de profesionales que tengan experiencia de trabajo con las comunidades, ya sean mediadoras culturales o trabajadoras o educadoras sociales. Esta figura facilita la relación entre el/la profesional y la persona migrante que es atendida, sobre todo en los primeros momentos de contacto con el sistema sanitario.

“Ella había tenido contacto con las mujeres africanas en los grupos que se están haciendo aquí de formación y tenía una comprensión de la vivencia de la mujer africana con respecto a la mutilación que yo no tenía ¿no? Y además una experiencia de testimonios de estas mujeres, ¿no? Entonces para mí ese fue un apoyo muy importante. Creo que hay que contar con personas que hayan estado con mujeres africanas.” Entrevista 04.

Los cursos ofrecidos en Bilbao a las mujeres de comunidades migrantes son un espacio interesante para abordar el tema de la MGF en profundidad. El objetivo de convertir de forma temporal a las mujeres en agentes de cambio es una propuesta enriquecedora que está funcionando sobre todo por canales informales como los grupos de WhatsApp de amigas o encuentros presenciales. Para mejorar el impacto del programa, se podrían facilitar espacios en los cuales realizar charlas formales por parte de las mujeres, a la vez que introducirlas como agentes de mediación en los centros de salud.

En la prevención:

La prevención centrada en la criminalización y desconfianza, fomentada por algunas instituciones y protocolos, puede ser amenazante, hecho que constituye un problema, ya que dificulta la relación con las familias y les aleja de los servicios de salud. La intervención policial, como por ejemplo la de los Mossos d'Esquadra en Catalunya, que consiste en la retirada del pasaporte de las niñas como medida preventiva, aumenta el miedo y el recelo por parte de las familias en el abordaje de la MGF, creándose un tabú del cual será mejor esconderse que informarse.

Para contrarrestar esta realidad, los/las profesionales de la salud remarcan que no hay que empezar un proceso judicial sin antes valorar en profundidad el contexto de cada caso en concreto, consultando a entidades especializadas en el tema si existen dudas y dilemas. La prevención a través de la sensibilización a las familias debe empezar cuando antes mejor y un ejemplo de buena práctica en este ámbito es el caso del hospital Basurto en Bilbao, donde se empieza a trabajar la MGF durante el embarazo.

“Entonces lo que hacemos aquí es una prevención, pero antes del nacimiento de la niña. Empezamos con la sensibilización de esas mujeres porque estamos convencidos de que abordar la mutilación no puede ser cuando la niña ya tiene X años, porque ya vamos tarde. Y menos cuando se va de viaje. Entonces esto tiene que ser algo... esta sensibilización hay que empezarla mucho antes para que la mujer lo tenga clarísimo; ella y su marido, de que no van a hacerle esto a la cría.”
Entrevista 05.

Establecer una relación de confianza con las familias es otro elemento de buenas prácticas, buscando la coordinación de los distintos servicios, en especial las escuelas. Ofrecer cursos de alfabetización para las madres y padres en las escuelas en las que estudian los hijos e hijas es una propuesta que fomentaría la integración social de las personas, mejorando su acceso a los distintos servicios, a la vez que se trabajaría coordinadamente para solucionar las necesidades de forma holística, poniendo énfasis en la salud sexual y reproductiva.

En la metodología:

- Protocolo:

El protocolo, desde los servicios de salud, muestra deficiencias técnicas porque no incluye la atención psicológica y ni el acompañamiento humano a las familias, remarcando la necesidad de adaptar la actuación a cada caso particular. A la práctica,

algunos protocolos son poco funcionales porque las profesionales ya han interiorizado el circuito a seguir y se sienten seguras respecto a la sensibilización que deben ofrecer a las familias, motivo por el cual no consultan el protocolo escrito, que a veces es demasiado rígido. Tener una pauta para la identificación de una situación de riesgo de MGF es necesario pero los factores deben ser analizados muy atentamente en cada situación antes de activar el siguiente nivel de actuación. Por otra parte, se detecta un problema en la aplicación del protocolo, que muchas veces es reactiva, activándolo a partir del nivel 4, de forma urgente, y dejando de lado las otras fases previas que incluyen la prevención, la detección y la actuación no urgente. Este tipo de situaciones se ven en el análisis de las sentencias y actuaciones punitivas.²⁴

Estrategias

Fomentar una sociedad inclusiva sería la principal estrategia a seguir para hacer frente a la MGF, evitando los discursos y prácticas estigmatizadores que quieren controlar de forma punitiva la población migrada. Garantizar el acceso de estas personas a los recursos sanitarios de calidad, donde puedan ser atendidas de forma correcta es imprescindible para poder seguir trabajando el tema.

En este sentido, se deben tener presentes los tiempos necesarios para establecer una relación de confianza con la familia y no abordar el tema de la MGF como un hecho puntual sobre el cual se puede hablar en una consulta con una familia con la cual no ha habido contacto previo.

7.2. PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Dificultades detectadas

Actuar solo desde lo punitivo puede ser tan limitante como utilizar exclusivamente mecanismos de prevención. Ambos aspectos, por si solos, no son suficientes. Una de las entrevistadas lo expresaba así:

“Por eso pienso que muchos estados proclaman la ley para quedar bien, para demostrar públicamente que están en contra de la práctica, pero no toman la responsabilidad de hacer un seguimiento de esta ley. Proclamar una ley sin implicarse en la implementación y el seguimiento de esta, no tiene sentido.”
Entrevista 07.

Además, en algunas ocasiones, se detecta que la MGF no es el tema que más preocupa a las familias, ya que hay necesidades básicas no cubiertas y, por lo tanto, generar conciencia del problema se hace todavía más difícil.

²⁴ Para más información, consultar el apartado 3.4. *Análisis de casos: sentencias y actuaciones punitivas.*

Por otro lado, aparece el dilema del registro, del riesgo a la estigmatización de la persona, y esto provoca unos registros incompletos que dificultan el seguimiento adecuado y la evaluación correspondiente.

Propuestas de buenas prácticas

En la sensibilización y formación:

La sensibilización se debe poner en marcha desde el primer momento y no limitarlo ante la sospecha de viaje por parte de las familias.

Respecto a la formación, concretando en los países donde se practica la MGF, los currículos profesionales deben incorporar conocimientos sobre el tema, desde una perspectiva del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Es necesario definir un plan formativo de carácter continuo, evitando el abordaje etnocéntrico.

En la prevención:

El trabajo preventivo es básico, y la actuación no se debe centrar exclusivamente en la fase de detección. Generar conciencia ante la MGF y poder visualizarlo como un problema de salud requiere una actuación que va más allá de lo punitivo.

El compromiso preventivo puede ser un instrumento útil si se realiza desde el primer momento, normalizando el tema en un contexto de revisión general de salud, ya sea pediatría o ginecología.

“Yo cada vez lo tengo más claro. Yo ahora por ejemplo los casos que me pasaron de este verano... de que habían nacido en el hospital... que eran hijas de madres con mutilación. Allí le dije a la pediatra:

«- ¿Con estos casos qué? ¿Tengo que hacer algo?

- No, ya está todo, todo el mundo ya me ha hecho la carta, ya está.»

Es que tiene que ser ella, es a ella a quien le deben tener confianza. No deben tener confianza en la mediadora, yo la mediadora creo que es algo puntual y de ayuda en cualquier momento, pero en realidad en quien tienen que tener confianza las familias es con su pediatra. Tiene que ser una figura de espaldarazo. O, a veces, si todo se cumpliera y se hiciera bien, no haría falta, ¿no? Que estuvieras tú allá, con tu coetilla, siempre, todo el día. [...] Su registro debe ser adecuado para que permita el seguimiento y evaluación de cada uno de los casos”. Entrevista 11.

En la metodología:

En algunas zonas de Catalunya existen las “Mesas de Prevención de la MGF”, donde participan pediatras, profesionales de servicios sociales, educadores, Mossos y policía local. Estos espacios facilitan la coordinación, aunque el hecho que el registro de los casos no sea sistemático dificulta el seguimiento y evaluación adecuados. Mangas

(2017) analiza en profundidad esta herramienta enmarcada dentro del “Protocolo de Actuación para Prevenir la Mutilación Genital Femenina” y que se centran principalmente en la activación y aplicación del protocolo y el seguimiento de los casos, utilizando bases de datos “donde se identifica a la población africana, [hecho] que vulnera la ley de protección de datos.” (Mangas, 2017: 305). Es necesario reforzar el trabajo de sensibilización y formación realizado desde las mesas, ya que esa es la base de la prevención a largo plazo.

Estrategias

El protocolo de actuación debe ir más allá de la detección de casos o el uso del compromiso preventivo. Si se busca una atención integral, tan importante es la detección de nuevas prácticas de MGF como el apoyo psicológico y los cuidados de salud que puede requerir una mujer adulta con la MGF ya realizada.

Por otro lado, los espacios de coordinación son necesarios y uno de los objetivos es conseguir que participe la comunidad.

7.3. PROFESIONALES DEL DERECHO

Dificultades detectadas

Las profesionales del derecho entrevistadas se posicionan en discursos opuestos, ya que ven el tema desde diferentes perspectivas.

Por un lado, encontramos una profesional que manifiesta el hecho que la ley no se aplique con toda la contundencia posible a causa de la compasión que generan las familias migrantes y las niñas, normalmente en situación de extrema vulnerabilidad. Según su punto de vista, considerar la tradición y el hecho que los padres no tienen el objetivo de perjudicar a sus hijas como un atenuante, no es adecuado y va en contra de lo que marca la CEDAW y el convenio de Estambul.

“He llegado a la conclusión de que se hace por compasión y se cree que, como los padres actúan bajo esos criterios de costumbre, tradición y religión, no quieren agravar más la pena y, por lo tanto, no aplican la agravante de parentesco. Sin embargo, eso es contrario a cualquiera de los principios internacionales que rigen tanto en la Declaración para la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer, como en el Convenio de Estambul para la lucha contra la violencia doméstica y de género, que dice que en ningún caso la tradición o la costumbre se tendrán en cuenta como causa de justificación de estos crímenes. Además, el Convenio exige que cuando exista una relación familiar entre el autor y la víctima, se tenga en cuenta esa relación como circunstancia agravante. Sin embargo, nosotros no lo hacemos. A lo mejor tenemos que cambiar un poquito de mentalidad para que efectivamente la respuesta penal tenga ese efecto de prevención general y que sepan que aquí no nos andamos con bobadas.”
Entrevista 16.

Esta profesional reivindica la aplicación de todos los agravantes existentes como el de parentesco, además de la inhabilitación de la patria potestad de los padres, la retirada de la custodia cuando se vea necesario y una indemnización económica para la niña.

Otra profesional se muestra totalmente contraria a esta estrategia y declara que se deben pensar atenuantes que protejan a estas familias que actúan pensando en el bien de sus hijas en su contexto cultural y que permita, sobretodo, proteger el interés de las menores.

“No es necesaria la agravante de género porque no necesitamos un mayor castigo. Yo misma he estado hablando de posibilidades de aminoración de la responsabilidad atendiendo la necesidad de proteger a las menores y entendiendo, también, que estas personas podrían estar ante lo que se denomina un error de prohibición.” Entrevista 17.

Respecto a la ley, no queda muy claro cómo se debe actuar delante de los casos de mutilaciones genitales femeninas realizadas en el extranjero y eso genera confusión.

“No queda muy claro, ¿de acuerdo? Porque expresamente se permitía antes pero la mención expresa la retiraron, pero sí es posible, por la mención que se hace en la legislación que regula en la posibilidad de jurisdicción universal, el artículo 23 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, que sí que permite acudir a otra legislación internacional que forma parte nuestro derecho, como es el Convenio de Estambul, que sí que permitiría a través de esta vía justificar la posibilidad de que los tribunales españoles intervinieran, pero para eso sería necesario que los responsables estuvieran en España. Es decir, no podemos ahora extender una jurisdicción universal más allá, sería necesario que los responsables y que la víctima estén en España para que pueda proceder esa persecución. Pero con estas exigencias no se impide, en principio, que pudiera ser perseguida una mutilación realizada en África y detectada en España cuando la niña ha llegado con la madre a reagruparse con el padre que había venido en primer lugar.” Entrevista 17.

Como ya se ha explicado más detenidamente en la parte jurídica del informe, es posible perseguir los casos de mutilación realizadas fuera de España mientras al menos uno de los padres de la niña sea residente. Aun así, es importante destacar la confusión que esto puede generar y la falta de pautas de actuación en el ámbito jurídico.

“La lectura de todos estos casos ha afirmado mi convicción de que realmente estamos tratando este tema de una forma totalmente contraria a los principios de justicia y de igualdad en el respeto de los derechos. Resulta realmente contradictorio que por un lado estamos dispuestos a encarcelar a los padres de unas niñas o de unos niños que van a tener que ir a un centro de menores, encarcelarles con penas de larga duración, incluso quitarles la patria potestad sobre sus hijos y, al mismo tiempo, rechazamos las solicitudes de asilo y de refugio alegando la práctica de la MGF. Es una manera absolutamente despreciable de afrontar esta cuestión. «Usted quédese en su país, no me traiga a mí el problema de la mutilación genital femenina y si viene aquí me voy a olvidar de usted y voy

a lanzar todo el peso de la ley porque esto es, desde mi punto de vista, una salvajada.» Entrevista 17.

Finalmente, se muestra preocupación por la mayor culpabilización de las madres por la idea que la tradición se transmite a través de las mujeres. Las profesionales declaran que no se puede olvidar que en la mayoría de casos la madre también ha sido sujeta a la práctica y, por lo tanto, es también una superviviente de ella. En estos casos, se produce un proceso de revictimización en el cual las mujeres que ya han sufrido la violencia de género en sus países de origen, son también castigadas por el sistema penal de los países de destino.

Propuesta de buenas prácticas

En la sensibilización y formación:

Aumentar las sensibilizaciones y las formaciones en el ámbito judicial. Incorporar el tema en el currículum de los estudiantes de derecho y formar a jueces y magistrados en activo para que conozcan el tema, como por ejemplo los mapas territoriales y los protocolos estatales y autonómicos. Conocer el bagaje cultural que está presente en cada caso es una competencia que debe reforzarse no solamente en el ámbito de atención primaria, sino también en el ámbito jurídico, donde no se puede entender el delito sin una mirada holística que tenga en cuenta en contexto concreto.

Los talleres de empoderamiento para niñas y jóvenes también aparecen como una buena práctica a fomentar.

En la prevención:

La participación activa de las mujeres es el primer paso de la prevención. Implicarlas en la lucha y posibilitar que se conviertan en agentes de cambio permite ofrecerles la atención necesaria y a la vez empezar a sensibilizar a toda la comunidad migrante y sociedad en general, desde la base.

En la metodología:

- Protocolo:

El principal problema que se detecta del Protocolo estatal es que se ha realizado de forma vertical, desde las instituciones (Top – Down) y sin conocer exactamente la situación real de las personas a las que involucra. De esta forma, las pautas marcadas no resuelven todas las dificultades con que se encuentran los/las profesionales en su vida cotidiana ni da apoyo real a las familias. Para revertir esta situación se tiene que contar con la participación activa de las mujeres africanas, con quienes se debe establecer un diálogo en posición de igualdad, que no esté enfocado en la criminalización y represión de la población, sino en ofrecer un apoyo holístico a la situación en la que se encuentran, fomentando la integración social.

Las políticas públicas tienen que ser integrales y no desarrollarse por departamentos. La MGF no se puede trabajar solo desde el ámbito penal pero sí que es importante poder

coordinar las actuaciones. En definitiva, *“mutilar el clítoris es una práctica lesiva [que] debe ser erradicada. Ahora bien, a través de una política más humana, más justa, más equilibrada y que realmente, por encima de todo, proteja a los menores.”* Entrevista 17.

Estrategias

Como se explica en el manual elaborado por Fundación Wassu-UAB (Kaplan & GIPE, 2010; 2017), la promulgación de una ley que protege a mujeres y niñas de la MGF ofrece legitimidad a la policía, organizaciones de mujeres, grupos que defienden los derechos humanos, profesionales de la salud, servicios sociales y educación para poder intervenir, creando un marco jurídico desde el que poder trabajar.

Pero legislar no es suficiente para proteger a mujeres y niñas de la MGF ya que el miedo a ser perseguidas se convierte en un obstáculo para la adecuada atención a la salud de esta población, haciendo que la gente no pida ayuda en caso de complicaciones si se ha practicado una MGF. Por lo tanto, las leyes deben ir de la mano y acompañadas de intervenciones de sensibilización, formación y educación a los profesionales y a la comunidad migrante sobre los efectos nocivos de la MGF para la salud para así poder cambiar actitudes.

7.4. ACTIVISTAS DE ONG

Dificultades detectadas

El principal problema detectado por parte de las activistas en el tema, que trabajan en ONG, son las niñas que viajan al país de origen y no regresan a España, con tal de evitar la persecución de los padres. Debido al deficiente registro de los casos de MGF y aún más en el caso de riesgo de MGF, no hay datos sobre estos casos pero las personas entrevistadas, vínculos y referentes en las comunidades migradas, afirman que esta es una estrategia de las familias para evitar la ley española.

“Yo también te puedo decir que ha habido familias [que] no han vuelto, niñas que no han vuelto. Porque yo creo también que las familias tienen sus propios mecanismos de saltarse las normas. Entonces, yo creo que dentro de la casuística de usar el Compromiso esta esa que «yo voy a firmar, pero luego mi niña no va a volver».” Entrevista 06.

“He visto a niñas que han firmado, que los padres han firmado sobre la ley, que se han ido, las niñas se han quedado allí y no han vuelto. [...] Si la niña allá ya tiene la mutilación, no vuelve porque el padre o la madre saben que irán a la cárcel; la niña no vuelve. Cuando se case, cuando tenga la mayoría de edad, ya volverá.” Entrevista 21.

Se detecta un desconocimiento generalizado del protocolo por parte de diferentes profesionales, que muchas veces no saben cómo actuar delante de un caso de MGF y

recurren a las entidades de las cuales ellas forman parte; hecho que se suma al miedo a abordar este tipo de cuestiones.

Por otro lado, también se han detectado problemas de acceso a los recursos sanitarios por parte de las mujeres migrantes respecto a un tema íntimo y personal. Aunque la atención ha mejorado con el tiempo, ya que los/las profesionales tienen más conocimientos sobre la MGF y pueden abordarla de forma más adecuada, se deben considerar también las barreras socioculturales que pueden influenciar los recorridos terapéuticos usados por el colectivo de mujeres.

Una migrante de Somalia entrevistada cuenta cómo se sintió cuando fue al médico en España por un tema relacionado con la MGF:

“[Era un tema] tan desconocido que no podía ir al médico, no podía ir a un ginecólogo, por ejemplo. La primera vez, se le quedó una cara de shock. Por eso, con un grupo de mujeres, vimos que todas teníamos algo que hacer con este tema.” Entrevista 22.

Garantizar el acceso a los recursos sanitarios es el punto inicial, sobre todo si pensamos en canalizar la prevención de la MGF a través de los profesionales de este ámbito. Es esencial estudiar cuáles son los obstáculos que se encuentra la población a la cual queremos llegar y determinar qué perfil queda fuera del circuito y por qué razones.

“Muchas veces las mujeres no conocen y no saben cómo acudir al centro sanitario para explicar el problema que tienen derivado de la mutilación, porque sienten vergüenza.” Entrevista 08.

La falta de un registro sistemático en las comunidades autónomas o de forma generalizada en todo el estado, conlleva dificultades a la hora de analizar la situación actual y evaluar el impacto de las políticas públicas y los programas desarrollados hasta la fecha. A la vez, el registro genera dilemas éticos sobre la necesaria confidencialidad de la información y existe miedo a la estigmatización de la población migrada de origen MGF o, en general, racializada, de origen subsahariano. Parece ser que el debate y las reticencias al respecto son uno de los factores que explican que, a pesar de existir protocolos sobre el tema desde hace años, todavía no se ha conseguido un registro con garantías en ninguna comunidad autónoma.

“Las pediatras veían el problema de cómo señalar en la ficha sanitaria informática, cómo hacer para que eso quede señalado, pero a la vez que no signifique una estigmatización de esa familia. Porque estamos hablando de riesgo, no estamos hablando de que se haya hecho. Entonces, eso no se ha solucionado.” Entrevista 22.

Propuesta de buenas prácticas

En la sensibilización y formación:

La formación a profesionales de la salud se debe garantizar para que se sistematice a todo el territorio español. De esta forma, se podrá dar a conocer el protocolo estatal o

el correspondiente protocolo autonómico y evitar dejar el abordaje de la MGF en manos de cada profesional y su bagaje experiencial personal.

Las sensibilizaciones a la comunidad migrante deben de tener en cuenta su situación de vulnerabilidad y buscar estrategias que permitan acercarse al colectivo de forma respetuosa y conocedora, teniendo en cuenta sus intereses y necesidades. En este sentido, las entrevistadas remarcan la importancia de poder trabajar de forma continua y con grupos estables.

En Navarra, se realiza formación a los hombres sobre la ley de extranjería y se aprovechan los cursos para hablar de igualdad de género y MGF. A partir de ellos se consiguen los contactos de sus mujeres, a quienes se les ofrecen cursos sobre Salud Sexual y Reproductiva, donde pueden profundizar más, en un ambiente libre de prejuicios, sobre la higiene íntima y las consecuencias de la MGF para la salud.

En la prevención:

La herramienta del Compromiso Preventivo se considera útil en aquellas comunidades autónomas donde se ha utilizado, pero a la vez se remarca que no se puede plantear de forma amenazante y que, si los/las profesionales no lo conocen bien, su uso puede generar distancia con la familia y reticencias de su parte. Por este motivo plantean darlo a conocer entre las mujeres de las comunidades, acción que ya se ha realizado en Navarra con buenos resultados.

En general, la prevención debería empezar por la implicación de las comunidades en el tema. Se deben tener en cuenta distintas estrategias de actuación en este aspecto como, por ejemplo, identificar a los/las líderes comunitarios y hablar sobre el tema para asegurar la asistencia de más personas en las formaciones o sensibilizaciones posteriores. Conocer cada comunidad es un paso indispensable de la prevención, ya que no podemos partir de prejuicios racistas que uniformicen a toda la población con origen en países donde se practica la MGF.

En los talleres con mujeres, algunas entidades plantean dinámicas interesantes para poder desmontar los mitos sobre la práctica, fomentar el diálogo entre las mujeres y su empoderamiento respecto la propia salud sexual y reproductiva.

“Vimos que hay muchas mujeres que tienen la mutilación hecha pero no saben qué tipo tienen. Y tenían presente de que, si yo tengo una niña, o esta niña que tengo, cuando voy de vacaciones, la voy a mutilar. ¿Por qué? Porque es algo bueno. Una mujer no puede estar sin mutilar porque huele, porque tiene muchas cosas. Entonces nosotras empezamos a contar, a desmontar eso a través de juegos con ellas, entre ellas mismas.” Entrevista 08.

En la metodología:

- Servicios:

Se detecta la demanda de servicios de atención psicológica y sexológica accesibles para las mujeres de comunidades migradas, teniendo en cuenta los obstáculos que se han

comentado que pueden desfavorecer su correcta accesibilidad como las franjas horarias en las que se ofrecen, los idiomas de atención disponibles o las cuestiones socioculturales. En este sentido, también se reivindica la necesidad de atender a las personas de forma holística, ya que en ningún caso los problemas y dificultades de las mujeres o las familias se pueden separar por departamentos, sino que están imbricados. Los servicios de acompañamiento, que apoyan a las mujeres y a las familias en la búsqueda de vivienda y trabajo, en las cuestiones de salud y educación, se ven como un modelo a difundir y garantizar.

Estrategias

El trabajo interdisciplinar y en red es necesario y a la vez fructífero para poder asegurar la perspectiva holística. Aun así, se debe recordar que no se trata de juntar recursos, sino de trabajar de forma conjunta y coordinada con el objetivo de atender las necesidades de la población y no seguir las pautas rígidas que establece la burocracia. El objetivo es llegar a las personas (mujeres, jóvenes, hombres, familias), consiguiendo superar la distancia con las instituciones y el ámbito académico, donde se generan las principales reflexiones y se diseñan las políticas públicas. La existencia de las asociaciones que trabajan el tema demuestra la preocupación social por él y la imperiosa necesidad de invertir más recursos humanos y económicos para poder realizar un trabajo de calidad que tenga impacto a largo plazo.

Las entidades de mujeres africanas manifiestan la gran importancia de las redes de solidaridad, un claro ejemplo del poder de organización de las comunidades. Este tipo de grupos cohesionados permiten abordar el tema de la violencia, creando un espacio autogestionado seguro donde todas se pueden sentir cómodas. A partir de estos grupos se pueden realizar sesiones específicas sobre MGF que permitan abordar el tema con el tiempo que necesita, generando nuevos agentes de cambio que puedan ser multiplicadores de información y tener un impacto en los países de origen.

Las sensibilizaciones anti-racistas se deben realizar con el conjunto general de población para evitar criminalizar a las comunidades migradas con el tema de la MGF, entre otros. Esto se debe tener muy presente en el momento de diseñar las campañas de sensibilización para que no sigan contribuyendo a la perpetuación del odio y el estigma.

“Pero si a esa percepción negativa le añades que los blancos tenemos que luchar contra la mutilación genital femenina, «fijaos qué cosa más cruenta y más salvaje hacen estos» o sea, ¿estamos ayudando a que se erradique la MGF o lo que estamos haciendo es contribuir a criminalizar más a esa población? Cuando estamos generalizando, porque todas sabemos que la mutilación ni la hacen todos los africanos, ni en todos los países, ni todas las etnias.” Entrevista 22.

La implicación del Estado es indispensable para poder seguir trabajando y mejorar los recursos y servicios existentes. Hacen falta herramientas institucionales que permitan sistematizar programas iniciados por parte de ONG, superando los lentos ritmos burocráticos que a veces ralentizan el proceso impulsado por la sociedad, como en el

caso de las Islas Canarias, donde todavía no disponen de un protocolo de actuación, pese a las peticiones realizadas por distintas entidades.

7.5. RESPONSABLES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Dificultades detectadas

La coordinación entre los diferentes niveles de la administración no es ágil y esto, acompañado de un desconocimiento de los protocolos vigentes hace que la prevención no sea la adecuada, con el riesgo de actuar exclusivamente desde lo punitivo.

La comunicación lingüística entre profesionales y familias se puede ver limitada en la medida en que se utiliza exclusivamente el inglés y el francés, en el mejor de los casos.

Además, en ocasiones, se detecta una falta de coherencia entre las políticas preventivas y las de cooperación. Según el tratamiento del caso y el cómo se traslada a la opinión pública, puede ayudar más a una estigmatización de este colectivo que a una sensibilización sobre los riesgos de salud de la MGF.

La formación es puntual, voluntaria por parte del profesional y esto dificulta evaluar el impacto de la formación/sensibilización en su conjunto. En ocasiones, dificultades incluso para asegurar un diagnóstico adecuado del caso concreto.

En general, no existe una adecuada monitorización de los casos y esto genera dificultades para realizar el seguimiento y evaluación pertinente.

Propuestas de buenas prácticas

En la sensibilización y formación:

En algunos municipios de Catalunya se ha llevado un plan formativo y de sensibilización dirigido a profesionales de la salud, servicios sociales, educación y otros, favoreciendo la existencia de un referente para cada una de las áreas básicas del territorio.

En el País Vasco, se incorpora a las mujeres de la comunidad como agentes de salud y prevención en la MGF. Confían en el efecto multiplicador, estas mujeres transmitirán la información al resto de la comunidad, posiblemente en un ambiente más distendido y de confianza.

“Porque por una parte quieres visibilizar la fuerza de estas comunidades, su capacidad de transformación y de cambio social y su potencial humano, que es al final una forma también de sensibilizar y de que se mire a estas mujeres y a estas familias con otro foco, ¿no? Pero, por otra parte, los medios de comunicación también tienen sus reglas y a veces juegan mucho con el impacto que genera, por ejemplo, una cuchilla. [...] Evidentemente pedíamos explícitamente que no apareciese absolutamente ninguna imagen ni de una cuchilla ni de una mujer agarrando a una niña para que se pueda llevar a cabo la mutilación, ni de absolutamente nada. Que queríamos transmitir la fuerza de

estas culturas, la fuerza de estas comunidades, su capacidad de autocrítica y auto superación, ¿no? Entonces bueno, un protocolo de comunicación, con medios de comunicación pero que salvo que... no solamente en materia de MGF sino en materias de delitos... es decir en materia de cualquier tipo de información que se dé a nivel de comunidades migrantes, ¿no? Una serie de pautas y principios rectores que respeten al final, la diversidad intercultural y también la diversidad dentro de las comunidades.” Entrevista 02.

Los contenidos del curso son el conocimiento sobre la práctica, daños ocasionados, contexto de violencia de género y además se trabajan las habilidades y asertividad de cara a la presión comunitaria. Después, esta formación se transmitió a otros profesionales estratégicos, que trabajan con mujeres inmigrantes, personal de pediatría, servicios sociales, educadores de calle y siempre con un enfoque intercultural.

En la prevención:

El compromiso preventivo es un instrumento que requiere ser utilizado correctamente, sin olvidar que el objetivo siempre es dar información sobre los riesgos para la salud de la MGF pero en ningún momento la firma del compromiso, sin más.

“Cuando no tenemos enfoque intercultural o enfoque de género, para mí, como profesional, lo más importante es que me firmen el Compromiso Preventivo. Es lo que a mí me va a dar paz, me va a dar tranquilidad. ¿Qué nos pasó? Pues que tenemos una mujer de Ghana que dice que ha participado... dijo ella «yo ya estoy formada en esto, no quiero que venga el trabajador social del hospital a contarme ninguna batalla porque yo ya sé lo que tengo que saber sobre esto y sobre mi hija.» Pero, sin embargo, a esa mujer se la derivó a pediatría donde ella dijo una vez más que no quería firmar el Compromiso Preventivo porque no lo necesitaba porque tenía las cosas claras y, una vez más, ese caso terminó en mi mesa, ¿no? ¿Qué nos pasa? Que vamos así, como vacas sin cencerro y nos olvidamos de que esa mujer tiene autonomía, tiene decisión propia y que la tenemos que respetar...” Entrevista 02.

Los principios que guían el protocolo son el interés de la menor y de la madre, la necesidad de formación especializada, la adaptación de herramientas y recursos para la familia, y seguidamente, a partir de la intervención, seguir identificando necesidades. Se trata de una actuación individualizada.

En la metodología:

En algunas zonas de Catalunya existen las mesas de violencias machistas y en principio se coordinan con otras mesas que son exclusivamente de MGF. Tienen un protocolo de referencia donde se define la actuación ante la detección de un caso, pero no se especifica la acción preventiva. E incluso, en algunos casos no se incluye ni el compromiso preventivo.

En el País Vasco, existe la comisión interinstitucional, donde participan profesionales de salud, servicios sociales y educación, pero no incluye la policía ni la protección judicial de menores. Tiene un carácter más preventivo.

Estrategias

El protocolo debe ser revisado periódicamente y debe incluir la definición del rol de cada uno de los profesionales que pueden intervenir. Aunque, la base de la actuación se debería hacer desde el ámbito de la pediatría o ginecología, asegurando una atención integral de salud, valorando las necesidades de la mujer en cada caso.

Una estrategia de mejora es el diseño de la formación y sensibilización continua, incorporando en el proyecto, no solo a las mujeres de la comunidad sino también a los jóvenes y hombres.

En Catalunya, se introduce el tema de la MGF en el programa de prevención de la violencia de género, incluyendo la variante cultural donde se revisan los conceptos de género y violencia. Además, la MGF se aborda también dentro de los cursos de competencias lingüísticas y búsqueda de trabajo.

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente informe muestra que la mutilación genital femenina es una realidad social en la España actual, que se debe afrontar desde diferentes ámbitos y perspectivas. La complejidad del tema hace indispensable un análisis holístico que contemple las implicaciones de diferentes espacios e instituciones para poder detectar las tendencias de cambio actuales, estimuladas o dificultadas por las varias iniciativas y programas desarrollados.

Para poder clarificar las principales conclusiones, éstas se organizarán siguiendo los diferentes temas abordados, planteando los dilemas y reflexiones surgidas de la intersección entre las voces recogidas en el trabajo. Finalmente, se presenta una serie de recomendaciones a tener en cuenta en el diseño de las políticas públicas sobre MGF que se realicen en el futuro.

8.1. PERSPECTIVA LEGAL

La perspectiva legal sobre la MGF la conceptualiza como una expresión de la violencia de género e intrafamiliar. Como se ha explicado, las actuaciones judiciales se producen mayoritariamente cuando la MGF ya ha sido realizada y es detectada por parte de un profesional, quién hace el parte de lesiones.

Los principales dilemas éticos respecto a la actuación que se debe seguir aparecen en este ámbito en dos momentos diferentes. En primer lugar, la cuestión sobre la pertinencia de actuar preventivamente desde el ámbito judicial, retirando los pasaportes de las niñas cuando se detecta un posible viaje familiar al país de origen con riesgo de MGF o haciendo revisiones periódicas de los genitales de las niñas marcadas por sentencia. En estos casos, no se está juzgando el delito sino el riesgo de que se cometa, con medidas claramente punitivas y controladoras. Se puede afirmar que no se está respetando la presunción de inocencia y se plantea hasta qué punto se puede intervenir preventivamente desde el ámbito jurídico.

En segundo lugar, cuando se juzga una MGF ya realizada, sea en territorio español o en el extranjero por parte de personas residentes o con nacionalidad española, aparece la cuestión de si las medidas punitivas planteadas por el Código Penal se adecuan a las características del caso. No se trata de poner en duda lo lesivo de la práctica ni la necesidad de castigarla sino de analizar las consecuencias de las sanciones aplicadas, con una mirada holística y siempre con el interés superior de la menor.

Como plantea Roperó (2017b: 89-90):

“El dilema de la intervención penal se plantea cuando, habiendo condenado enérgicamente la práctica y abogado por la utilización del código penal en la persecución

de la MGF, nos vemos llamados a enviar a la cárcel durante varios años a una mujer mutilada por haber mutilado a su hija, apartándola de la misma y dejando a la menor en manos del padre (quien alguna vez ha alegado que él no sabía nada porque esto es una cosa de mujeres) o bajo la tutela del Estado. Entonces nos damos cuenta de que [...] no sabemos quiénes son las víctimas y quiénes los verdugos, y llegamos a la conclusión de que podríamos estar cooperando a la desprotección de las menores.”

La MGF queda regulada en las leyes de violencia de género y de protección del menor pero la mayoría de las veces quien acaba siendo castigada como responsable de la práctica es a la vez una víctima. Reconocer las limitaciones legales en este ámbito debe servir para trabajar de otra forma, permitiendo fomentar el cambio a largo plazo, sustentable en el tiempo.

Un primer paso podría ser incluir una mención específica a la MGF en la legislación referente al derecho a la salud, ya que en la actualidad no aparece ni en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, ni tampoco en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

8.2. PERSPECTIVA DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

En el Estado Español la salud y los servicios sociales son competencia de las comunidades autónomas, hecho que fomenta la diversidad de abordajes de la MGF. La publicación del *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)* en 2015, por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, fue un primer paso en el establecimiento de pautas comunes y una referencia para las zonas que no habían desarrollado documentos propios.

Aun así, es necesario destinar más recursos para la implementación de este protocolo, sobretudo su parte preventiva, que requiere formar de manera sistemática a los/las profesionales responsables de aplicarlo. Desplegar los recursos humanos y materiales para llevarlos a cabo y trabajar en pro del empoderamiento real de la población es indispensable, a la vez que se capacita a estos profesionales, ya que “se ha comprobado que estas herramientas, sin formación, pueden desencadenar actuaciones contrarias al fin por las que fueron diseñadas.” (Mangas, 2017: 413).

Más allá de destinar los recursos necesarios para poder implementar el documento y evitar que no se conozca lo suficiente, también es importante evaluar y adaptar los protocolos de forma periódica. Hay que partir de la idea que los protocolos constituyen un marco de referencia que busca ser útil en la intervención y el abordaje pero que cada caso presentará características diferentes y, por lo tanto, intervenciones adaptadas. Pretender poder actuar siempre siguiendo exactamente los mismos casos no se adapta a la realidad y genera frustración en los profesionales y violencia hacia las familias migrantes. En este sentido, la aplicación del protocolo tiene que fomentar el cuestionamiento y favorecer el aprendizaje, el cual se tiene que incluir en las nuevas

versiones del protocolo que se ha de ir actualizando. De esta manera se podrá ir mejorando la intervención y el abordaje de la MGF, siempre manteniendo una perspectiva holística y fomentando el cambio respetuoso con la cultura y los conflictos de lealtades con la comunidad en origen.

Las actuaciones punitivas que se centran en controlar y perseguir a las familias africanas perpetúan la desigualdad social (Mangas, 2017). Hay que poner en el centro a las mujeres, a las niñas, a las familias y a la comunidad y evitar catalogarlos “como objetos pasivos de una actuación que, en la mayoría de casos, vulnera sus derechos básicos. [...] Es una línea fina fácilmente traspasable, es la «frontera invisible» (La Barbera, 2011) que pone en riesgo las bases de la integración, la aculturación, la igualdad y la ciudadanía, repleta de dilemas entre el control versus la libertad y que poco aporta en el camino de la erradicación de la MGF.” (Mangas, 2017: 418-419).

8.3. PERSPECTIVA DE LAS MUJERES Y COMUNIDADES

La perspectiva de las mujeres y las comunidades sobre la MGF no es homogénea y no se puede generalizar el posicionamiento de unos sectores, olvidando los otros. Estudiar la diversidad y poder entender los cambios y continuidades respecto a la práctica es esencial para seguir trabajando en su abandono. Decir que las comunidades lo ven como una tradición beneficiosa y que debe perpetuarse no sería honesto con todas las mujeres y hombres que, individual o colectivamente, trabajan como agentes de cambio para terminar con la práctica.

Es esencial centrarse en las comunidades al realizar la intervención, dejando de conceptualizarlas como sujetos pasivos de las acciones y programas diseñados. Escuchar para aprender, tejiendo un diálogo entre iguales, es la base que permitirá detectar las estrategias que funcionan y desarrollar líneas de acción conjuntas, potenciando el trabajo realizado desde la base por parte de entidades de personas migrantes.

Las pautas de actuación marcadas en los protocolos a veces pueden generar estereotipos y generalizaciones, dando a entender que hay una manera concreta de abordar el tema de la MGF con cualquier familia migrante del área subsahariana. Pero nada más lejos de la realidad, ya que no en todos los países subsaharianos se practica ni todos los grupos lo perciben y entienden igual. A esta diversidad, se suman las experiencias migratorias, la trayectoria vital propia y el proceso de adaptación y aculturación en el contexto de la sociedad receptora.

La competencia intercultural puede ser una herramienta que ayude a establecer el diálogo entre el profesional y la familia, pero se tiene que evitar la idea de que la cultura puede ser reducida a un conjunto de habilidades técnicas. Como explican Kleinman y Benson (2006: 1673), “Cultural competency becomes a series of «do’s and don’ts» that define how to treat a patient of a given ethnic background.” En su lugar, proponen seis

pasos que pueden mejorar la intervención médica, ya que fomentan la comprensión de la persona usuaria, evitando caer en estereotipos culturales.

La encuesta realizada en el marco de este estudio demuestra que son necesarios más estudios en esta línea, que nos permitan conocer la información de la que disponen las familias y reflexionar por qué algunos datos no están llegando de forma correcta o quienes están quedando fuera de los circuitos de sensibilización.

La buena relación con los y las profesionales de atención primaria en salud, trabajo social y educación, en términos generales, es un resultado del trabajo bien hecho y una oportunidad para mejorar la sensibilización sobre MGF, teniendo en cuenta que un 40% de las encuestadas no sabía en qué consistía la práctica, a pesar que un 60% la había sufrido.

8.4. PERSPECTIVA DE LOS/LAS PROFESIONALES

Los distintos perfiles de profesionales entrevistados permiten construir una imagen completa sobre los abordajes de la MGF llevados a cabo. Destacan los elementos comunes en la detección de dificultades y problemas, a pesar que hay diferencias estratégicas, más que conceptuales. A modo de ejemplo, respecto a la formación dirigida a profesionales, ésta mantiene un carácter puntual y voluntario, hecho que constituye un obstáculo para la atención de calidad sistémica, que no dependa del interés personal del profesional el hecho de haberse autoformado sobre el tema.

Por otro lado, se ponen de manifiesto las dificultades para detectar los casos y realizar un diagnóstico adecuado. De la misma manera, los registros no están sistematizados y por tanto dificultan el seguimiento y la evaluación de la práctica preventiva.

Sería necesario reflexionar sobre el objetivo principal de la prevención de la MGF y si se concluye que es por motivos de salud, concretamente, salud sexual y reproductiva, debería definirse el plan de actuación desde el ámbito sanitario, sobre todo cuando hablamos de sensibilización y prevención. Además, la prevención primaria sería evitar la práctica, pero no hay que olvidar a las mujeres que ya han sufrido una MGF y en estos casos, los cuidados de salud bio-psico-social, también deben estar garantizados.

Conceptualizar la MGF desde la salud, permite poner el foco en las responsabilidades colectivas y entender su origen en la violencia sistémica de las sociedades patriarcales, actuando preventivamente a través de la sensibilización, la formación y el empoderamiento de las mujeres, generando consciencia en lugar de revictimizar.

Por otro lado, se debe trabajar en un abordaje integral y, por tanto, con la implicación de otros profesionales del ámbito de los servicios sociales, educación y justicia, por lo que el rol de cada uno de ellos debe estar definido en el protocolo de actuación, así como garantizar la coordinación entre administraciones de los diferentes niveles competenciales.

Implicar a la comunidad, a través de las entidades y asociaciones en el territorio, puede facilitar una mirada menos etnocéntrica y un resultado más productivo por el efecto diáspora.

Una vez más, si bien el objetivo es evitar la práctica de la MGF, la población diana no se puede reducir a las niñas. Los programas de sensibilización y formación deben ser dirigidos tanto a mujeres como a hombres, contemplando las diferentes fases del ciclo vital y aprovechando los grupos naturales (mujeres en formación, hombres en formación ocupacional, jóvenes en talleres de salud sexual y reproductiva, etc.).

Si bien los trabajos de prevención deben ir acompañados de la aplicación de la norma, y además con enfoque de género, el abordaje de la prevención de la MGF no puede estar definido exclusivamente desde el ámbito de la inmigración o incluso desde la prevención de la violencia de género.

Por último, los dilemas éticos planteados por parte de algunas profesionales sugieren un cambio en el enfoque con el cual se aborda el tema, dando más peso al interés de la menor y a la situación concreta de cada caso, siempre valorando la situación de vulnerabilidad de la familia.

8.5. RECOMENDACIONES

1. Trabajar para construir una sociedad inclusiva, evitando los discursos y prácticas estigmatizadores. Realizar sensibilizaciones antirracistas dirigidas al conjunto de la población que eviten la criminalización de la población migrante.
2. Ofrecer una atención integral de la MGF, incluyendo a las niñas que están en riesgo y a las mujeres que ya la han sufrido, garantizando el acceso a recursos sanitarios de calidad que se adapten a sus necesidades específicas.
3. Hacer partícipe a la comunidad en todo el proceso de elaborar e implementar nuevas políticas públicas en materia de MGF.
4. Ampliar los programas de sensibilización, formación y educación orientados a la comunidad migrante o con vínculos en países donde se practica la MGF, fomentando el establecimiento de agentes de cambio.
5. Instaurar el trabajo interdisciplinar y en red, orientado a atender las necesidades de la población, con una mirada holística.
6. Invertir más recursos humanos y económicos para poder implementar de forma adecuada las políticas públicas diseñadas y realizar intervenciones preventivas con las familias que garanticen un impacto a largo plazo.
7. Fomentar las redes de solidaridad entre mujeres migrantes, que incentiven su empoderamiento, así como también faciliten la detección y abordaje de las violencias machistas.

8. Creación de herramientas estatales que permitan sistematizar y extender a todo el territorio español los programas que han dado buenos resultados en determinadas zonas.
9. Evaluar periódicamente el impacto de los programas, acciones y protocolos en funcionamiento para realizar las adaptaciones pertinentes y no duplicar recursos.
10. Definir un plan estatal de formación continuada y en profundidad en materia de prevención y atención de la MGF dirigida a los/las profesionales de atención primaria en salud, servicios sociales y educación.
11. Incluir la MGF en los currículos formativos de todas las ciencias de la salud (medicina, enfermería, matrona, etc.), servicios sociales y educación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 28toomany. (2018). *South Sudan: The Law and FGM*. May, pp. 1–12.
- ACNUR (2013). *Demasiado dolor. Mutilación Genital Femenina y asilo en la Unión Europea. Panorama estadístico*. Versión en español: Delegación en España de ACNUR.
- Ahmady, K. (2015). *A comprehensive research study on Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Iran - 2015*. [Consultado 02 Nov 2019]. Disponible en: <http://kameelahmady.com/wp-content/uploads/Kameel - EN Final.pdf>
- Al Hinai, H. (2014). *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman*. [Consultado 02 Nov 2019]. Disponible en: <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). Promoción y protección de los derechos de los niños. [Consultado 02 Nov 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/violencestudy/spanish/reports/SG_violencestudy_sp.pdf
- Asilo en cifras 2018. [Recurso electrónico]. Edición a cargo de la Dirección General de Política Interior, Subdirección General de Protección Internacional, Oficina de Asilo y Refugio. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica, 2019. [Consultado 15 Nov 2019]. Disponible en: [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201562/Asilo en cifras 2018 12 6150899.pdf/bd2b18d8-bacf-4c2a-9d08-e1952d53a10a](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201562/Asilo+en+cifras+2018+12+6150899.pdf/bd2b18d8-bacf-4c2a-9d08-e1952d53a10a)
- Bedoya, M.H. & Kaplan, A. (2004). “Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica”. En: Lucas, J. & Garcia Añón, J. (Ed.) *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM*. Spanish Report, Universitat de Valencia.
- Berg, R.; Denison, E.; Fretheim, A. (2016). “Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies.” En: *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Kunnskapssenteret* 13 (2010).
- Berg, R.; Underland; V.; Odgaard-Jensen, J.; Fretheim, A.; Vist, G.E. (2016). “Effects of female genital cutting on physical health outcomes; a systematic review and meta-analysis”. En: *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 5-7. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en el *British Medical Journal Open* 4:11 (2014).
- Berg, R.; Underland; V.; Odgaard-Jensen, J.; Fretheim, A.; Vist, G.E. (2016). “An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences on female genital mutilation/cutting”. En: *WHO guidelines on the management of*

health complications from female genital mutilation, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en el *Obstetrics and Gynecology International* (2014).

Boddy, J. (2019). Presentación en workshop “Rethinking Female Genital Operations: New perspectives on the Zero tolerance Debate”. En: *Third G3 International Expert Meeting on FGM/C*. Bruselas, 22 de mayo de 2019.

Budiharsana, M.; Amaliah, L.; & Utomo, B. (2003). *Female Circumcision in Indonesia*. [Consultado 02 Nov 2019]. Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACU138.pdf

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010/C 83/02). Diario Oficial de la Unión Europea, 30.3.2010. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>

Castañeda, J.C. (2003). *Fronteras del placer; fronteras de la culpa. A propósito de la mutilación femenina en Egipto*. México. Primera edición.

Caño, Á.; Martínez, E.; Oliver, M.; Torrecilla, L.; Fernández, A.; Ochoa, M.D.; Sánchez, C.; & Velasco, C. (2008). *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Médicos Mundi Andalucía (Coord.) Granada: Grupo Editorial Universitario.

Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales que afectan a la salud de mujeres y niñas. En: GIPE/PTP (2010). *Mutilación Genital Femenina, Manual para Profesionales*. Barcelona.

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984. Entrada en vigor el 26 de junio de 1987, de conformidad con el artículo 27. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas por los Derechos Humanos. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>

Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989. UNICEF Comité Español, 2006. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950, Roma. Signado por los Gobiernos miembros del Consejo de Europa. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf

Correa, N. (2019). “Mutilación Genital Femenina: conocimiento y prevención desde Atención Primaria.” Máster Interuniversitario de bioética y bioderecho, Trabajo Fin de Máster. Tenerife: Universidad La Laguna.

Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Council of Europe Treaty Series, Nº 210. Istanbul, 11 de

mayo de 2011. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en:
<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168008482e>

Cuídate Plus. (2018). *¿Por qué está aumentando la cirugía estética íntima?*. [En línea] [Consultado 12 Nov. 2019]. Disponible en:
<https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/femenina/2018/08/23/-esta-aumentando-cirugia-estetica-intima-166884.html>

Dahlui, M.; Wong, Y.; & Choo, W. (2012). "Female circumcision (FC) in Malaysia: Medicalization of a religious practice." *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(Suppl 1).

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *La mutilación genital femenina en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 186 páginas. [Estudio encargado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género a la Fundación Wassu-UAB. Realizado por Adriana Kaplan, Nora Salas y Aina Mangas].

Diari de Tarragona. (2017). *El tribunal absuelve al matrimonio acusado de la ablación de su hija*. [Consultado el 15/11/2019]. Disponible en:
<https://www.diaridetarragona.com/tarragona/El-tribunal-absuelve-al-matrimonio-acusado-de-la-ablacion-de-su-hija-20171005-0021.html>

El País. (2011). *Dos niñas de Mali que viven en Mallorca, víctimas de la ablación*. [Consultado el 11/11/2019]. Disponible en:
https://elpais.com/sociedad/2011/03/03/actualidad/1299106808_850215.html

El Periódico. (2018). *Retirada la custodia de una niña de dos años de Tortosa que ha sufrido ablación*. [Consultado el 13/11/2019]. Disponible en:
<https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20180524/retirada-custodia-tortosa-ablacion-6837712>

Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016). (2013). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consultado 05 Nov 2019]. Disponible en:
<http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/docs/EstrategiaNacionalCastellano.pdf>

European Institute for Gender Equality (EIGE). (2018). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. Belgium, Greece, France, Italy, Cyprus and Malta*. Report. Printed by Imprimerie Bietlot in Belgium.

Extranjeros residentes en España a 30 de junio de 2019. Principales Resultados. Elaborado por: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Observatorio Permanente de la Inmigración. Septiembre 2019. [Consultado 05 Nov 2019]. Disponible en:
http://extranjeros.mitramiss.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/certificado/201906/Residentes_Principales_Resultados_30062019.pdf

- Falcão, R. (2017). "Historicity of FGM/C and Anti-FGM/C Agendas". En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017). *Multisectoral Academic Training Guide on Female Genital Mutilation/Cutting*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Falcão, R. (2017). "How FGM/C is addressed in the media: Hegemonic stories, perspectives, frameworks of meaning, and dominant imagery regarding FGM/C". En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017). *Multisectoral Academic Training Guide on female Genital Mutilation/Cutting*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Fernández, D. & Núñez, S. (2017). "Approaching FGM/C from a gender perspective and the defence of human rights". En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017). *Multisectoral Academic Training Guide on female Genital Mutilation/Cutting*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Fernández, P.; Portal, E.; & Serrano, JM. (2018). *La Mutilación Genital Femenina en España. Contexto, protección e intervención para su eliminación*. Madrid: Editorial Dykinson S.L.
- Fundación Wassu-UAB (2018). *Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002 - 2018)*. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.
- Fundación Wassu-UAB (2019). *Uso, aplicabilidad e impacto del Compromiso Preventivo*. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.
- Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). (2016). *Mutilación Genital Femenina (MGF). Prevención y Atención. Guía para profesionales*. Barcelona.
- Griaule, M. (1987). *Dios de agua*. Barcelona: Altafulla Editorial.
- Grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre mutilación genital femenina y el resultado obstétrico (2016). "Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries". En: *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Lancet* 367:9525 (2006).
- Güell, O. (2017). "Detinguts i separats de les seves filles per una ablació genital inexistent." *El País*. Barcelona, 28 de enero de 2017. [Consultado 18 Oct 2019]. Disponible en: https://cat.elpais.com/cat/2017/01/28/catalunya/1485616989_147479.html
- Herodotus. (1981 [1920]). *Herodotus*. English translation by A.D. Godley. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Ivazzo, C.; Sardi, T.A.; Gkegkes, I.D. (2016). "Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence". En: *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organización

Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Gynecology and Obstetrics* 287:6 (2013).

Jiménez, F. (2013). “La mutilación genital femenina (MGF) y el principio de extraterritorialidad. A propósito de la sentencia de la Audiencia Nacional 9/2013 de 4 de abril de 2013”. *Revista española de Derecho Internacional*, 65(2), pp. 349-356.

Johnsdotter, S. & Essén, B. (2010). “Genitals and ethnicity: The politics of genital modifications.” *Reproductive Health Matters*, 18(35), pp. 29-37.
[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)35495-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)35495-4)

Johnsdotter, S. (2012). *Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A Poor Reflection as in a Mirror*, *History and Anthropology*, 23(1), 91-114.
<http://dx.doi.org/10.1080/02757206.2012.649270>

Joint Shadow Report – Spain. Elaborado por: Médicos del Mundo, Save a Girl Save a Generation, Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) & End FGM European Network (End FGM EU) y las especialistas Adriana Kaplan (directora de Wassu y profesora de antropología en la UAB), Julia Roperó (profesora de Derecho Penal en la URJC), Lucía Muñoz (del área jurídica de la ONG Rescate Internacional) y el CEAR. [Consultado 05 Nov 2019]. Disponible en: <https://rm.coe.int/joint-shadow-report-on-fgm-by-end-fgm-european-network-medicos-del-mun/1680973637>

Kaplan, A. (1998). *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social* (1.ª ed.). Barcelona: Fundación “la Caixa”.

Kaplan, A. & Bedoya, M.H. (2002). *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica*. III Congreso de las Migraciones en España, Granada.

Kaplan, A.; Merino, M. & Franch, M. (2002). *Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas*. Barcelona: IDIL.

Kaplan, A. (2004). *Iniciación sin mutilación (castellano)*. Fundación Wassu-UAB. YouTube, 30 de septiembre de 2013. [Consultado 13 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=7PtHCjdDI2M>

Kaplan, A.; Torán, P.; Bedoya, M. H.; Bermúdez, K.; Moreno, J.; & Bolívar, B. (2006). “Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria.” *Atención Primaria*, 38(2), pp. 122-126.

Kaplan, A. & Bedoya, M.H. (2009). “Las Mutilaciones Genitales Femeninas: asilo, identidad y derechos humanos.” En: Comisión de Ayuda al Refugiado en Euskadi (CEAR-Euskadi). *Persecución por motivos de género y derecho de asilo: del contexto global al compromiso local. El sistema de asilo español frente a la violación de los derechos humanos de las mujeres y de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales*. Bilbao: Lankopi, S.A., pp. 63-75.

- Kaplan, A. & López, A. (2010). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009*, Antropología Aplicada 1. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
- Kaplan, A.; Forbes, M.; Bonhoure, I.; Utzet, M.; Martín, M.; Manneh, M.; Ceesay, H. (2013). "Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn". En: *International Journal of Women's Health*, 5, pp. 323-331. Disponible en: https://mgf.uab.cat/eng/scientific_publications/fgm_c_health_aspects_2011.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
- Kaplan, A. & López, A. (2013). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.
- Kaplan, A. & López, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*, Antropología Aplicada 3. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.
- Kaplan, A. & Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). (2017). *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales en Andalucía*. Barcelona.
- Kaplan, A. & Salas, N. (2017). "Violence against women and international human rights framework". En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017). *Multisectoral Academic Training Guide on Female Genital Mutilation/Cutting*. Madrid: Editorial Dykinson.
- King, H. (1998). *Hippocrates' Woman: Reading the Female Body in the Ancient Greece*. Routledge, London.
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). "Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It." *PLoS Medicine*, 3(10), pp. 1673–1676.
- La Barbera, M. C. (2011). "Inmigración, hipertrofia del derecho penal y fronteras simbólicas. Un análisis comparado de la legislación europea sobre «mutilación genital femenina»." *Revista General de Derecho Público Comparado*, 8, pp. 1-20. [Consultado 20 Dec 2019]. Disponible en: https://www.iustel.com//v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=410107&
- Leye, E. (2017). "The consequences of FGM/C". En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017). *Multisectoral academic training guide on female genital mutilation/cutting*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Leye, E. (2017b). "Estimación de la prevalencia de la mutilación genital femenina en Europa." En: Nuño, L. & Kaplan, A. (2017). *Aspectos Socioculturales y legales de la Mutilación Genital Femenina: Experiencias transnacionales de prevención y protección*. Actas del Congreso Internacional.
- Macipe, R. & Gimeno, L. (2011). "Competencia cultural y población inmigrante: Un reto cotidiano en nuestras consultas." *Pediatría de Atención Primaria*, 13(50), pp. 299-313.

- Mangas, A. (2017). *Una mirada caleidoscópica de la mutilación genital femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas*. Bellaterra, Departamento de Antropología Social y Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona. [Tesis doctoral].
- Marzouqi, W. Al. (2011). "Fatal traditions: Female circumcision in the UAE." *The Magazine of Dubai Women's College*, (July). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/48726435/DesertDawn22-1- January-2011>
- Mirmaksumova, A. (2016). "FGM Uncovered in Georgia." *Institute for War & Peace Reporting*. Disponible en: <https://iwpr.net/global-voices/fgm-uncovered-georgia>
- Moore, H. G. & Harris, F. H. (1866). "Clitoridectomy". *The Lancet*, 87 (2234), p. 699.
- Núñez, S. (2017). "Displacements of conventional representations". En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017). *Multisectoral Academic Training Guide on female Genital Mutilation/Cutting*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Nuño, L. & Thill, M. (2017). "Violence against women and international human rights framework" En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017). *Multisectoral Academic Training Guide on Female Genital Mutilation/Cutting*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Office of the Senior Coordinator for International Women's Issues. (2001). *Yemen: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC)*. Disponible en: <http://www.refworld.org/docid/46d5787ec.html>
- Organización Mundial de la Salud – OMS/WHO (2013). *Mutilación genital femenina*. [Consultado 24 Oct 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
- Pacto de Estado contra la violencia de género. *Documento refundido de medidas del Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. Congreso + Senado*. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con la Cortes e Igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. 13 de mayo de 2019. [Consultado 28 Oct 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf
- Plataforma Estambul Sombra. *Informe Sombra al GREVIO 2018*. 22 de octubre de 2018. [Consultado 28 Oct 2019]. Disponible en: <https://plataformaestambulsombra.wordpress.com/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, de 11 de junio de 2003. 2n Ordinary Session of the Assembly of the Union.

Mozambique, Maputo. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en:
https://www.un.org/en/africa/osaa/pdf/au/protocol_rights_women_africa_2003.pdf

- Rodríguez, D. (2002). "Las mutilaciones genitales en la población senegambiana en Cataluña y África: El debate entre universalismo y relativismo cultural." En: González, A. & Molina, J.L. (coords.) *Abriendo surcos en la tierra. Homenaje a Ramón Valdés del Toro*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, pp. 79-102.
- Ropero, J. (2017). "Inmigración, integración y diversidad: Un análisis crítico a partir del tratamiento de la mutilación genital femenina en la Unión Europea". *Cuadernos Europeos de Deusto*, 57, pp. 133-165.
- Ropero, J. (2017b). "Análisis crítico de las medidas legales sobre mutilación genital femenina en Europa." En: Nuño, L. & Kaplan, A. (2017). *Aspectos Socioculturales y legales de la Mutilación Genital Femenina: Experiencias transnacionales de prevención y protección*. Actas del Congreso Internacional.
- San Román, T. (1996). *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Madrid, Tecnos.
- Senanayake, R. (1996). "Sri Lanka-Culture: Mothers Watch as Daughters are Circumcised." *Inter Press Service News Agency*. Retrieved from <http://www.ipsnews.net/1996/08/sri-lanka-culture-mothers-watch-as-daughters-are-circumcised/>
- Sheehan, E. A. (1997). "Victorian Clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his Harmless Operative. Procedure". *The Gender/Sexuality Reader: Culture, History, Political Economy*, R. Lancaster.
- Simón, P. (2016). *Investigar para narrar*. Cuenca: Facultad de Periodismo de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Strabo (1983). "The Geography of Strabo". Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Taher, M. (2017). *Understanding Female Genital Cutting in the Dawoodi Bohra Community: An Exploratory Survey*. Disponible en: <https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Continent Research and Resources/Asia/sahiyo-study final 12.28.18.pdf>
- The Guardian. (2014). *How the Guardian campaign to harness a global media network began*. [En línea]. [Consultado 13 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.theguardian.com/society/2014/jul/10/guardian-campaign-harness-global-media-network>
- The Lancet. (1866). "Clitoridectomy: Correspondence". 9 June 1866 (vol. 87, no. 2232, pp. 639–640); 16 June 1866 (vol. 87, no. 2233, p. 663); 23 June 1866 (vol. 87, no. 2234, p. 699); 30 June 1866 (vol. 87, no. 2235, pp. 718–719); 14 July 1866 (vol. 88,

no. 2237, pp. 51–52); 3 November 1866 (vol. 88, no. 2253, p. 495); 17 November 1866 (vol. 88, no. 2255, pp. 560–561); 1 December 1866 (vol. 88, no. 2257, pp. 616–617); 15 December 1866 (vol. 88, no. 2259, pp. 678–679); 22 December 1866 (vol. 88, no. 2260, pp. 709–711); 29 December 1866 (vol. 88, no. 2261, pp. 736–737).

Tomás, J.; Kaplan, A.; & Le Charles, M.A. (2018). “Female genital mutilation/cutting in Basse-Casamance (Senegal): multiple voices from a plural South”. En: *Journal of the Anthropological Society of Oxford*, 10 (2), pp. 157 - 179.

UNDP. (2018). *Jordan. Gender Justice: assessment of laws affecting gender equality and gender-based violence*. Disponible en: [https://www.undp.org/content/dam/rbas/doc/Gender Justice/English/Full reports/Jordan Country Assessment - English.pdf](https://www.undp.org/content/dam/rbas/doc/Gender%20Justice/English/Full%20reports/Jordan%20Country%20Assessment%20-%20English.pdf)

UNFPA – UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Joint%20Programme%20on%20FGMC%20Summary%20Report.pdf>

UNICEF (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

UNICEF (2020). *Female genital mutilation (FGM)*. [En línea]. [Consultado 03 Feb 2020]. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#_ftnref1

United Nations Population Fund (UNFPA) (2019). *Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions*. Disponible en: https://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions#where_practiced

Vloeberghs, E.; Van der Kwaak, A.; Knipscheer, J.; & Van den Muijsenbergh, M. (2016). “Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in Netherlands”. En: *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 7. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en el *Ethnicity and Health* 17:6 (2012).

Wadi (2012). *Female Genital Mutilation in Iraq: An empirical study in Kirkuk Province*. Disponible en: http://www.stopfgmkurdistan.org/media/Study_FGM_Kirkuk-en-1.pdf

World Health Organization (2016). *WHO Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Ginebra, Suiza. Traducido por Fundación Wassu-UAB (2019).

World Health Organization. (1997). *Female genital mutilation. A Joint WHO / UNICEF / UNFPA Statement*. Geneva. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41903/9241561866.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2008). *Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Switzerland, Geneva. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43839/9789241596442_eng.pdf;sequence=1

World Health Organization. (2010). *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. Switzerland, Geneva. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70264/WHO_RHR_10.9_eng.pdf?sequence=1

LEGISLACIÓN Y RESOLUCIONES

Artículo 11 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 281, de 24 de noviembre de 1995. Entrada en vigor el 24 de mayo de 1996. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

Artículo 14 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 281, de 24 de noviembre de 1995. Entrada en vigor el 24 de mayo de 1996. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

Artículo 148.1 de la Constitución Española, aprobada por las Cortes y ratificada por el pueblo español. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 311, de 29 de diciembre de 1978. [Consultado 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

Artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 281, de 24 de noviembre de 1995. Entrada en vigor el 24 de mayo de 1996. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

Artículo 15 de la Constitución Española, aprobada por las Cortes y ratificada por el pueblo español. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 311, de 29 de diciembre de 1978. [Consultado 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

Artículo 18 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 10, de 12 de enero de 2000. [Consultado 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-544-consolidado.pdf>

Artículo 28 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 281, de 24 de noviembre de 1995. Entrada en vigor el 24 de mayo de 1996. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

Artículo 450 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 281, de 24 de noviembre de 1995. Entrada en vigor el 24 de mayo de 1996. [Consultado 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

Artículo 54 del Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 103, de 30 de abril de 2011. [Consultado 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-7703-consolidado.pdf>

Artículo 6 de la Ley Orgánica 9/2002, de 10 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, y del Código Civil, sobre sustracción de menores. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 296, de 11 de diciembre de 2002. [Consultado 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2002/12/11/pdfs/A42999-43000.pdf>

Artículo 7 de la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 263, de 31 de octubre de 2009. [Consultado 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/pdf/2009/BOE-A-2009-17242-consolidado.pdf>

Artículos 3 y 8 de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado. Publicados en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 74, de 27 de marzo de 1984. [Consultado 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/1984/03/27/pdfs/A08389-08392.pdf>

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 180, de 29 de julio de 2015. [Consultada 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/29/pdfs/BOE-A-2015-8470.pdf>

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 240, de 5 de octubre de 2011. [Consultada 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 15, de 17 de enero de 1996. [Consultada 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 313, de 29 de diciembre de 2004. [Consultada 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 234, de 30 septiembre 2003. [Consultada 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2003/09/30/pdfs/A35398-35404.pdf>

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 55, de 4 de marzo de 2010. [Consultada 04 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-3514-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 163, de 9 de julio de 2005. [Consultada 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2005/07/09/pdfs/A24457-24457.pdf>

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 175, de 23 de julio de 2015. [Consultada 06 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf>

Recomendación general Nº 14. La circuncisión femenina. Noveno período de sesiones (1990). Recomendaciones generales adoptadas por el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. [Consultada 04 Nov 2019]. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_3729_S.pdf

Recomendación general Nº 19. La violencia contra la mujer. Undécimo período de sesiones (1992). Recomendaciones generales adoptadas por el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. [Consultada 04 Nov 2019]. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_3731_S.pdf

Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, Declaración Universal de los Derechos del Hombre, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París.

Resolución 34/180, de 13 de diciembre de 1979, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General. [Consultada 04 Nov 2019].

Disponible en:

https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf

Resolución 48/104, de 20 de diciembre de 1993, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. [Consultada 04 Nov 2019]. Disponible en:

<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Resolución 56/128, de 30 de enero de 2002, Prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña. Quincuagésimo sexto período de sesiones. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. [Consultada 04 Nov 2019]. Disponible en:

http://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/anuario/CD%20Anuario%202002/Anexo/Resoluciones%20AG/128.pdf

Resolución 67/146, de 20 de diciembre de 2012, Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations. Sixty-seventh session. Adopted by the General Assembly of United Nations. [Consultada 04 Nov 2019]. Disponible en:

https://unipd-centrodirittiumani.it/public/docs/Risoluzione_67_146.pdf

PROTOCOLOS Y GUÍAS

Kaplan, A. & Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). (2010, 2017). *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales*. (1ª y 2.ª ed.). Barcelona.

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). (2015). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). (2016). *Guía para profesionales. La MFG en España. Prevención e intervención*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Andalucía

Fundación Wassu y Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). (2017). *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales en Andalucía*. Junta de Andalucía.

Aragón

Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, Departamento de Educación Cultura y Deporte, y Departamento de Sanidad. (2016). *Protocolo para la Prevención y*

Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Gobierno de Aragón. Instituto Aragonés de la Mujer.

Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. (2011). Gobierno de Aragón.

Castilla-La Mancha

Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha. (2017). *Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha* (Universidad de Alcalá (ed.)). Gobierno de Castilla-La Mancha.

Catalunya

Associació Catalana de Llevadores. (2004). *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales.* Coordinado por Adriana Kaplan y Cristina Martínez. Financiado por el Programa Europeo DAPHNE.

Bessa, E., Castella, E., Lizana, T., Negre, R., y Olivé, L. (2007). *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* (Comisión de seguimiento. Integrada por los departamentos de Acción Social y Ciudadanía; Educación; Salud; Interior y Relaciones Institucionales y Participación (ed.)). Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració.

Casellas Serra, S., Mayoral Simon, J., Ruiz Enríquez, R., De las Heras García, M., Martí Arau, S., Negre Costa, R., Olivé Morros, L., Vidal Ginjaume, J., y Campasol Torra, S. (n. d.). *Protocolo de prevención de la Mutilación Genital Femenina en la demarcación de Girona.* CatSalut. Región Sanitaria Girona.

ICS. (2006). *Mutilació Genital Femenina. Prevenció i Atenció* (1.ª ed.; Institut Català de la Salut, ed.). Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Elaborado por Kaplan, A. y GIPE/PTP.

Taula local de la ciutat de Tarragona. (2018). *Protocol de Prevenció de la Mutilació Genital Femenina* (Ajuntament de Tarragona, Generalitat de Catalunya y Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona (Eds.)).

Comunidad de Madrid

García de Herreros Madeueño, T., Garabato González, S., y Martínez Blanco, M. L. (2017). *Guía de actuaciones sanitarias frente a la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid* (Grupo de Trabajo (ed.)). Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.

Comunidad Foral de Navarra

Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. (2013). *Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra.* Gobierno de Navarra.

Comunidad Valenciana

Darocas González, M., Balanzá Chancosa, R., Sánchez Ruano, C., Sarabia Vicente, S., Hurtado Murillo, F., Galdón Tornero, S., López Mollá, B., López Sánchez, M. P., Escribano Martínez, Á., Alcover Giménez, S., y Muñoz Muñoz, P. (2016). *Protocol d'actuació sanitària davant la Mutilació Genital Femenina (MGF) a la Comunitat Valenciana* (Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (ed.); 1.ª edición).

Extremadura

Barrientos Blanca, E., Núñez Cumplido, C., Cercas García, B., y Fondón Salomón, F. (n.d.). *Protocolo para la Prevención e Intervención en Mutilación Genital Femenina de Extremadura* (Junta de Extremadura y Asociación de Derechos Humanos de Extremadura (ADHEX) (Eds.)). Junta de Extremadura. [Consultado 17 Sep 2019]. Disponible en:
<https://ciudadano.gobex.es/documents/1062609/0/Protocolo+MGF+Febrero+2017.pdf/3a7de712-62dd-4ed5-acd2-f5ed3c988585>

Illes Balears

García Baratas, M., Vidal Mangas, M. C., Carandell Jager, E., Mascaro García, A., Ortega Merino, S., Salvá Salleras, M. de C., Villafáfila Gomila, C., Vilchez Marín, M. J., Prohens Salom, M. de los R., y Sbert Pizá, C. (2017). *Protocolo de Prevención y Atención en las Mujeres y Niñas sobre la Mutilación Genital Femenina en las Illes Balears* (Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. (ed.)). Gobierno de las Illes Balears.

La Rioja

Gobierno de La Rioja. (2017). *Protocolo de Prevención e Intervención ante la Mutilación Genital Femenina en La Rioja*. Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia.

País Vasco

Aranzabal, M., Esteban, S., Gallo, I., Isla, P., Labaca, I., López, M., Paino, M., Valladolid, A., Ciarrusta, T., Quintas, P., y Álvarez, M. S. (2016). *Mutilación Genital Femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi* (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (ed.)). [Consultado 17 Sep 2019]. Disponible en:
http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/mutilacion_genital_femenina/es_def/adjuntos/guia-mutilacion-genital-femenina.pdf

Región de Murcia

Tourné García, M., Tomás Lizcano, A., y Garnica Martínez, B. (2016). *Protocolo para la Prevención y Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en la Región de Murcia* (M. J. Ferrández Cámara (ed.)). Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

SENTENCIAS

Audiencia Nacional (Sala de lo Penal, Sección 1ª). Sentencia núm. Roj: SAN 4389/2019 de 15 de noviembre.

Audiencia Nacional (Sala de lo Penal, Sección 3ª). Sentencia núm. Roj: SAN 496/2014 de 24 de febrero.

Audiencia Nacional (Sala de lo Penal, Sección 4ª). Sentencia núm. Roj: SAN 3429/2012 de 24 de julio.

Audiencia Provincial de Barcelona, Juzgado de Instrucción núm. 9. Rollo procedimiento ordinario núm. 3/2012, Sumario núm. 1/2011. Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

Audiencia Provincial de Teruel (Sección 1ª). Sentencia núm. Roj: SAP TE 197/2011 de 15 de noviembre.

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). Sentencia núm. Roj: STS 5908/2013, de 16 de diciembre.

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). Sentencia núm. Roj: STS 7827/2012 de 31 de octubre.

Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). Sentencia núm. Roj: STS 2173/2009, de 2 de abril.

ANEXOS

ANEXO 1. Solicitantes de protección internacional de países con prevalencia de MGF

Solicitantes de protección internacional por país de origen y sexo			
País de origen	Hombres	Mujeres	Total
Benín	7	0	7
Burkina Faso	76	1	77
Camerún	213	63	276
Chad	15	0	15
Costa de Marfil	365	92	457
Djibouti	0	0	0
Egipto	64	11	75
Eritrea	38	15	53
Etiopía	4	9	13
Gambia	124	15	139
Ghana	169	7	176
Guinea-Bisáu	37	3	40
Guinea- Conakry	665	69	734
Kenia	3	4	7
Liberia	16	0	16
Malí	694	14	708
Mauritania	51	3	54
Níger	7	3	10
Nigeria	252	164	416
República	25	11	36
Senegal	397	58	455
Sierra Leona	41	15	56
Somalia	30	29	59
Sudán	91	10	101
Tanzania	0	0	0
Togo	16	1	17

Uganda	4	0	4
Iraq	46	31	77
Malaysia	0	1	1
Indonesia	0	0	0
Yemen	379	59	438
Omán	0	0	0
TOTAL	3.829	688	4.517

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019; elaborada a partir de Asilo en cifras 2018 [Recurso electrónico].

Solicitantes de protección internacional por país de origen, sexo y grupo de edad						
País de origen	0-13	14-17	18-34	35-64	65 o más	Total
Benín	0	0	7	0	0	7
Burkina Faso	0	0	71	6	0	77
Camerún	10	2	227	35	2	276
Chad	1	1	13	0	0	15
Costa de Marfil	25	5	371	56	0	457
Djibouti	0	0	0	0	0	0
Egipto	9	3	43	20	0	75
Eritrea	9	9	33	2	0	53
Etiopía	2	1	7	3	0	13
Gambia	2	4	114	19	0	139
Ghana	1	3	141	31	0	176
Guinea-Bissau	2	2	30	6	0	40
Guinea- Conakry	19	15	677	23	0	734
Kenia	0	0	7	0	0	7
Liberia	0	1	12	3	0	16
Malí	0	1	666	41	0	708
Mauritania	3	1	46	4	0	54
Níger	1	0	7	2	0	10
Nigeria	46	6	307	57	0	416

República	9	0	24	3	0	36
Senegal	4	1	368	82	0	455
Sierra Leona	6	2	44	4	0	56
Somalia	10	18	18	12	1	59
Sudán	6	6	81	8	0	101
Tanzania	0	0	0	0	0	0
Togo	0	0	16	1	0	17
Uganda	0	0	3	1	0	4
Iraq	18	3	41	15	0	77
Malaysia	0	0	0	1	0	1
Indonesia	0	0	0	0	0	0
Yemen	66	6	272	94	0	438
Omán	0	0	0	0	0	0
TOTAL	249	90	3.646	529	3	4.517

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019; elaborada a partir de Asilo en cifras 2018 [Recurso electrónico].

ANEXO 2. Las Leyes autonómicas de Protección Jurídica del Menor

Andalucía	Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor
Aragón	Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón.
Principado de Asturias	Ley del Principado de Asturias 1/1995, de 27 de enero, de protección del menor (Última modificación: 31 de diciembre de 2019)
Illes Balears	Ley 17/2006, de 13 de noviembre, integral de la atención y de los derechos de la infancia y la adolescencia de las Illes Balears.
Canarias	Ley 1/1997. de 7 de febrero. de Atención Integral a los Menores.
	Ley 12/2019, de 25 de abril, por la que se regula la atención temprana en Canarias (BOC n.º 90, de 13 de mayo).
Cantabria	Ley 8/2010, de 23 de diciembre, de garantía de derechos y atención a la infancia y la adolescencia
	Ley 7/1999, de 28 de abril, de Protección de la Infancia y Adolescencia.
Castilla y León	Ley 14/2002, de 25 de julio, de promoción, atención y protección a la infancia en Castilla y León
Castilla-La Mancha	Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha
Catalunya	<p>Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia</p> <p>Artículo 76. Prevención de la ablación o la mutilación genital de las niñas y las adolescentes.</p> <p>1. El objeto de la prevención de las ablaciones o las mutilaciones genitales de las niñas y las adolescentes son las situaciones en las que concurren indicadores o factores de riesgo que ponen de manifiesto la probabilidad de que la menor que se encuentre en estas situaciones resulte en el futuro víctima de estas prácticas.</p> <p>2. La identificación de indicadores o factores de riesgo de ablación o mutilación genital respecto a una niña o una chica menor de edad debe dar lugar a una intervención socioeducativa en su entorno, con la finalidad de que la familia de la niña o la chica sea la que decida no practicarle la ablación o la mutilación genital.</p> <p>3. Si en cualquier momento se valora que existe el riesgo de que la niña o la chica pueda ser mutilada, dentro o fuera del territorio del Estado, debe derivarse el caso a la fiscalía o al juzgado competente para que adopte las medidas necesarias para impedir la consumación de la ablación o la mutilación dentro del territorio del Estado, así como, si procede, para que prohíba la salida de la niña o la chica del Estado, de modo que la consumación de la ablación o la mutilación no pueda tener lugar en el exterior.</p>

	<p>4. Las niñas y las chicas víctimas de la ablación o la mutilación genital deben recibir el apoyo necesario para evitar los daños físicos o psíquicos que pueden derivarse de las mismas, o, si procede, para repararlos.</p> <p>5. La Administración de la Generalidad puede personarse en los procedimientos penales para perseguir extraterritorialmente la práctica de la ablación o la mutilación genital femenina, siempre y cuando las personas responsables se encuentren en el Estado, en la forma y con las condiciones establecidas por la legislación procesal.</p>
Comunitat Valenciana	<p>Ley 26/2018, de 21 de diciembre, de derechos y garantías de la infancia y la adolescencia.</p> <p>Artículo 9. Derecho al buen trato y protección de la integridad física y psíquica. <i>Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser bien tratados y a ser protegidos contra cualquier forma de violencia. A tal efecto, los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para protegerlos de cualquier forma de violencia, incluido el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, la ejercida a través de las nuevas tecnologías, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, sanitario, social o educativo, incluyendo el acoso escolar, así como la trata y el tráfico de seres humanos, la mutilación genital y cualquier otra forma de abuso, así como los actos de omisión producidos por las personas que deban ser garantes de su protección.</i></p> <p>Artículo 14. Protección contra la explotación sexual, la trata de personas menores de edad y otras formas de violencia. <i>1. La Generalitat adoptará las medidas administrativas y los programas sociales necesarios para prevenir y proteger a los niños, niñas y adolescentes de cualquier forma de explotación de su sexualidad, de prostitución y de pornografía infantil, de formas de violencia como la mutilación genital y el matrimonio forzado y para garantizar que no sean objeto de ningún tipo de trata, venta o sustracción. Se prestará particular atención a la protección de quienes sean especialmente vulnerables a esas prácticas.</i></p> <p><i>2. Las administraciones públicas desarrollarán programas de educación y de prevención, especialmente dirigidos a los niños, niñas y adolescentes, de formación para la totalidad de profesionales del ámbito de la infancia y la adolescencia, y de sensibilización para el conjunto de la sociedad, en las materias a las que se refiere el apartado anterior.</i></p> <p><i>3. La Generalitat establecerá protocolos de identificación, actuación y atención contra la mutilación genital, el matrimonio forzado, la trata de personas menores de edad con fines de explotación sexual o de venta, prostitución o utilización en la pornografía.</i></p>
Extremadura	Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de protección y atención a menores.
Galicia	Ley 3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia.
Comunidad de Madrid	Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.
Región de Murcia	Ley 3/1995, de 21 de marzo, De La Infancia de la Región de Murcia.

Comunidad Foral de Navarra	Ley Foral 15/2005, de 5 de diciembre, de promoción, atención y protección a la infancia y a la adolescencia
País Vasco	Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia
La Rioja	Ley 1/2006, de 28 de febrero, de protección de menores de La Rioja.

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019.

ANEXO 3. Las Leyes autonómicas de Protección de Violencia de Género

ESTATAL	<p>Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.</p> <p>Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres</p> <p>Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica</p>
Andalucía	<p>Ley 9/2018, de 8 de octubre, por la que se modifica la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía</p> <p>Artículo 41. Políticas de salud <i>8. La Administración sanitaria de la Junta de Andalucía incorporará, en los planes y programas de formación de su personal, la perspectiva de género y la incidencia de los condicionantes de género sobre la salud, con especial atención al desarrollo de las capacidades para detectar y atender situaciones de violencia de género, maltrato hacia las mujeres, agresión y abuso sexual, mutilación genital femenina, así como trata y explotación sexual de mujeres, y desarrollará un plan de salud laboral con una perspectiva de género.</i></p> <p>Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.</p> <p>Artículo 3. Concepto, tipología y manifestaciones de violencia de género. <i>4. A efectos de lo previsto en la presente Ley, tendrán la consideración de actos de violencia de género, entre otros, las siguientes manifestaciones</i> <i>j) La mutilación genital femenina, entendida como conjunto de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos o produzcan lesiones en los mismos por motivos no médicos ni terapéuticos sino, generalmente, culturales, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer, adolescente o niña.</i></p> <p>Artículo 17. Publicidad y medios de comunicación. <i>2. Los medios de comunicación de titularidad pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía colaborarán e impulsarán acciones de publicidad específicas para la prevención y erradicación de la violencia de género. Asimismo, realizarán de forma continuada, además de las que se efectúen en fechas conmemorativas, campañas contra la violencia de género, incorporando mensajes destinados a la sensibilización de la ciudadanía contra los diferentes tipos de violencia, así como a la prevención de la misma, el deber de la denuncia, el rechazo social, los mecanismos de salida de la situación de violencia y de superación de esta. Adicionalmente, se realizarán campañas específicas contra la violencia de género en fechas conmemorativas, entre otras, 6 de febrero, Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina; 23 de septiembre, Día Internacional contra la Explotación Sexual y la Trata de Personas; y 25 de noviembre, Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.</i></p> <p>Artículo 43. Atención integral especializada. <i>4. La Administración de la Junta de Andalucía establecerá medidas específicas de actuación que permitan la detección y atención ante supuestos de mutilación genital femenina y matrimonio forzado.</i></p>
Aragón	<p>Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón.</p>

	<p>Artículo 2. Formas de violencia ejercida contra las mujeres</p> <p><i>g) Mutilación genital femenina, que comprende el conjunto de procedimientos que implican una eliminación parcial o total de los genitales externos femeninos y/o lesiones causadas a los órganos genitales femeninos, por razones culturales o, en general, cualquiera otra que no sea una de orden estrictamente terapéutico, aun cuando se realicen con el consentimiento, expreso o tácito, de la víctima.</i></p>
Principado de Asturias	Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género.
Illes Balears	<p>Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres</p> <p>Artículo 65. Definición</p> <p><i>g) Mutilación genital femenina: cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer o de la niña</i></p>
Canarias	<p>Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género.</p> <p>Artículo 3. Formas de violencia de género.</p> <p><i>h) Mutilación genital femenina: incluye cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer así como el hecho de incitar u obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos anteriormente descritos y de proporcionarle los medios para dicho fin.</i></p> <p>Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres</p>
Cantabria	<p>Ley 2/2019, de 7 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.</p> <p>Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.</p> <p>Artículo 3. Formas de violencia de género.</p> <p><i>h) Mutilación genital femenina, que comprende el conjunto de procedimientos que implican una eliminación parcial o total de los genitales externos femeninos o lesiones causadas a los órganos genitales femeninos por razones culturales, religiosas o, en general, cualquiera otra que no sea de orden estrictamente terapéutico, aun cuando se realicen con el consentimiento, expreso o tácito, de la víctima.</i></p>
Castilla y León	<p>Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León.</p> <p>Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Castilla y León</p> <p>Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León</p>
Castilla-La Mancha	<p>Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha.</p> <p>Artículo 4. Manifestaciones de la violencia de género.</p> <p><i>g) Mutilación genital femenina: cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones</i></p>

	<p><i>en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer.</i></p>
	<p>Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de igualdad entre mujeres y hombres de Castilla-La Mancha</p>
<p>Catalunya</p>	<p>Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista menciona en varias ocasiones la práctica de la MGF como práctica tradicional perjudicial (también incluye a los matrimonios forzados) que viola los derechos de la mujer.</p> <p>Artículo 5. Ámbitos de la violencia machista.</p> <p><i>La violencia machista puede manifestarse en algunos de los siguientes ámbitos: [...] Cuarto.–Violencia en el ámbito social o comunitario, que comprende las siguientes manifestaciones: [...]</i></p> <p><i>d) Mutilación genital femenina o riesgo de padecerla: incluye cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer.</i></p> <p><i>e) Matrimonios forzados.</i></p> <p>Los artículos 57, 58 y 59 detallan las prioridades y finalidad de los distintos servicios (de atención y acogimiento de urgencias, de acogida y recuperación y de acogida sustitutoria del hogar). En ellos, se especifica la MGF y el riesgo de sufrirla como forma de violencia machista que sufren las mujeres y que tiene que ser abordada por los/as profesionales que trabajan en dichos servicios.</p> <p>Artículo 75. Mutilaciones genitales femeninas.</p> <p><i>El Gobierno, además de observar la legislación vigente, debe adoptar las medidas necesarias para:</i></p> <p><i>a) Promover la mediación comunitaria en las familias si existe riesgo de mutilaciones genitales. En estos casos debe procurarse que en la negociación participen personas expertas, así como personas de las comunidades afectadas por estas prácticas, y asegurar la actuación de agentes sociales de atención primaria.</i></p> <p><i>b) Garantizar medidas específicas para prevenir y erradicar las mutilaciones genitales femeninas, impulsando actuaciones de promoción de las mujeres de los países donde se efectúan dichas prácticas y formando a las personas profesionales que deban intervenir.</i></p> <p><i>c) Actuar en el ámbito de la cooperación internacional en el sentido de trabajar desde los países de origen para erradicar dichas prácticas.</i></p> <p><i>d) Contar con mecanismos sanitarios de intervención quirúrgica para poder hacer frente a la demanda de las mujeres que quieran revertir los efectos de la mutilación practicada, así como mecanismos de apoyo psicológico, familiar y comunitario. En los casos de riesgo para la salud de las menores de edad, el personal profesional debe poder contar con mecanismos que les posibilite la realización de la intervención quirúrgica.</i></p>

	<p>Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres</p> <p>Artículo 48. Políticas de salud y servicios. <i>3. Las administraciones públicas de Cataluña competentes en materia sanitaria, en el ámbito de sus respectivas competencias, deben tomar las medidas adecuadas para prevenir y detectar la mutilación genital femenina, e informar a las mujeres afectadas, incluidas las menores de edad, sobre la posibilidad, en su caso, de revertir o mitigar, mediante mecanismos sanitarios de intervención quirúrgica, los efectos de la mutilación practicada.</i></p>
Comunitat Valenciana	<p>Ley 9/2003, de 2 de abril, para la igualdad entre mujeres y hombres</p>
	<p>Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana</p> <p>Artículo 3. Manifestaciones de la violencia sobre la mujer <i>5. Mutilación genital femenina u otras prácticas tradicionales y/o culturales nocivas o perjudiciales para las mujeres y niñas.</i></p>
Extremadura	<p>Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.</p>
Galicia	<p>Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género</p>
Comunidad de Madrid	<p>Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Artículo 2. Ámbito de aplicación. <i>3. En particular, se entienden incluidas en el ámbito de aplicación de esta Ley las siguientes acciones o conductas, en la forma en que quedan definidas en el Código Penal</i></p> <p><i>c) La mutilación genital femenina en cualquiera de sus manifestaciones</i></p> <p>Artículo 7. Detección de situaciones de riesgo. <i>4. A efectos de la detección y prevención de situaciones de riesgo de mutilación genital, la Comunidad de Madrid elaborará, en colaboración con los municipios de su ámbito territorial, un protocolo específico de actuación en esta materia</i></p> <p>Artículo 29. Acción popular <i>La Comunidad de Madrid ejercerá la acción popular en los procedimientos penales por causa de muerte, lesiones graves o mutilación genital de la víctima, en la forma y condiciones establecidas por la legislación procesal.</i></p>
Región de Murcia	<p>Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia.</p> <p>Artículo 40. Definición y formas de violencia de género. <i>2. A los efectos de esta Ley, se considera violencia de género:</i> <i>c) La mutilación genital femenina en cualquiera de sus manifestaciones.</i></p>
Comunidad Foral de Navarra	<p>Ley Foral 14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres</p> <p>Artículo 3. Definición y manifestaciones de la violencia contra las mujeres.</p>

	<p>2. A los efectos de esta ley foral se consideran manifestaciones de la violencia contra las mujeres, entre otras, y sin que ello suponga una limitación de la definición de violencia contemplada en el apartado anterior, las siguientes:</p> <p>g) Mutilación genital femenina: cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer o la niña.</p> <p>Artículo 40. Detección y atención en materia de mutilación genital femenina y matrimonio forzado</p> <p>La Administración de la Comunidad Foral de Navarra establecerá protocolos de actuación que permitan una atención y detección ante casos de mutilación genital femenina y matrimonio forzado, para lo cual se procurará la formación específica necesaria a los profesionales intervinientes</p>
País Vasco	Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.
La Rioja	Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
	Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019.

ANEXO 4. Guía de uso del Compromiso Preventivo

ANEXO 5. Resultados principales de la encuesta a comunidades

Respuesta	BARCELONA	GIRONA	LLEIDA	TOTAL
Respuestas válidas	25	32	25	82
Edad: Entre 36 y 45 años.	52%	44%	52%	49%
Sexo: Mujeres.	96%	100%	96%	97%
País de origen: Gambia.	24%	78%	36%	46%
Año de llegada a España: Entre 1995 y 1999.	32%	22%	16%	23%
Grupo étnico: Serahule.	16%	63%	16%	32%
¿En qué consiste la circuncisión femenina? No saben / No responden.	4%	69%	48%	40%
¿Te practicaron la circuncisión cuando eras niña? Sí.	36%	81%	64%	60%
¿A qué edad? Entre los 0 y los 3 años.	12%	53%	24%	30%
¿A qué edad se realiza ahora? Entre los 0 y los 3 años.	40%	50%	16%	35%
¿Por qué razones se realiza? Permite controlar la sexualidad de las mujeres.	32%	72%	72%	59%
¿Qué consecuencias puede tener no hacerlo? Puede provocar hemorragias e infecciones.	68%	66%	60%	65%
¿Qué consecuencias puede tener NO hacerlo? La niña puede ser discriminada.	20%	88%	60%	56%
¿Hay legislación sobre este tema en España? Sí, la MGF es un delito dentro y fuera de España para familias residentes.	84%	75%	60%	73%
¿Hay legislación en tu país de origen? Sí, la MGF es un delito.	60%	63%	32%	52%
¿Cómo es la comunicación con los/las profesionales de atención primaria? No hay ningún problema o dificultad.	92%	75%	72%	80%
¿Cómo definirías tu relación con los/las profesionales de atención primaria? Me atienden sin prisas y se interesan por mi vida.	16%	59%	40%	38%
¿Algún profesional ha hablado alguna vez contigo sobre el tema de la MGF? Sí.	56%	97%	80%	78%
¿Quién? Pediatra.	44%	88%	72%	68%
¿Qué tipo de información te dio? Me contó los riesgos para la salud y las consecuencias legales.	44%	94%	80%	73%
¿Crees que los/las profesionales de atención primaria juegan algún rol en la prevención de la MGF? Sí.	76%	88%	52%	72%
¿Crees que su trabajo favorece el abandono de la práctica? Sí.	72%	75%	52%	66%
¿Has regresado a tu país de origen desde que llegaste a España? Sí.	100%	69%	72%	80%
¿Dónde nacieron tus hijas? En España.	92%	69%	76%	79%
¿Has viajado tus hijas al país de origen? Sí.	76%	63%	56%	65%
¿Qué edad tenían? Entre 5 y 10 años.	40%	25%	28%	31%
¿Algún miembro de tu familia quería realizar la práctica a tus hijas? Sí.	36%	38%	28%	34%
¿Quién? La abuela paterna.	16%	22%	13%	17%

¿Has hablado sobre la MGF con tus familiares en origen? Sí.	64%	81%	64%	70%
¿Qué les contaste? La ley que la prohíbe.	40%	50%	56%	49%
¿Conoces el documento del Compromiso Preventivo? Sí.	36%	69%	33%	46%
¿Lo usaste para explicar la situación legal respecto la práctica en España? No.	96%	59%	63%	73%
¿Cómo fue recibido el documento? He tenido que ampliar la explicación.	8%	28%	8%	15%

Fuente: Fundación Wassu-UAB, 2019.