



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: SITUACIÓN EN ESPAÑA

Alumno/a: Elena Carrasco Torrecillas

Tutor/a: Susana Ruiz Seisdedos

Dpto: Derecho Público y Privado Especial

Junio, 2017

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. APROXIMACIÓN AL TEMA.....	4
2.1 Marco Conceptual.....	4
2.2 Tipos de mutilación.....	5
2.3 Países en los que se lleva a cabo.....	6
3. NORMATIVAS A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	9
3.1 Nivel Internacional.....	9
3.1.1 Naciones Unidas (NNUU).....	9
3.1.2 Unión Europea.....	12
3.1.3 África.....	14
3.2 Nivel Nacional: España.....	16
4. SITUACIÓN EN ESPAÑA.....	18
4.1 Comunidades Autónomas.....	19
4.1.1 Cataluña.....	19
4.1.2 Andalucía.....	21
4.2 Prevención.....	22
4.3 Situaciones de riesgo.....	26
5. MEDIDAS Y PROTOCOLOS.....	28
5.1 Nivel Nacional.....	28
5.2. Nivel Autonómico y Local	29
5.2.1 Cataluña.....	29
5.2.2. Aragón.....	30
5.2.3. Navarra.....	30
5.2.4. Andalucía.....	31
5.2.5 Girona.....	31
6. CONCLUSIONES.....	32
7. BIBLIOGRAFÍA.....	35

ÍNDICE 2

Grafico 1.....	6
Gráfico 2.....	7
Tabla 1.....	8
Tabla 2	10
Tabla 3.....	12
Tabla 4.....	14
Tabla 5.....	15
Tabla 6.....	16
Tabla 7.....	17
Gráfico 3.....	18
Tabla 8.....	20
Tabla 9.....	20
Tabla 10.....	21
Tabla 11.....	22

Resumen

En el presente trabajo analizaremos la situación de la mutilación genitalfemenina en España. Para ello hemos llevado a cabo una aproximación al tema donde explicamos brevemente que es la mutilación genital femenina, para más tarde hablar sobre la normativa contra esta práctica nociva y la situación de la misma en el ámbito español, tratando tanto la sorprendente prevalencia en algunas comunidades autónomas como las situaciones de riesgo, el tipo de prevención que se lleva a cabo y las medidas y protocolos creadas desde el ámbito nacional hasta el regional. Por último expondremos unas conclusiones en base al tema tratado durante el presente trabajo.

Palabras claves: Mutilación genital femenina, mujeres, violencia, normativas, prácticas nocivas, protocolos, medidas.

Abstract: In the present work we will analyze the situation of female genital mutilation in Spain. To do this we have carried out an approximation to the subject where we briefly explain what female genital mutilation is, to later talk about the legislation against this harmful practice and the situation of the same in the Spanish context, addressing both the surprising prevalence in some communities Such as risk situations, the type of prevention that is carried out and the measures and protocols created from the national to the regional level. Finally, we will present some conclusions based on the topic dealt in the current project.

Key Words: Female genital mutilation, women, violence, regulations, protocols, harmful practices, arrangements.

1. INTRODUCCIÓN

La realización del presente Trabajo Fin de Grado “*Mutilación Genital Femenina: Situación en España*” es producto de una estudio bibliográfico de diversos documentos, informes, estadísticas, etc. de diferentes autores/as y organizaciones que trabajan a favor de la erradicación de dicha práctica, los cuales iremos nombrando a lo largo del Trabajo Fin de Grado. Dichos informes son de fuentes primarias y secundarias, como es la OMS (Organización Mundial de la Salud), o los realizados por la antropóloga y especialista en el tema de la mutilación genital femenina Adriana Kaplan a consecuencia de todas las investigaciones que ha llevado a cabo junto al Grupo Interdisciplinar para la prevención y Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP)¹.

Las diferentes partes que conforman el presente Trabajo Fin de Grado son: una aproximación al tema dentro de la cual nos encontramos con el marco conceptual, tratando aquí el significado de Mutilación Genital Femenina y la diferencia respecto al término ablación, diremos cuáles son los tipos de mutilación y los países en los que se lleva a cabo; esto último a través de gráficos obtenidos de otros estudios utilizados como referencia. Tras la aproximación al tema hablaremos sobre la normativa contra esta práctica según las NNUU (Naciones Unidas) dentro de la cual encontramos organismos que se ocupan de este tema como son CSW (Comisión sobre la Condición Jurídica de la mujer), CEDAW (Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer), OMS (Organización Mundial de la Salud), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia) y UNFPA (Población de las Naciones Unidas). Haciendo referencia al resto de normativas impuestas por la UE (Unión Europea), África y España, prestando un mayor interés por este último. Seguidamente hablaremos sobre la presencia de esta práctica en diferentes Comunidades Autónomas del Estado Español, la forma de actuar por parte de distintos ámbitos (sanidad, social, judicial, educación y

¹ Kaplan ha logrado la realización del primer Forum Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales, “Explorando estrategias y buenas prácticas. De lo local a lo global” en Gambia (5-7 mayo de 2009). Su trayectoria investigadora se inicia en el estudio de las migraciones del África subsahariana y en el análisis antropológico de los procesos de aculturación e integración social desde una perspectiva de género, circular y transnacional. Realiza trabajo de campo en Gambia, Senegal y Guinea Bissau desde 1989 hasta la actualidad sobre aspectos relativos a la salud, en particular, salud sexual y reproductiva y mutilación genital femenina (MGF). Fue en enero de 2009 cuando le fue concedida la 1ª Cátedra de Transferencia Social del Conocimiento en España. (Universidad Autónoma de Barcelona).

policial) para prevenirla y las diferentes situaciones de riesgo ante las que nos encontramos. Al finalizar con este punto comenzaremos a comentar las diferentes medidas y protocolos que se han creado en las diferentes comunidades y regiones para combatir la práctica, dando por finalizado el trabajo con la exposición de unas conclusiones.

Por último para acabar con esta introducción y comenzar con el desarrollo del trabajo comentaremos cuál es el objetivo general y los objetivos específicos en los que nos hemos basado para llevar a cabo esta revisión bibliográfica. El objetivo general del trabajo es el siguiente:

- μ Conocer la situación de la Mutilación Genital Femenina en España.

Los objetivos específicos son:

- μ Conocer las Comunidades Autónomas con mayor prevalencia de la práctica.
- μ Saber las distintas formas de prevención de la práctica.
- μ Analizar las distintas situaciones de riesgo.
- μ Estudiar las medidas y protocolos que se llevan a cabo a nivel nacional, autonómico y regional.

2. APROXIMACIÓN AL TEMA

Como anteriormente hemos señalado en este apartado trataremos las diferencias existentes entre los términos “mutilación” y “ablación”, seguidamente diremos cuáles son los tipos de mutilaciones que existen y para acabar con esta aproximación al tema, diremos cuáles son los países en los que se lleva a cabo y las edades en las que se lleva a cabo esta práctica.

2.1 Marco Conceptual

La terminología utilizada para esta práctica ha sufrido varios cambios a lo largo del tiempo. Cuando la práctica comenzó a captar la atención internacional se hacía referencia a ella como circuncisión femenina, haciendo referencia en África Oriental y Septentrional al tipo I de mutilación genital femenina (la tipología será explicada en el siguiente subapartado). El cambio de terminología vino dado por las constantes críticas que recibía al crear un paralelismo con la circuncisión masculina y llevar a cabo una confusión entre ambas prácticas. Pues la circuncisión masculina en África Oriental y Septentrional se lleva a cabo como una técnica que frena la transmisión del VIH y sin embargo con la mutilación genital femenina ocurre todo lo contrario, y es que esta práctica aumenta el riesgo de contraer el virus del VIH. Otra de las problemáticas por las que se debate el uso de la terminología circuncisión son las consecuencias físicas y psicológicas que estas provocan según se lleve a cabo en un hombre o en una mujer, siendo muy distintas y por tanto poniendo en duda el uso de la palabra circuncisión cuando la técnica es llevada a cabo en una mujer. (UNFPA, 2015)

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) el término “mutilación genital femenina” (MGF) lo utiliza un gran número de organizaciones en pro de la salud y los derechos humanos de la mujer. El uso de la palabra “mutilación” enfatiza la gravedad del acto y refuerza la idea de que la práctica es una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres y las niñas, ganando fuerza a finales de la década de los setenta. Fue a finales de la década de los noventa, cuando se introdujo el término “ablación genital femenina” como respuesta al descontento con el término “mutilación genital femenina”. Existiendo la preocupación de que las comunidades encuentren degradante el término “mutilación”. Algunos temen que el término “mutilación genital femenina” margine a las comunidades que la practican o incluso que se produzca una respuesta adversa, con el posible incremento del número

de niñas sometidas a la práctica. Algunas organizaciones aceptan ambos términos y hacen referencia a la “mutilación/ablación genital femenina”. (UNFPA, 2015)

2.2 Tipos de mutilación

Para hablar sobre los tipos de mutilación nos apoyaremos en la información aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS señala que la mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos, que de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos. En 1995, la OMS estableció cuatro tipos de MGF (OMS, 1995):

- μ *Clitoridotomía (del griego “incisión”)* también llamada *circuncisión* implica la eliminación del prepucio clitorideo, con o sin escisión parcial o total del clítoris. En la cultura islámica, se conoce como “sunna” (tradición) y según la OMS suele equipararse a la circuncisión masculina.
- μ *Escisión*, también conocida como *clitoridectomía (del griego “incisión”)* implica la resección parcial o total del clítoris y puede incluir el corte de los labios mayores y menores.
- μ *Infibulación (del latín “fibula” que significa pinza) o circuncisión faraónica* consiste en el 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 dos pequeños orificios para la salida de orina y sangre menstrual.

Prácticas de severidad variable sobre el área genital: *piercing, dry sex, stretching, cauterización del clítoris*. Cualquier otra práctica o manipulación del área genital realizada sin finalidad terapéutica.

Existe otra tipología posterior, establecida por la OMS (2007), que integra algunos matices y subclasificaciones. Dentro del tipo 1 distingue si afecta al clítoris o sólo al prepucio del mismo, y dentro del tipo 2, si la mutilación afecta al clítoris, a los labios menores o a los labios mayores. En relación al tipo 3, enfatiza en el estrechamiento de la abertura vaginal más que en la eliminación de órganos, y propone subdivisiones según si se mutilan los labios menores o mayores en el procedimiento. Según las zonas geográficas, se practica más unas u otras tal y como

vamos a ver en la siguiente imagen y como se explicará en los próximos apartados. (Kaplan, A., 2015).

Gráfico 1: Tipologías de MGF*



Fuente: Kaplan, A. (2015)

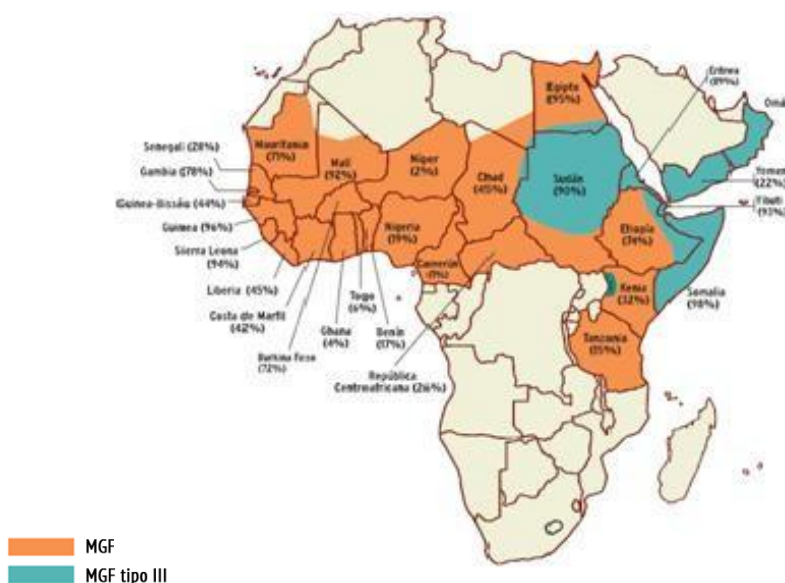
*La parte en color es lo extraído.

2.3 Países en los que se lleva a cabo.

Como hemos dicho anteriormente en este punto se tratarán los países en los que se lleva a cabo la práctica. Tan sólo nos centraremos en los países africanos, pues no existe documentación suficiente como para poder tratar la situación de la práctica en el resto de países dónde también se lleva a cabo como por ejemplo en Oriente Medio. Posiblemente las razones de que apenas exista información se deban a la menor prevalencia de la práctica en estos lugares. Para finalizar con el apartado comentaremos las edades en las que las niñas son mutiladas.

Primero trabajaremos un gráfico en que el aparece la distribución y tipología de la MGF en el continente africano, para seguir con una tabla donde encontramos los porcentajes de edades de las niñas que sufren a práctica en este continente.

Gráfico 2: Distribución, tipología de la MGF y prevalencia en países africanos.



Fuente: La Mutilación Genital Femenina en España (2015)

En este gráfico vemos cómo las tipologías I y II predominan en los países siguientes, ordenados por porcentajes de prevalencia: Guinea (96 %), Egipto (95%), Sierra Leona (94%), Malí (92%), Gambia (78%), Etiopía (74%), Burkina Faso (72%),

Mauritania (71%), Liberia (45%), Chad (45%), Guinea Bissau (44%), Costa de Marfil (42%), Kenia (32%), Senegal (28%), República Centroafricana (26%), Nigeria (19%), Benin (17%), Tanzania (15%), Togo (6%), Ghana (4%), Níger (2%) y Camerún (1%). Y por otro lado encontramos la tipología III, con una prevalencia mucho menor que las dos tipologías anteriores respecto al continente africano, pero sí muy presentes en los siguientes países: Somalia (98%), Djibouti (93%), Sudán (90%), Eritrea (89%), Yemen (22%), Omán (sin saber el porcentaje exacto), apareciendo también en menor medida en Kenia, Etiopía, Egipto y Chad. Con estos datos concluiremos que en el conjunto africano prevalecen la circuncisión y la escisión frente a la infibulación.

En la siguiente tabla mostraremos cuales son los porcentajes de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 49 años que han sufrido la práctica dentro del continente africano a través de los datos extraídos del informe sobre la mutilación genital femenina que UNICEF llevó a cabo en 2013.

Tabla 1: Tabla de incidencia de la MGF por edades

<i>País</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>País</i>	<i>Porcentaje</i>
Somalia	98	Côte d' Ivoire	36
Guinea	96	Kenya	27
Djibouti	93	Nigeria	27
Egipto	91	Senegal	26
Eritrea	89	R.Centroafricana	24
Malí	89	Yemen	23
Sierra Leona	88	R. U. de Tanzania	15
Sudán	88	Benin	13
Gambia	76	Iraq	8
Burkina Faso	76	Ghana	4
Etiopía	74	Togo	4
Mauritania	69	Níger	2
Liberia	66	Camerún	1
Guinea-Bissau	50	Uganda	1
Chad	44		

Fuente: elaboración propia a partir de datos de UNICEF 2013.

Este informe que llevó a cabo UNICEF (2013), nos señala que 125 millones de niñas y mujeres han sufrido la mutilación genital femenina en 29 países de África y Oriente Medio y que existen otros 30 millones en riesgo en la próxima década.

Como podemos observar en la tabla, existe un gran cambio entre los países a pesar de encontrarse en un mismo continente. Dicha diferencia se debe en gran medida a las medidas de prevención que se lleva a cabo en cada uno de los países, a las medidas legislativas, a la intervención social que se lleva a cabo con el colectivo protagonista, etc. Se observa como países fronterizos como son Chad, Camerún o Níger tienen una gran diferencia de porcentajes, siendo en el primero un 44% de niñas las que sufren la prácticas y los otros dos un uno por ciento y un dos respectivamente. Quedando en las primeras posiciones, Somalia, con un 98%, Guinea con un 96%, Djibouti con un 93% y Egipto con un 91% de niñas y mujeres entre los 15 y 49 años mutiladas.

La edad a la que se lleva a cabo la práctica varía según en el lugar donde nos encontremos, en algunas zonas se lleva a cabo durante la infancia, llegando a pasar tan sólo un par de días del nacimiento, pero hay otras zonas en las que se lleva a cabo durante la niñez, cuando van a contraer matrimonio, durante el primer embarazo de la

mujer o tras nacer su primer hijo, aunque mayoritariamente se lleva a cabo en las edades comprendidas de 0 a 15 años. (UNFPA, 2015)

3. NORMATIVAS A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL

Tras haber finalizado con la aproximación al tema en el punto anterior, a continuación trataremos las distintas normativas que engloban el tema, diferenciando entre las NNUU, la UE, África y España, aclarando anteriormente que la legislación internacional y nacional que se ha ido desarrollando a lo largo de los últimos años contra la MGF ha partido de las fuentes de derechos establecidos y desarrollados desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, siendo la base de la legislación las siguientes fuentes: El derecho a la vida y a la integridad física, incluida una vida libre de violencia, el derecho a estar libre de todas las formas de discriminación contra la mujer, el derecho a la salud y los derechos de los niños y las niñas. (Gascón, M. 2015)

3.1 Nivel Internacional

Dentro del marco internacional, nos encontramos con las actuaciones de las NNUU y de la Unión Europea, nos centraremos en primer lugar en las Naciones Unidas, para más tarde hablar sobre los acuerdos de la Unión Europea.

3.1.1 Naciones Unidas (NNUU)

Diremos que a pesar de la gran labor que ha llevado a cabo las NNUU contra la MGF, esta no cuenta con ningún tipo de normativa que regule esta práctica, pero sí que ha llevado a cabo desde el año 1946 convenciones, comités, pactos y declaraciones con los que se recomiendan a los estados miembros, como podemos ver en la siguiente tabla.

Tabla 2: Actuaciones de las NNUU frente a la MGF.

<u>ACUERDOS</u>	<u>AÑO</u>
Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer	1946
Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 2)	1948
Convenio de La Haya de 5 de Octubre	1961
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)	1966
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	1979
CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer	1979
Resolución 48/ 104, de 20 de Diciembre de 1993, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.	1993
Conferencia Mundial sobre la Mujer, de Beijing	1995
OMS: Female genital mutilation: programmes to date: what Works and doesn't. A review."	1999
ACNUR: Directrices sobre Protección Internacional: la persecución por motivos de género en el contexto del Artículo 1A (2) de la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados.	2002
ONU: Plan de acción para la eliminación de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de la mujer y el niño.	2004
OMS: resolución sobre la Mutilación Genital Femenina el 24 de Mayo de 2008	2008
Resolución A/RES/67/146 de 27 de noviembre de 2012	2012
Resolución Asamblea General de 2014	2014

Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la página de NNUU.

Haciendo un breve comentario sobre algunos de los acuerdos llevado a cabo por las Naciones Unidas diremos que la CEDAW (1979) fue fundamental para fomentar la preocupación por la MGF ya que elaboró recomendaciones a los Estados tales como que “Tomarán todas las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.”(Artículo 5) No obstante, esta recomendación no incluía ningún mecanismo jurídico por el que cualquier prohibición que se adoptara pudiera ser legalmente sancionada. Esto no ocurrió hasta 1999, en que se aprobó el Protocolo de la Convención, que entró en vigor en el año 2000. (Gascón, 2015)

Por otro lado, la Asamblea General de la ONU aprobó la Resolución 48/ 104, de 20 de Diciembre de 1993, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, en la que se hace expresa referencia a la MGF como una práctica violenta contra la mujer que hay que eliminar sin que los argumentos de la tradición, la costumbre o la religión sean un moción para que los Estados evadan sus responsabilidades. Dentro de esta resolución encontramos el artículo 2 en el que se incluye la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales perjudiciales para la mujer.

Respecto a la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, diremos que fue la más influyente de todas las conferencias mundiales sobre la mujer. En ella participaron 180 delegaciones gubernamentales y 2.500 organizaciones no gubernamentales las cuales incluyeron en sus conclusiones una serie de recomendaciones a los Estados “a fin de erradicar las mutilaciones genitales femeninas y modificar los comportamientos sociales y culturales dirigidos a acabar con perjuicios y prácticas lesivas para las personas.” (NNUU, 1995)

La Resolución aprobada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 2012, exhorta a los Estados, al sistema de la ONU, a la sociedad civil y a todas las partes implicadas a seguir observando el 6 de febrero como el Día Internacional de la Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina, y a aprovechar la ocasión para mejorar las campañas de sensibilización y tomar medidas concretas contra la mutilación genital femenina.

En la Resolución de diciembre de 2014 las Naciones Unidas pide a los Estados que desarrollen, apoyen y cumplan estrategias que prevengan esta práctica, incluyendo la formación de personal médico, trabajadores sociales y líderes locales y religiosos para asegurar que dan unos servicios competentes de apoyo y cuidado a las mujeres y niñas en riesgo de sufrir esta mutilación o que ya la hayan sufrido. (NNUU, 2017)

Dentro de las Naciones Unidas, destaca la OMS (Organización mundial de la Salud) como organismo que ha desarrollado una mayor labor para condenar y erradicar la práctica de las mutilaciones genitales femeninas.

Según la OMS, el problema está en el número de países que no han incluido en sus ordenamientos una definición específica de dicha práctica perjudicial, dejando un

vacío legislativo al que se responde con las siguientes cuatro recomendaciones:

*Creación de conciencia pública

*La prohibición, mediante medidas legislativas

*La prestación de apoyo necesario a las víctimas de prácticas nocivas

*Protección de las mujeres que corran el riesgo de ser sometidas a prácticas nocivas.

A pesar de llevar a cabo un elevado número de comisiones, pactos, etc. éstas no son impuestas sino que quedan como meras recomendaciones, por lo que los estados no estarían en la obligación de llevarlas a cabo, atrasando así la efectiva regulación de la situación.

3.1.2. Unión Europea

Dando por finalizada la aclaración sobre los acuerdos llevados a cabo por las NNUU, diremos cuales son por parte de la Unión Europea, los acuerdos que se han llevado a cabo. Dentro de estos encontramos una convención, una carta, y tres resoluciones.

Tabla 3: Acuerdos de la UE para la erradicación de la MGF.

<u>ACUERDOS</u>	<u>AÑOS</u>
Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales	2001
Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea	2007
Resolución 2001/2035, de 20 de septiembre	2007
Resolución 2007/ 2093, de 16 de enero de 2008	2008
Resolución la 2008/2071, de 24 de marzo de 2009	2009

Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos del BOE.

Comentando esta tabla diremos que fue en 2001 cuando la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó dos documentos: un *informe*, el 3 de mayo, en el que se pidió la prohibición de las MGF al considerarlas como un trato inhumano y degradante en el artículo 3 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales. Y seguidamente se produjo la *resolución* 1247 (2001), de 22 de mayo, por la que se solicitó a los Estados

miembros que promulgara una legislación específica que prohibiera la mutilación genital femenina, declarándola como una violación de los derechos humanos y de la integridad corporal de la mujer.

Seis años más tarde y según la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (UE), de 2007, en su art. 3 se proclama que “Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica”, acompañando además esta afirmación de un segundo apartado referido a la medicina y la biología, en el cual se indica el respeto hacia lo siguiente:

-Consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley.

-Prohibición de las prácticas eugenésicas, particularmente las que tienen como objetivo la selección de las personas.

-Prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro.

-Prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.

Desde el punto de vista jurídico-penal, en la resolución 2008/2071, de 24 de marzo de 2009, se pidió a los Estados miembros de la Unión Europea que consideren como delito cualquier MGF, que persigan, procesen y castiguen penalmente a cualquier residente que haya cometido del delito de MGF, que aprueben medidas legislativas que otorguen a los jueces o fiscales la posibilidad de adoptar medidas cautelares y preventivas si tienen conocimiento de casos de mujeres o niñas en situación de riesgo de ser mutiladas.

Es por lo anteriormente dicho que los legisladores de los países europeos han abordado este conflicto desde dos planteamientos:

- μ Prohibiendo las mutilaciones genitales femeninas de acuerdo con la regulación penal genérica ya existente; asimilando esta conducta, como un delito de lesiones.
- μ Estableciendo una legislación especial para perseguir la MGF, ya sea mediante la aprobación o adaptando códigos penales mediante la inclusión de un delito singular que tipificase las mutilaciones femeninas.

En todos los países rige el principio de extraterritorialidad para hacer frente al riesgo que supone para las niñas y mujeres, regresar a sus países de origen y que allí sean sometidas a alguna de estas prácticas antes de volver con alguna mutilación al Estado donde residen, tal y como recomendaba la resolución 2008/2071 del Parlamento Europeo.

3.1.3 África

A pesar de tratarse de la región con mayor incidencia respecto a la práctica de la MGF, es una de las regiones con menor número de leyes y medidas contra la mutilación genital femenina. Algunas de las razones por las que se da la situación pueden deberse al miedo por parte de los legisladores de que la prohibición suponga llevar la práctica a la clandestinidad y por tanto empeorar las condiciones en las que se llevaría a cabo, el lugar e incluso las personas encargadas de llevarlas a cabo dejarían de ser expertos o médicos, pasando a encargarse las curanderas o mujeres más longevas del poblado. Podría ser contraproducente elaborar una legislación que no va a aplicarse en el territorio.

En el ámbito regional africano se han firmado tratados generales a partir de los cuales se han ido creado recientemente leyes más concretas relativas a la prohibición de la MGF. Para explicar este apartado haremos uso de dos tablas, en la primera mostraremos la legislación de la MGF en países concretos de África y en la segunda plasmaremos los diferentes tratados que se han creado a nivel regional en África.

Tabla 4: Acuerdos sobre la MGF a nivel regional en África.

<u>ACUERDO</u>	<u>AÑO</u>
Carta de Banjoul: Carta Africana de los Derechos Humanos y de los pueblos	1981
Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño	1990
Protocolo de Maputo	2003
Declaración de El Cairo	2003

Fuente: Elaboración propia a partir de Gascón (2015)

A modo de explicación de los acuerdos expuesto en el gráfico superior diremos que: la Carta de Banjoul, en su artículo 18.3 exige que los Estados garanticen la eliminación de toda discriminación de la mujer y la protección de sus derechos y de

los de la infancia, tal como estipulan las declaraciones y convenios internacionales. Por otro lado, la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño es un correlato de la Convención sobre los Derechos del Niño en el que se exige que los Estados miembros de la Organización de la Unidad Africana “adopten medidas para erradicar prácticas sociales y culturales nocivas que afecten al bienestar, la dignidad, el crecimiento y el desarrollo de los niños y, en particular, las costumbres perjudiciales para la salud y las discriminaciones por razón de sexo o condición (art. 21.1)”. Sobre el Protocolo de Maputo, nombre que corresponde a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativa a los derechos de la mujer diremos que establece que “los Estados parte prohibirán y condenarán todas las formas de prácticas nocivas que afecten negativamente a los derechos humanos de la mujer y que sean contrarias a las normas internacionales reconocidas. Y tomarán todas las medidas legislativas y de otra índole que sean necesarias para eliminar tales prácticas. (Gascón, 2015)

Tabla 5: Legislación de la MGF en África.

<u>PAÍS CON LEGISLACIÓN</u>	<u>AÑO DE APROBACIÓN DE DECRETOS O LEYES EN CONTRA DE LA MGF</u>
Guinea	1965/2000*
R. Centroafricana	1966/1996*
Djibouti	1993/2009*
Ghana	1994/2007*
Burkina Faso	1996
Costa de Marfil	1998
R. U. Tanzania	1998
Togo	1998
Senegal	1999
Nigeria	1999/2006 (Algunos Estados)*
Yemen	2001
Iraq	2001
Kenia	2001/2011*
Chad	2003
Níger	2003
Benín	2003
Etiopía	2004
Mauritania	2005
Eritrea	2007
Egipto	2008
Sudán (Norte)	2008/2009(Algunos Estados)*
Uganda	2010
Guinea-Bissau	2011
Somalia	2012

Fuente: elaboración propia a partir de UNECA, The Gambia (2009) y Espi, L. (2014)

*Los años más recientes son las últimas modificaciones que ha tenido la ley.

Tal y como observamos en la tabla superior, fue Guinea en el año 1965, el primer país en añadir un artículo específico en su Constitución contra la MGF, seguido de la República Centroafricana. Cabe destacar que tan solo siete Estados han llevado a cabo cambio en la legislación contra la MGF, teniendo en cuenta que todos deberían revisar y cambiar las leyes pues fueron creadas hace muchos años lo que significa que se ha producido un cambio social, el cual no se ha tenido en cuenta, y por tanto las leyes deberían ser revisadas y cambiadas en la medida oportuna.

Tabla 6: Países africanos sin legislación

<u>PAÍS SIN LEGISLACIÓN</u>
Malí
Sierra Leona
Gambia
Camerún
Congo

Fuente: elaboración propia a partir de UNECA, The Gambia (2009) y Espi, L. (2014)

Llama la atención como otros países como son Malí, Sierra Leona, Gambia, Camerún y Congo, no cuentan con ningún tipo de legislación, siendo también países donde se lleva a cabo la práctica, lo cual podría justificarse con un mayor arraigo a las tradiciones de su cultura o a una posible minoritaria intervención por parte de los sectores sociales, sanitarios, educativos o por parte las Organizaciones No Gubernamentales.

3.2 Nivel Nacional: España

Tras haber comentado los acuerdos a nivel internacional sobre la práctica de la mutilación genital femenina, nos centraremos en la legislación existente en el marco español, sobre esta práctica, habiendo hecho uso del Boletín Oficial del Estado para verificar dichas leyes.

Tabla 7: Legislación en España sobre la MGF

<u>LEGISLACIÓN</u>	<u>AÑO</u>
Ratificación del convenio de La Haya de 5 de Octubre de 1961	1978
Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado.	1984
Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.	1985
Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.	1995
Real Decreto 203/1995, de 10 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de aplicación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo.	1994
Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los	2003
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	2005

Fuente: elaboración propia basada en datos del BOE.

Al igual que con las anteriores tablas, llevaremos a cabo un breve comentario sobre algunas de las leyes, y modificaciones que se han llevado a cabo.

Sobre la ratificación del Convenio de La Haya de 5 de Octubre de 1961, llevada a cabo por el gobierno español el 25 de septiembre de 1978 diremos que ésta suprime la exigencia de legalización para los documentos públicos extranjeros, hecho en el anterior convenio nombrado.

La Ley 10/1995 quedó modificada por la ley orgánica 11/2003, señalando en sus artículos lo siguiente:

Artículo 149.2: *"El que causare a otro una mutilación genital 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 aplicada 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 para el interés del menor incapaz".*

- Artículo 151: *"castiga la conspiración y la proposición para cometer los delitos de lesiones."*

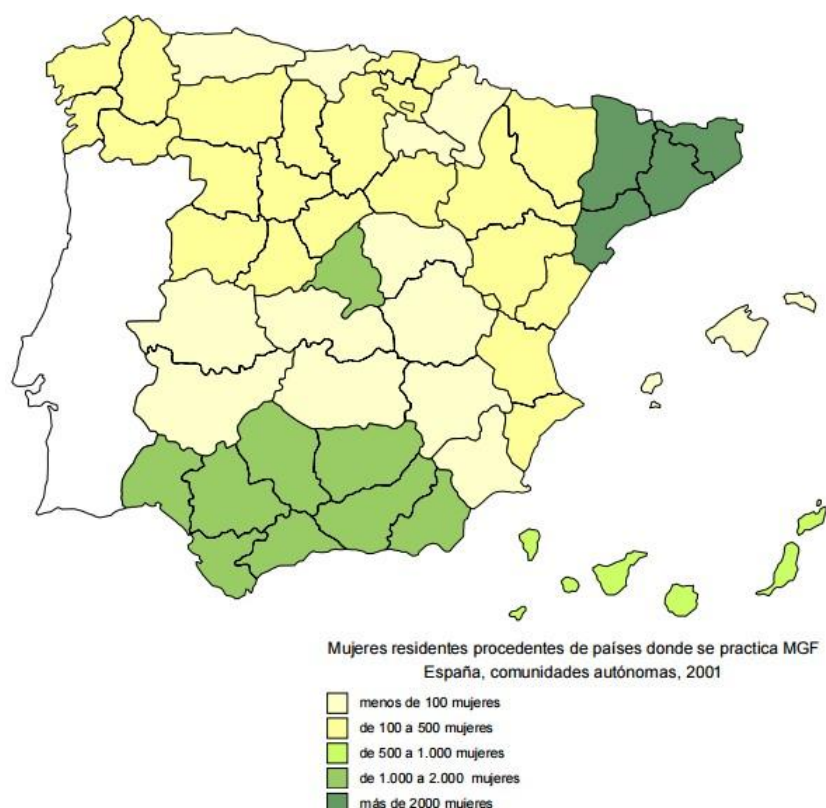
La aprobación de la Ley orgánica 3/2005 de 8 de julio de la jefatura de Estado modificó la Ley Orgánica 6/1985 del Poder Judicial para permitir la persecución de este delito aunque haya sido cometido fuera de España, siempre que los autores o la

persona afectada se encuentren en el territorio español. Esto representa un avance en el marco del llamado principio de "universalidad" de la justicia. (Ma. Gallego; Mi. López, 2010).

4. SITUACIÓN EN ESPAÑA

En este apartado, tal y como se indicó al comienzo del trabajo, en el apartado de introducción, comentaremos cual es la situación actual de la práctica en el territorio español, centrándonos en las dos Comunidades Autónomas (CCAA de ahora en adelante) con mayor prevalencia de la práctica, Cataluña y Andalucía, tratando más tarde las actuaciones preventivas y las situaciones de riesgo con las que podemos encontrarnos. Para todo ello haremos uso de varios gráficos obtenidos del siguiente estudio: *Construyendo un mapa de las mutilaciones genitales femeninas en España*. (Kaplan, A., Merino, M. y Franch, M., 2002)

Gráfico 3: Distribución de mujeres residentes en España por CCAA de países donde se practica la MGF.



Fuente: Kaplan, A. Merino, M. Franch, M. 2002

Como podemos observar en el mapa superior, la mayor concentración de población de nacionalidades donde se lleva a cabo la MGF es en Cataluña y

Andalucía, siendo un total de 59,2 % de la población que reside en España procedente de estos países.

Las mujeres procedentes de países donde se practica la MGF se encuentran principalmente en las comunidades de Cataluña, Madrid y Andalucía, con más de mil mujeres, siendo Cataluña la comunidad que destaca por el número de mujeres que acoge, siendo un total de 4.188, según el documento anteriormente nombrado.

Refiriéndonos a las nacionalidades más destacadas, encontramos, Gambia con casi tres mil mujeres en España, Senegal y Nigeria con más de mil mujeres residentes, Mauritania con quinientas ochenta mujeres y Ghana y Camerún con más de trescientas mujeres de forma respectiva.

Las cinco primeras CCAA, Cataluña, Andalucía, Madrid, Las Canarias y Aragón, concentran el 83,2% del total de población procedente de países donde se practica la MGF y el 88% el total de niñas que están en riesgo de que se les lleve a cabo la práctica.

Los motivos de que el número de residentes procedentes de estos países sea más elevado que en otras zonas del país, se debe al requerimiento por parte de estas CCAA de una mayor mano de obra a consecuencia de su desarrollado sector primario, industrial o de construcción. Además le debemos sumar la proximidad geográfica respecto a África, tan sólo catorce kilómetros desde el estrecho de Gibraltar. Siendo motivo de destino Barcelona y Madrid el ser grandes capitales, donde la posibilidad de trabajo es aún mayor.

4.1 Comunidades Autónomas

Es en este subapartado donde comentaremos las dos CCAA con más mujeres en riesgo de ser sometidas a la práctica nociva, siendo estas Cataluña, en primer lugar y Andalucía en un segundo lugar, como bien indicamos al introducir el apartado cuatro.

4.1.1 Cataluña

Sobre Cataluña diremos que es la Comunidad Autónoma donde más población procedente de países donde se practican las MGF hay, contando con un total de 17.545 personas de las cuales 4.188 son mujeres, siendo un 43,8% de la población femenina total en España. Es en Girona donde se encuentran la mayoría de las mujeres, siendo un total de 1926, Barcelona quedaría en segundo lugar con un total de

1832 mujeres procedentes de países donde se práctica la MGF, quedando Lleida y Tarragona en los últimos puestos con tan sólo un 4.5% del total de mujeres en España. (Kaplan, A. Merino, M. y Franch, M. 2002).

Tabla 8: Principales nacionalidades (MGF) en Cataluña

	TOTAL	PORCENTAJE
CATALUÑA		
Gambia	2596	61,99
Senegal	672	16,05
Nigeria	148	3,53
Mauritania	147	3,51
Malí	132	3,15
	TOTAL=88,23	

Fuente: elaboración propia a partir de Kaplan, A. Merino, M. y Franch, M. (2002)

Si observamos la tabla, veremos cómo anteriormente se decía que Cataluña cuenta con un total de 4188 personas procedentes de países donde se lleva a cabo la MGF, siendo el origen en su mayoría con un 61,99% Gambia, seguida de Senegal, que representa un 16,05% de la población y quedando en último lugar, Malí con un escaso 3,15 % a comparación de Gambia. Siendo finalmente un 88,23% el porcentaje de personas procedentes de países donde se lleva a cabo la MGF que residen en Cataluña.

Tabla 9: Estructura por edades (0 a 15), Cataluña

Edad	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	TOTAL	PORCENTAJE%
0 a 2	283	603	66	8	960	5,47
3 a 5	401	707	90	4	1202	6,85
5 a 15	608	869	114	21	1612	9,19
0 a 15	1292	2179	270	33	3774	21,51

Fuente: elaboración propia a parte de Kaplan, A. Merino, M. y Franch, M. (2002)

A modo breve comentaremos que es en Girona donde se concentra el mayor número de niñas de entre cinco y quince años procedentes de países donde se lleva a cabo la MGF, siendo un total de 869, siendo en el otro extremo, Tarragona, la ciudad donde menor número de niñas procedentes de países donde se lleva a cabo la práctica se concentran, siendo un total de cuatro niñas de entre tres y cinco años.

4.1.2 Andalucía

Es Andalucía la segunda Comunidad Autónoma con mayor porcentaje de población procedente de países donde se lleva a cabo la Mutilación Genital Femenina, siendo un 19,70% dicha población, lo que significa 8.762 residentes en Andalucía, de los cuales un 14,10% son mujeres lo que supone un total de 1.236 mujeres. Representando un total de 12,9% respecto a España.

Dentro de Andalucía, las provincias con mayor representatividad de mujeres procedentes de países donde se practican la MGF son, Almería, que cuenta con 484 mujeres procedentes de estos países, Málaga con un total de 254 mujeres, seguidas de Sevilla, Granada y Cádiz, con más de 100 mujeres. (Kaplan, A. Merino, M. Franch, M. 2002).

Los motivos por los que sean estas las primeras provincias de acogida de estas mujeres pueden surgir por la mano de obra demandada por parte de las provincias.

Es en Andalucía donde encontramos un gran número de población procedente de Senegal y Nigeria.

Tabla 10: Principales nacionalidades de población procedente de países con práctica de MGF en Andalucía.

	TOTAL	PORCENTAJE %
ANDALUCÍA	1236	80,26
Senegal	376	30,42
Nigeria	283	22,9
Guinea Bissau	146	11,81
Kenia	101	8,17
Ghana	86	6,96

Fuente: elaboración propia a partir de Kaplan, A. Merino, M. y Franch, M. (2002)

En este gráfico vemos como Andalucía cuenta con un total de 1236 personas procedentes de países donde se practica la MGF, lo cual supone un 80,26% de las personas inmigrantes.

Del total de estas personas, 376 pertenecen a Senegal (30,42%), 283 pertenecen a Nigeria (22,90%), 146 pertenecen a Guinea Bissau (11,81%), 101 proceden de Kenia (8,17%) y 86 proceden de Ghana (6,96%).

Tabla 11: Estructura de la población de 0 a 15 años según provincia de residencia.

EDAD	ALMERIA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA	HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA	TOTAL
0 A 2	62	13	1	2	4	0	9	5	96
3 A 5	53	9	4	5	6	3	8	11	99
5 A 15	165	28	11	28	11	3	27	20	293
0 A 15	280	50	16	35	21	6	44	36	488

Fuente: elaboración propia a partir de Kaplan, A. Merino, M. y Franch, M. (2002)

Teniendo en cuenta las edades de las niñas procedentes de países de países donde se practica la MGF que residen en Andalucía vemos como hay un total de 488 niñas de edades comprendidas entre cero y quince años que residen en Andalucía, de las cuales, 280 residen en Almería, siendo la provincia de primer destino a diferencia de Jaén donde tan sólo encontramos 6 niñas que residan en la provincia y procedan de países que tienen como rito la MGF.

4.2 Prevención

En este punto, tal y como se indicaba en el índice del trabajo, se tratarán los pilares fundamentales, que intervienen en la lucha contra la mutilación genitalfemenina, siendo éstos, tradicionalmente, el ámbito judicial y el ámbito policial, pero en este trabajo nos centraremos en el ámbito de la educación, la sanidad y el trabajo social, ya que sin medidas distintas a las legislativas, no se podría llegar a la desaparición de la práctica, sino que debemos trabajar desde la sensibilización, la formación, la información, dónde entraría en juego el papel del trabajador social . El abordaje de la MGF debería plantearse desde una perspectiva multidisciplinar. Solo aunando los esfuerzos desde los distintos servicios e instituciones podremos llevar a cabo una intervención preventiva eficaz, y en este sentido los profesionales del trabajo social son los elementos facilitadores de ésta dinámica de coordinación. (Kaplan, A. 2010)

El tema de la mutilación genital femenina puede circunscribirse dentro de varios programas como pueden ser: programas de salud de la mujer, programas de salud sexual y reproductiva; lo cual no significa que el tema sólo deba ser tratado por el personal sanitario, cómo hemos dicho anteriormente, sino que es necesario que abarquen todos los aspectos, tanto los referidos a la salud, como los referidos a la cultura y las leyes, donde entraría en juego el papel del trabajador social.

La sensibilización no debe llevarse a cabo tan solo con las mujeres y niñas en

riesgo, sino que también debemos incluir a los hombres de familia y los líderes religiosos, sobre los cuales recae un gran peso, por la importancia que tienen para el resto de personas de su cultura. (Bénédicté, L. 2008)

Comenzando por el *ámbito sanitario*, utilizaremos el estudio de Kaplan, “Mutilación Genital Femenina: Manual para Profesionales” (2010) dónde lleva a cabo la siguiente clasificación de los tipos de intervención desde los servicios de sanitarios:

1. Prevención específica sistemática. «De largo recorrido», que se desarrolla más frecuentemente en los controles de niñas sanas desde su nacimiento y puede iniciarse en los servicios de salud sexual y reproductiva en los controles del embarazo.

2. Prevención “oportunistas”. Se desarrolla más frecuentemente en medicina y enfermería de los centros de Atención Primaria, pero puede desarrollarse en cualquier otro servicio de salud. Se aprovecha la oportunidad de atender alguna complicación derivada de una MGF realizada, en general en mujeres adultas, para hablar del tema y realizar una información y consejo sobre él, relacionando la complicación actual con la MGF pasada así como indagar sobre la situación de sus hijas si las hay. Se debe asesorar siempre a los padres sobre los riesgos para la salud y las posibles consecuencias a largo plazo, así como sobre la ilegalidad de esta práctica aunque se realice fuera del país de acogida.

3. Prevención comunitaria. Se busca informar y sensibilizar a la comunidad mediante charlas con asociaciones, talleres, actividades en las escuelas y otras en las que participen figuras clave de la comunidad. La información proporcionada debe adecuarse a las creencias, las costumbres y los valores de la población a la que va dirigida. El hecho de trabajar con grupos, más que con individuos, facilita a las familias y personas la toma de decisiones que pueden ser contrarias a la tradición.

4. Atención a las complicaciones y secuelas derivadas de la MGF. El primer paso es la valoración del grado de afectación física, psíquica y sexual para poder iniciar los tratamientos correspondientes. Existen dos situaciones a remarcar:

- Si la mujer está embarazada o comunica su deseo de gestación, se debe valorar la derivación a ginecología de manera urgente para conocer el tipo de MGF practicada y sus posibles complicaciones en el momento del parto. En el caso de que el bebé sea una niña, se prioriza la educación sanitaria para prevenir la MGF.

- Ofrecer apoyo psicológico, con la derivación a los correspondientes servicios de

salud mental.

Finalizado el ámbito sanitario, hablaremos sobre la función que tienen los/as profesores/as frente a esta práctica.

Es el *ámbito educativo* el que cuentan con una gran ventaja, ésta es la complicidad que nace entre la niña alumna y las personas docentes, pues tras su familia son las personas con las que más tiempo pasan, llegando a la posibilidad de que les cuenten que harán un próximo viaje a su país, momento en el que la docente deberá actuar ya que estos viajes son indicadores de riesgo. Otro indicador de riesgo que la docente puede observar con gran facilidad debido al tiempo que pasa con las menores sería el cambio de comportamiento de ésta, visualizando estados de ansiedad en la niña, por la incertidumbre de lo que pueda ocurrir en ese viaje, porque sepa lo que ocurrirá o por el contrario, puede notar un gran cambio de actitud en el sentido contrario, notando un gran entusiasmo por parte de la menor hacia ese viaje, ya que la práctica se les explica en las familias como algo positivo, necesario, de gran importancia y honradez. (Bénédicté, L. 2008)

Acabado este ámbito trataremos ahora el abordaje de la MGF desde los Servicios Sociales, para ello de nuevo haremos uso de manual para profesionales que Kaplan ha creado.

En general, los *servicios sociales* se orientan a favorecer la autonomía de las personas, mejorar las condiciones de vida, eliminar situaciones de injusticia social y favorecer la inclusión social. Entre las funciones vinculadas a la MGF encontramos:

- Detectar e intervenir en los núcleos familiares o de convivencia en situación de riesgo por MGF, especialmente si hay menores.
- En colectivos de riesgo, realizar actuaciones preventivas y, si es necesario, tratamiento social o socioeducativo.
- Impulsar proyectos comunitarios y programas transversales, especialmente los que buscan la integración y la participación social de mujeres y hombres, las familias y las unidades de convivencia. Hacemos hincapié en la importancia de que la intervención se realice tanto con las mujeres como con los hombres.
- Aplicar protocolos de prevención y atención ante maltratos a menores. En el caso de la MGF, existe el compromiso preventivo como herramienta específica de

prevención.

- Fomentar la comunicación y coordinación entre los profesionales de los diferentes ámbitos que intervengan en la atención a las personas en riesgo de MGF para facilitar un abordaje integral (sanitario, educativo, social...).
- Apoyar y dar soporte a profesionales que se incorporen al trabajo con colectivos de riesgo, especialmente cuando se dan situaciones de urgencia en las que resulte necesaria la intervención de diferentes dispositivos.

Los profesionales de los servicios sociales suelen centrar su intervención individual en un contexto familiar, ya que la decisión de realizar la MGF no la toman exclusivamente los progenitores, sino que es una decisión que puede ser adoptada por parte de la familia extensa en el país de origen. Por lo tanto, la intervención en un contexto familiar, facilitará la motivación al cambio en los aspectos de sensibilización hacia la práctica. Se recomienda plantear el tema individualmente, por lo general es mejor hablar con la madre a solas, o bien acompañada de alguna mediadora. Más adelante se tendrá que incorporar al padre en los acuerdos y en todas las intervenciones de compromiso que se hagan en adelante. (Kaplan, A.2010)

Según Adriana Kaplan, éstas son las premisas que deben ser consideradas particularmente a la hora de intervenir:

- A pesar de suponer una agresión hacia la niña, los motivos que argumentan los padres para practicar la MGF se refieren normalmente a la integración en su cultura y a favorecer el futuro de sus hijas. Un discurso culpabilizador y amenazante por parte del profesional no será entendido ni atendido.
- La MGF es una práctica ancestral y muy arraigada en algunas etnias. Una intervención dogmática y aleccionadora por parte de los profesionales no establecerá las condiciones necesarias para que los padres puedan plantearse un cambio en cuanto a su percepción sobre la MGF.
- A menudo la decisión de la práctica de la MGF se toma fuera del núcleo familiar e incluso fuera del país de acogida, por lo que la protección de la menor irá relacionada con la capacidad del profesional para dotar a los padres de argumentos y capacidad de decisión para poder proteger a su hija en el país de origen.

Al igual que en el ámbito sanitario, Kaplan lleva a cabo una división de niveles

de intervención en los Servicios Sociales según la situación en la que se encuentren las familias:

1. Información y sensibilización, en familias procedentes de países en riesgo. Las actuaciones serán básicamente preventivas, proporcionando información sobre los riesgos en la salud y en los derechos de la niña, así como de las consecuencias legales a los colectivos de riesgo.
2. Prevención específica, en familias que plantean un posible viaje al país de origen. La intervención en este nivel se activará cuando se tenga conocimiento de que alguna niña tenga previsto viajar al país de origen. A partir de este momento es especialmente importante la coordinación con los servicios de salud a fin de conocer si se han realizado intervenciones previas y de planificar las actividades posteriores.
3. Intervención en caso de sospecha La intervención en caso de sospecha se realiza cuando la familia rechaza o no colabora en las propuestas del segundo nivel, o bien si hay evidencias o indicios suficientes de que los padres piensan practicar la mutilación genital femenina a sus hijas.
4. Intervención en caso de MGF practicada. Ante la certeza de que se haya practicado la MGF, como ante cualquier otro caso de maltrato, es responsabilidad del profesional ponerlo en conocimiento de la justicia. La omisión del hecho puede acarrear al profesional consecuencias legales.

Dejando a un lado esto tres ámbitos, también cabe destacar dos pilares más que ejercen un papel importante a favor de la desaparición de esta práctica, los cuales son:

El *ámbito judicial*, se basa simplemente en imponer las medidas necesarias para la protección del menor, de acuerdo con la legislación vigente anteriormente nombrada en el apartado 3.3 de este trabajo fin de grado.

En el *ámbito policial*, los agentes deben contactar con las comunidades migrantes, desplazarse y dialogar en caso de riesgo, para informarles de la situación jurídica frente a la práctica. En caso de que se sospeche que se pueda llevar a cabo o se haya ejecutado la práctica, llevarán a cabo las denuncias pertinentes y actuarán según lo ordenado por un juez.

4.3 Situaciones de riesgo

En este último subapartado sobre la situación de la práctica en España comentaremos cuales son las situaciones de riesgo y los indicadores de riesgo, estos

últimos según Bénédicte Lucas, para así poder detectarlas en caso de estar frente a ellas (2008). Para ello nos hemos basado en el protocolo que creó el gobierno de Aragón para la prevención y actuación ante la práctica. Según este protocolo llamado: Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina de la Comunidad Autónoma de Aragón (Gobierno de Aragón, 2011: 12) distinguimos entre los Factores de Riesgo y el Riesgo Inminente.

- μ Podemos denominar como *Factores de Riesgo* aquellos que ayudan o alertan posibles situaciones de riesgo, en este caso factores de riesgo de MGF. Algunos de los factores más evidentes son: ser mujer, pertenecer a una cultura que realice esta práctica, estar en la edad donde se realizan las MGF (normalmente menores de 15 años), y uno de los más factores más relevantes es la pertenencia a una familia en la que existan mujeres a las que se les haya realizado esta intervención.
- μ Denominamos como *Riesgo Inminente* a los factores externos que ayudan a reconocer, junto con los factores de riesgo, situaciones en las que hay que realizar una intervención urgente e inminente para impedir que se realice la MGF. Las situaciones que nos podemos encontrar más preocupantes son: que la menor manifieste opiniones sobre la MGF y la opinión de su familia; y sobretodo tener conocimiento de la realización de un viaje a su país de origen en el intervalo de edad en el que se ejecutan las ablaciones.

Según Bénédicte Lucas, se podrían establecer una serie de indicadores que posibilitaran identificar las situaciones de riesgo de las niñas que puedan llegar a sufrir la mutilación genital femenina o de niñas que hayan sido sometidas ya a dicha práctica. Como indica en el documento de “*Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal*” (2008), los indicadores son los siguientes:

- μ *Indicadores de riesgo* de que se pueda llevar a cabo la MGF:
 - La familia procede de un país donde se suele practicar la MGF.
 - Se sabe que un miembro de la familia sufrió esa práctica en su infancia.
 - La familia tiene muy presente el mito del regreso al país de origen.
 - La niña ha realizado un viaje a su país de origen.
 - Discurso de la familia a favor de la A/ MGF.

-Viaje previsto a país de origen y eventualmente cambio de comportamiento de la niña (ansiedad por lo que pueda ocurrir o porque sabe lo que va a ocurrir allí, o, al contrario, particular entusiasmo por el viaje porque le han dicho que le iba a pasar algo “especial”).

μ *Indicadores de sospecha* de que se haya producido la práctica:

-Rechazo repentino de su cultura de la que habla de manera negativa y con manifestación de rabia (en particular si coincide con la vuelta de un viaje a su país de origen).

-Cambios de carácter.

-Tristeza y falta de interés.

-Caminar con las piernas juntas o muy separadas.

-Postura particular al sentarse.

-Signos de anemia aguda (palidez, cansancio).

-No quiere realizar esfuerzos físicos (deporte o juegos).

-Absentismo escolar alegando motivos de salud (pérdida de sangre, cansancio...).

5. MEDIDAS Y PROTOCOLOS

En este apartado por una parte se hablará de forma breve sobre el protocolo existente a nivel nacional y por otra parte, prestaremos atención a los distintos protocolos existentes a nivel regional, siendo un total de cuatro protocolos regionales (Cataluña, Aragón, Navarra y Andalucía) y un protocolo a nivel provincial (Girona) contra la mutilación genital femenina. El motivo por el que hemos analizado el protocolo de Girona es porque se trata de una provincia con un gran número de personas subsaharianas pertenecientes en su mayoría a la etnia sarahule, personas que provienen de las zonas rurales y más interiores del país y que tienen incorporada a sus costumbres la práctica de la MGF con gran arraigo. (Protocolo de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la demarcación de Girona, 2006)

5.1 Nivel Nacional

A nivel nacional no se había llevado a cabo ningún protocolo de actuación, hasta el año 2015, cuando el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) creó el *Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF)*. Aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema

Nacional de Salud el día 14 de enero de 2015, es el primer protocolo a nivel nacional que aborda desde el ámbito sanitario esta forma de violencia contra la mujer con el objetivo de constituirse en herramienta básica para orientar actuaciones homogéneas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permitan mejorar la salud de las mujeres y las niñas a las que se ha practicado la mutilación genital femenina, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica en niñas que están en una situación de especial vulnerabilidad. (MSSSI, 2017). Según el reciente documento, España, ha promovido a lo largo de los últimos dos años distintas reformas legislativas orientadas a promover la sanción y la persecución de la mutilación genital femenina, desde la consideración de que el respeto a las tradiciones culturales debe tener como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos, por lo que prácticas como ésta no pueden, en ningún caso, contar con amparo o legitimación por tales motivos.

5.2. Nivel Autonómico y Local

A nivel regional, Cataluña, Aragón y Navarra han creado protocolos y guías de prevención, debido al gran número de niñas en riesgo en dichas comunidades. Estos protocolos y guías de los cuales hablamos van dirigidos especialmente a los profesionales sanitarios.

5.2.1 Cataluña

En junio de 2002 se presentó el Protocolo de prevención de las mutilaciones genitales femeninas, como resultado del trabajo llevado a cabo por la Comisión de Personas Expertas. Éstas fueron encargadas de llevar a cabo el protocolo, por orden del Parlamento Catalán, en el que diseñarían un plan de acción contra la práctica de las mutilaciones rituales femeninas en Cataluña. Fue el 20 de junio de 2001, cuando el Parlamento aprobó la Resolución 832/VI, sobre la adopción de medidas contra la práctica de las mutilaciones rituales genitales femeninas.

Durante estos años se han llevado a cabo algunas modificaciones como es la tipificación de la MGF como delito en el Código Penal, al igual que se han cambiado los criterios de extraterritorialidad en la ejecución de dicho delito, por la modificación de la Ley Orgánica del poder judicial. Estos cambios legislativos y la aplicación del protocolo han provocado la revisión del mismo, adaptándolo a las nuevas realidades sociales y jurídicas. (Protocolo de prevención de las mutilaciones genitales

femeninas, 2002).

5.2.2. Aragón

El protocolo de Aragón llamado: *“Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón”* tiene como objetivo proteger y cuidar a estas niñas y mujeres en riesgo de sufrir una MGF, trabajando con sus familias de cara a ir modificando las creencias y tradiciones que sustentan la realización de esta práctica, y buscando soluciones que fomenten su capacidad y habilidad personal, más allá de un

marco legal que es importante pero no suficiente. Pretende ser una herramienta básica para la sensibilización y formación de distintos profesionales que intervienen en la prevención de la MGF (sanidad, servicios sociales, educación, fiscalía, forenses, fuerzas y cuerpos de seguridad, etc.), para que de una manera coordinada y eficaz sepan cómo intervenir desde los distintos ámbitos de actuación, poniendo especial cuidado en la prevención y detección de riesgo. (Instituto Aragonés de la Mujer, 2016). Este protocolo fue llevado a cabo por el Gobierno de Aragón, con la colaboración de los siguientes departamentos: Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, Departamento de Educación, Cultura y Deporte y Departamento de Sanidad. Dicho protocolo cuenta con un objetivo general: prevenir y actuar ante la práctica de la MGF en Aragón, y a su vez cuenta con cuatro objetivos específicos que son los siguientes: sensibilizar, formar y capacitar a profesionales, potenciar la coordinación interdisciplinar, determinar la metodología de intervención a seguir desde los diferentes ámbitos de intervención y establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de las acciones completadas en el Protocolo. (Instituto Aragonés de la Mujer, 2015)

5.2.3. Navarra

Sobre Navarra y su protocolo: *“Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra”*, diremos que la redacción de éste, fue necesaria resultando finalmente un protocolo específico de actuación que enfoque esta práctica desde la perspectiva de la violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres y la violencia de género, para lograr su erradicación, no solo desde el punto de vista jurídico sino también desde el punto de vista real y efectivo, en el reconocimiento de derechos a las más vulnerables e invisibles, víctimas de la desigualdad que han sufrido, y continúan sufriendo, numerosas mujeres y niñas en el

mundo. El objeto este Protocolo es identificar a las mujeres afectadas o niñas en riesgo de padecer mutilación genital y coordinar las actuaciones de atención integral en la Comunidad Foral de Navarra. Por este motivo establece las funciones de cada institución y entidad social, las orientaciones de organismos expertos y responsables para la atención de las víctimas, y los itinerarios de coordinación desde la entrada de la víctima en el circuito recogido en el Protocolo. Con el objetivo de dar respuesta integral a las mujeres que sufren cualquier situación de violencia machista, este Protocolo se complementará y se coordinará con el Protocolo de actuación conjunta para la atención y prevención de la violencia contra las mujeres, y en él se concretan un conjunto de medidas y mecanismos de apoyo, coordinación y cooperación entre y dentro de las instituciones públicas y otros agentes implicados. (Instituto Navarro para la Familia e Igualdad, 2013).

5.2.4. Andalucía

Es sorprendente que Andalucía, segunda comunidad donde es mayor la prevalencia de mujeres en riesgo de MGF, no haya creado un protocolo autonómico contra la práctica sino que se rige por el nacional, el cual fue creado para la intervención del ámbito sanitario, dejando a un lado el resto de ámbitos que intervienen en la importante tarea interdisciplinar de la abolición de la práctica. Por lo que la paliación de la práctica en esta comunidad será mucho más difícil que en aquellas comunidades que cuentan con un protocolo diseñado según la situación del lugar.

5.2.5 Girona

El motivo por el que se ha decidido añadir el protocolo de Girona, a pesar de tratarse de una provincia dentro de la región de Cataluña, la cual ya tiene su propio protocolo, se debe al enfoque que le dio la comisión encargada de crear dicho documento. Al contrario que los demás protocolos, este se ha realizado de una forma más esquemática y con un nivel de comprensión bastante ágil, por lo que no costaría tanto entenderlo como si ocurre con los anteriores.

La comisión de trabajo sobre violencia doméstica determinó la necesidad de elaborar un protocolo de actuación para los casos de mutilación genital femenina. El objetivo del mismo es aclarar el procedimiento a seguir ante un caso de mutilación genital femenina o ante una situación de riesgo detectada por un profesional en su

actividad. (Protocolo de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Demarcación de Girona, 2006). Dicho protocolo fue creado en Octubre de 2003 y tres años más tarde se actualizó, de acuerdo con las realidades y cambios sociales del momento. Este protocolo cuenta con cinco partes, las cuales se dividen en, introducción, dónde se cuenta el origen y el significado social de la MGF, una segunda parte, donde se encuentra el marco sanitario, explicando aquí el concepto de la práctica, los tipos, los factores de riesgo, los indicios de sospecha y las consecuencias (físicas, psicológicas y sobre la sexualidad), cuenta con un tercer punto donde trata el marco jurídico y por tanto anota que la MGF trata de un delito de lesiones, la jurisdicción, las medidas cautelares, la fundamentación legal y los procedimientos penales y civiles aplicables en caso de llevar a cabo la práctica. Es en el cuarto punto donde explica la intervención que se lleva a cabo a través de unos gráficos de circuitos. Por último está el punto cinco donde encontramos las distintas recomendaciones que se deberían llevar a cabo.

6. CONCLUSIONES

En este apartado expondremos las conclusiones a las que hemos llegado tras finalizar la extensa revisión bibliográfica sobre el que sería el tema del trabajo fin de grado, la mutilación genital femenina.

Para comenzar diremos que lo que hemos tratado de llevar a cabo con esta revisión bibliográfica ha sido la recogida de información sobre la situación actual de la práctica nociva de la mutilación genital femenina en el contexto español, haciendo un repaso sobre lo que significa la práctica en sí, los tipos que hay y los sitios donde se practica en mayor medida.

Al tratarse de un tema bastante encubierto tanto por los lugares de origen donde se lleva a cabo la práctica, como por el escaso interés de los diferentes estados, los datos sobre la misma son escasos por lo que ha resultado un tanto difícil el poder llevar a cabo la recopilación de porcentajes de prevalencia, encontrar leyes que hayan sido creadas contra la práctica, etc.

Debemos aclarar que la mutilación genital femenina es un tema al que aún no se le da la suficiente importancia, sino que es tratado como algo que ocurre fuera de nuestro país, que no nos incumbe, siendo otro error la creencia de que esta práctica no

tiene mayor objetivo que el cumplimiento de una tradición, impidiendo así ver lo que esta costumbre conlleva para la mujer. La mutilación genital femenina no se trata tan solo de una costumbre ancestral sin ánimo alguno de disminuir la figura de la mujer, sino todo al contrario, ya que uno de los principales motivos por los que se lleva a cabo es por la visión que se tiene de la mujer, tratándola como objeto e impidiéndole o disminuyendo sus placeres sexuales a través de esta práctica la cual le provoca daños irreparables, ya no sólo en el ámbito sexual, también en la salud, provocando muchas veces la imposibilidad de que puedan quedarse embarazadas en algún momento de sus vidas , provocando también daños psicológicos o físicos.

He aquí por tanto uno de los principales errores sobre cómo tratar el tema y es la visibilización que se le da o el punto de vista desde el que se cuenta la práctica.

Otro error que se comete es el punto de la prevención, como bien hemos dicho durante el apartado de los protocolos, la mayoría de ellos habla de la prevención y la intervención de la práctica desde el ámbito de la sanidad, y la pregunta es

¿verdaderamente un médico podrá solucionar los choques culturales que se provoquen, la sensación de desarraigo cultural...? ¿O necesitará de un profesional, que trabaje en lo social, quien sepa cómo afrontar estas situaciones? Es por ello que todos los protocolos, comenzando por el creado por el Ministerio en 2015, que se centrasen tan sólo en el ámbito de la sanidad, deberían remodelarse y darle una visión multidisciplinar tal y como debe ser la intervención ante la práctica, teniendo mayor presencia el trabajador social, quien estaría formado para trabajar frente a los choques culturales que se producen constantemente al tratar de erradicar la práctica.

También cabe destacar el vacío legal que existe frente a esta práctica. ¿Nos hemos preguntado el por qué de las escasas leyes existentes en África contra la práctica? Siendo este el continente con mayor prevalencia que lleva a cabo la práctica. Pues bien, esto puede deberse al miedo porque la práctica sea clandestina lo que supondría un mayor riesgo para la salud de las niñas, pues las condiciones en las que se llevase a cabo la práctica serían mucho más precarias que las actuales, pudiendo llegar a morir un numero bastante elevado de niñas. Otro motivo recae en los despoblamientos de las zonas, pues si en un país se crease una legislación contra la práctica sería muy probable que las familias viajaran a los países cercanos donde no fuese un delito, quedando así despobladas los países donde se creen las leyes

contra la MGF. Por último otro de los motivos puede ser las represalias contra el gobierno, quien sería el responsable de llevar a cabo la ley y por tanto la ciudadanía se volvería en contra del mismo por la decisión de prohibir la práctica.

Para concluir con el presente trabajo diré que tras esta recopilación de información tan sólo queda seguir estudiando la práctica, las culturas y sociedades en las que se lleva a cabo, tratar de intervenir con ella desde dentro y no buscar la erradicación total del rito en sí, sino buscar entre ambas partes alternativas a la parte nociva de ese rito que tan tanto significa para estas sociedades.

7. BIBLIOGRAFÍA

- African Press Agenci (2009). El parlamento de Uganda prohíbe la mutilación genital femenina. Noticias: África Fundación Sur, disponible en: <http://www.africafundacion.org/spip.php?article5174>. Consultado el 22 de Junio de 2017.
- Agirregomezkorta Ibarluzea, R. B & Fuentes Cabrera, I. (1991). La ablación o mutilación genital femenina. Guía Práctica. Paz y Desarrollo. ONGD. Córdoba.
- Bénédicté, L. (2008). Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: Planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal. Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho (CEFD) (17). Recuperado de: http://www.uv.es/cefd/17/blucas_prevenccion.pdf
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, Nueva York, 18 de diciembre de 1979, Serie de Tratados de las Naciones Unidas, vol.1246, No 20378, pág 14, disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/0031>
- De Arriba. Y, (2010). Mutilación genital femenina: una forma de violencia contra la mujer socialmente aceptada. Sociedad, violencia contra la mujer: BIBLIOTágora. Disponible en: <http://anpoto.blogs.uv.es/2010/11/17/mutilacion-genital-femenina-una-forma-de-violencia-contra-la-mujer-socialmente-aceptada/> Consultado el 16 de junio de 2017.
- España. 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. Boletín Oficial del Estado núm. 163.
- Fundación CEPAIM (Ed.) (2014) Mujeres Plenas: notas sobre Mutilación Genital Femenina. Murcia, España (Fundación CEPAIM)
- Fundación Wassau-UAB (2015). Una práctica tradicional, 125 millones de rostros. Mutilación Genital Femenina: Fundación Wassau- UAB. Disponible en: <http://www.mgf.uab.cat/esp/mgf.html#types>. Consultado el 15 de mayo de

2017

GENERALITAT DE CATALUNYA (2007). Protocolo de Actuaciones para prevenir la Mutilación Genital Femenina. Barcelona. Generalitat de Catalunya.

[-genital-femenina-delito-Codigo-Penal_11_982555001.html](#) Recuperado el 10 de mayo de 2017

GOBIERNO DE ARAGÓN. (2011). Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón.

GOBIERNO DE NAVARRA (2013). Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra.

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

Kaplan, A.; Moreno, J. y Pérez Jarauta, M. J. (coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB

KAPLAN, A.; TORAN, P.; BERMÚDEZ, K.; CASTANY, M^aJ. et al (2006) "*Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales*", en Revista Migraciones no 19, Madrid. pp. 189-217.

Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad(2015). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Recuperado el día 2 de mayo de 2017 de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

Polo, S.(2016). "*La Mutilación Genital Femenina "nuevos delitos en el Código Penal"*".Penal:ElDerecho.com Disponible en: <http://www.elderecho.com/tribuna/penal/mutilacion>

PROVINCIA DE GIRONA (2006) Protocolo de prevención de la Mutilación Genital Femenina en la demarcación de Girona. Provincia de Girona.

SCOUTS ASDE (2015) "*La lucha contra la mutilación genital femenina.*" Últimas entradas: SCOUTS Construir un Mundo Mejor. Disponible en: <https://scout.es/la-lucha-contr-la-mutilacion-genital-femenina/>. Recuperado el día 15 de mayo de 2017

Thill, M. & Salas, N. (Ed.) (2017). Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina. Madrid, España. Dykinson, S.L.

UNFPA (2015). Preguntas Frecuentes sobre la mutilación genital femenina (MGF). Mutilación Genital Femenina: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-mgf> . Consultado el 03 de mayo de 2017.