



LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA

Contexto, protección
e intervención para su eliminación

Directoras

Patricia Fernández de Castro
Esther Portal Martínez
Juana María Serrano García

La mutilación genital femenina en España

Contexto, protección e intervención
para su eliminación

Directoras:

PATRICIA FERNÁNDEZ DE CASTRO, ESTHER PORTAL MARTÍNEZ
y JUANA MARÍA SERRANO GARCÍA

La mutilación genital femenina en España

Contexto, protección e intervención
para su eliminación

 Dykinson, S.L.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70/93 272 04 07.

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial.
Para mayor información, véase www.dykinson.com/quienessomos

© Copyright by
Los autores
Madrid

Editorial DYKINSON, S. L. - Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfonos (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>

ISBN: 978-84-9148-643-5

Preimpresión e Impresión:
SAFEKAT, S.L.
Laguna del Marquesado, 32 - Naves J, K, y L - 28021 Madrid
www.safekat.com

Índice

Introducción.....	11
I. Origen, características y consecuencias de la mutilación genital femenina.....	15
1. Introducción.....	17
2. Concepto, tipología y terminología de mutilación genital femenina	18
2.1. Conceptualización	18
2.2. Tipos de mutilación genital femenina.....	20
2.3. Terminología.....	22
3. Origen y extensión de la mutilación genital femenina.....	24
4. Consecuencias biopsicosociales	27
3.1. Aclaraciones previas.....	27
3.2. Consecuencias físicas inmediatas.....	29
3.3. Complicaciones físicas posteriores	30
3.4. Complicaciones para la salud sexual y reproductiva.....	32
3.5. Consecuencias psicosociales.....	34
5. Concepciones que sustentan la mutilación genital femenina.....	37
6. Conclusiones	40
Referencias bibliográficas.....	41
II. Mutilación genital femenina, una realidad en la Unión Europea y en España	45
1. Introducción.....	47
2. La mutilación genital femenina en el contexto global.....	48

3. Situación general de la MGF en Europa: metodología del estudio y análisis estadístico.....	50
3.1. Metodología.....	50
3.2. Análisis de datos en la unión Europea.....	51
4. Situación general de la MGF en España.....	59
4.1. Metodología.....	60
4.2. Análisis de datos y descripción de resultados.....	60
5. Conclusiones	65
Referencias bibliográficas.....	66
III. Protección internacional contra la MGF	69
1. La mutilación genital femenina como una violación de los Derechos Humanos de las mujeres	71
2. La Declaración Universal de Derechos Humanos.....	72
3. Instrumentos internacionales específicos contra la violencia de género y la mutilación genital femenina.....	74
4. El Consejo de Europa da un paso adelante con el Convenio de Estambul.....	77
5. La Unión Panafricana y su prohibición de la mutilación genital femenina	80
6. Conclusiones	82
Referencias bibliográficas.....	83
Documentos citados	83
IV. Las políticas de la Unión Europea contra la violencia de género: la mutilación genital femenina	85
1. Medidas contra la violencia de género en la Unión Europea	87
2. La normativa europea «soft law» contra la Mutilación Genital Femenina	88
3. ¿Constituye el «asilo» una medida suficiente para proteger a la población en riesgo de mutilación?.....	90
4. El derecho de asilo en las Directivas comunitarias: su transposición al derecho español.....	92
5. El alcance de la protección a las víctimas de violencia	95

6. Instrumentos no normativos de lucha contra la MGF.....	97
7. Conclusiones.....	98
Referencias bibliográficas.....	98
Documentos consultados.....	99
V. Políticas y marco de actuación en España.....	101
1. Políticas nacionales.....	103
1.2. Ámbito penal.....	105
1.3. Asilo y extranjería.....	107
1.4. Protección de menores.....	108
1.5. Servicios Sociales.....	111
1.6. Sanidad.....	112
1.7. Políticas de género.....	119
2. La MGF en las políticas de las Comunidades Autónomas.....	126
2.1. Protocolos sanitarios en el ámbito de las comunidades autónomas.....	127
2.2. Protocolos integrales en el ámbito de las comunidades autónomas.....	133
3. Conclusiones.....	141
Referencias bibliográficas.....	142
Documentos consultados.....	143
VI. El tratamiento judicial de la MGF desde la protección y la persecución del delito.....	147
1. La Jurisprudencia internacional en la materia.....	149
2. La jurisprudencia nacional sobre MGF.....	150
2.1. La MGF debería justificar la concesión del asilo.....	151
2.2. La protección del menor ante el riesgo de mutilación.....	153
2.3. La persecución del delito por el orden penal.....	154
3. Límites a la persecución del delito cometido fuera del territorio español.....	156
4. Conclusiones.....	158
VII. Políticas públicas para la erradicación de la MGF desde un enfoque integral: Propuesta de Planificación para la Prevención de la Problemática y Protección de las Víctimas.....	159
1. Hacia una política integral contra la MGF.....	161

2. Principios generales de actuación para el diseño de una política integral en España	164
3. Medidas de actuación.....	167
Bibliografía.....	176

Introducción

El libro que presentamos, *La mutilación genital femenina en España: Contexto, protección e intervención para su eliminación*, es fruto del trabajo de investigación realizado a través del *Proyecto AFTER Against FGM/C Through Empowerment and Rejection* (Proyecto AFTER Contra la mutilación genital femenina a través del empoderamiento y el rechazo), cofinanciado por la Comisión de Justicia de la Unión Europea y que se ha desarrollado a lo largo de dos años, desde marzo de 2016 a marzo de 2018. En él hemos participado diversas entidades de cinco países: Action Aid Italia que ha coordinado el proyecto, Action Aid Suecia, Action Aid Irlanda, Respect for Change (Bélgica), la Fundación Internacional Simetrías y la Universidad de Castilla La Mancha (UCLM). Además han colaborado otras organizaciones, en concreto las delegaciones de Action Aid en Kenia, Liberia, Senegal, Somalia, Tanzania y Uganda, y la ONG AkiDwa que trabaja con mujeres migrantes en Irlanda.

Los objetivos de este proyecto han sido, en primer lugar, contribuir a reducir el riesgo de que sean sometidas a cualquier tipo de mutilación genital femenina (MGF), las mujeres y las niñas pertenecientes a las comunidades migrantes que mantienen esta tradición entre sus costumbres. En segundo, sensibilizar a los responsables políticos, sobre todo a nivel local, sobre la existencia del riesgo de esta práctica y cómo prevenirlo. Para abordar estos objetivos, se han desarrollado varias líneas de trabajo. Por un lado, se ha realizado una tarea de investigación coordinada por la UCLM que incluye:

- Un análisis demográfico sobre las la población migrante originaria de países donde persiste la práctica de la mutilación que se encuentra residiendo en la Unión Europea y de forma más detallada, en Irlanda, Italia, Suecia y España,
- Un análisis de las leyes y políticas que, en mayor o menor medida, abordan la mutilación genital femenina, las campañas que se han puesto en marcha, en la UE y en concreto en Irlanda, Italia, Suecia y España.

- La detección de posibles servicios dirigidos o que aborden la mutilación genital femenina en Irlanda, Italia, Suecia y España.

Fruto de esta línea de trabajo se han elaborado varios informes que se pueden consultar en la web del proyecto www.afterwomen.eu. Por otro lado, se han realizado grupos de encuentro y de discusión con mujeres y hombres procedentes de lugares con prevalencia en mutilación genital femenina con el objetivo de abordar esta práctica e iniciar el camino del cambio conceptual necesario para abandonarla. Finalmente, se ha llevado a cabo una campaña de sensibilización dirigida a políticos, profesionales y a líderes de las comunidades migrantes.

Con *La mutilación genital femenina en España: Contexto, protección e intervención para su eliminación* pretendemos contribuir, con la divulgación, al conocimiento de esta práctica que hoy se realiza en más de treinta países y que, como consecuencia de los movimientos migratorios, está presente en los cinco continentes, pero que hasta tiempos muy recientes se ha utilizado también en Europa y Estados Unidos, para el tratamiento de la histeria, la ninfomanía o la epilepsia de las mujeres.

En el primer capítulo, *Origen, características y consecuencias de la mutilación genital femenina*, se describe en qué consiste esta práctica, a quién afecta, a qué edad se realiza, se indagan sus orígenes, las múltiples consecuencias que tiene para la salud física y psicológica de las mujeres y de las niñas, las consecuencias sociales y las diversas argumentaciones que la han justificado durante cientos de años y que, aún hoy, la mantienen viva.

En el segundo, *Mutilación genital femenina, una realidad en la Unión Europea y en España*, se ofrece una visión general de la presencia como fenómeno global de la mutilación en el mundo y de su creciente incidencia entre las mujeres y las niñas a pesar de los esfuerzos por erradicarla. Además se realiza un análisis demográfico descriptivo de la presencia, en la Unión Europea y de forma específica en España, de población originaria de países donde se practica. Los datos revelan que no se trata de una cuestión ajena a nuestras sociedades y que es necesario desarrollar leyes y políticas de prevención y atención si queremos eliminar la MGF.

En el tercero, *Protección internacional contra la MGF*, se recogen los distintos instrumentos que de forma implícita, como violación de los derechos humanos por ejemplo, o de forma explícita, como las regulaciones específicas para su erradicación de las Naciones Unidas, abordan el tema de la mutilación genital femenina. En él se puede ver que el progresivo interés que existe a nivel internacional por erradicar esta práctica.

En el cuarto, *Las políticas de la Unión Europea contra la violencia de género: la mutilación genital femenina*, se describen las medidas desarrolladas por la UE para combatir, en general, la violencia contra las mujeres y con mayor deteni-

miento, las adoptadas en contra de la mutilación y la protección de las víctimas. También se analiza la transposición de algunas de estas medidas al contexto español.

En el quinto, *Políticas y marco de actuación en España*, se hace un recorrido por las políticas desarrolladas en nuestro país para prevenir, proteger y perseguir la mutilación genital femenina de forma específica y como forma de violencia de género. Por tanto, se aborda la legislación vinculada al ámbito penal, los planes y los protocolos para su prevención y atención de las mujeres y niñas, desarrollados por distintos organismos como por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de forma muy pormenorizada, los protocolos de las distintas Comunidades Autónomas donde se distingue un enfoque sanitario en unos y un enfoque integral en otros.

En el sexto, *El tratamiento judicial de la MGF desde la protección y la persecución del delito*, se recorre, por un lado, la jurisprudencia internacional que persigue la mutilación y la que protege a las víctimas, además de los casos encontrados en tribunales europeos. Por otro, a nivel nacional, la jurisprudencia de protección (asilo y menores), de persecución del delito dentro y fuera de nuestras fronteras y algunos casos de sentencias.

Por último, en el séptimo capítulo, *Políticas públicas para la erradicación de la MGF desde un enfoque integral: propuesta de planificación para la prevención de la problemática y protección de las víctimas*, se plantean los principios generales que deben guiar la actuación frente a la MGF, y un conjunto de recomendaciones para abordar la persecución del delito, la prevención de la práctica y la intervención ante ella.

I.

Origen, características y consecuencias de la mutilación genital femenina

ESTHER PORTAL MARTÍNEZ, JUAN LIRIO CASTRO y PATRICIA FERNÁNDEZ DE CASTRO

Universidad de Castilla-La Mancha

1. Introducción

La mutilación genital femenina es un tema recurrente en las agendas internacionales, sobre todo desde que en 2015 su erradicación fuese incluida en quinto lugar por las Naciones Unidas entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030. Se estima que, actualmente en el mundo, son 200 millones de mujeres y niñas las que ya han sido sometidas a esta práctica y 30 millones las que están en riesgo de sufrirla (UNICEF, 2016), unas cifras que resultan escalofrantes a la altura del tiempo en que vivimos y más si se tiene en cuenta que los esfuerzos por erradicar su práctica no son recientes, ni en los países donde se encuentran las comunidades practicantes, (en Kenia se prohíbe en 2011, en Sudan en 1941) ni en aquellos que se han convertido en receptores de migrantes que mantienen la mutilación en sus costumbres.

Para explicar el arraigo del fenómeno y entender las dificultades que entraña la lucha por su definitiva erradicación resulta imprescindible contemplarlo en su más amplia perspectiva. La práctica tiene unos orígenes difusos, probablemente radicados en el África Subsahariana, que se remontan a varias decenas de siglos. Hoy como consecuencia de la migración está presente en los cinco continentes, pero a lo largo de su historia la mutilación, en sus distintas variantes y promovida por diversas motivaciones ha constituido una práctica propia en todos ellos. Está englobada dentro de las llamadas Prácticas Tradicionales Perjudiciales y Naciones Unidas califica la mutilación genital femenina como violación grave de los derechos humanos de la mujer. Se trata de un caso de violencia extrema que atenta contra integridad física y psicológica de las mujeres.

2. Concepto, tipología y terminología de mutilación genital femenina

2.1. Conceptualización

La mutilación genital femenina es una violación de los derechos de las niñas y de las mujeres, que consiste en el corte de los genitales externos de la mujer por motivos no médicos y que tiene graves consecuencias para la salud. Se trata de una tradición muy arraigada entre las etnias que la practican. Está englobada dentro de lo que se conoce como Prácticas Tradicionales Perjudiciales (PTP) junto con el matrimonio infantil o forzado, los delitos cometidos por motivos de honor, la preferencia por los hijos varones que se manifiesta de múltiples formas como en la selección prenatal, el feticidio, el infanticidio, la discriminación de las niñas en la nutrición que reciben, en la atención sanitaria y de cuidados en general, entre otras prácticas. Todas estas tradiciones son nocivas para la salud mental, física, sexual y reproductiva de las niñas y de las mujeres, afectan negativamente a su bienestar y están tipificadas por la ONU como violación grave de los derechos de las mujeres y de la infancia. A menudo las niñas y las mujeres sufren varias de estas prácticas perjudiciales a lo largo de su vida.

Las PTP se sustentan en fuertes razones sociales y culturales, y funcionan como signos identitarios. Esto ha supuesto, de forma equivocada, un obstáculo en la lucha decidida para su supresión que se ha debatido entre el respeto a las culturas y la protección de los derechos de las personas. Si bien la diversidad cultural constituye un patrimonio de valor irrenunciable, no todas las prácticas que se ejercen dentro de las distintas culturas tienen valor moral, respetan el bienestar, la libertad y la igualdad entre las personas (Amnistía Internacional, 1998). Por el contrario, las PTP vienen a reconocer esta disyuntiva y de algún modo a plantear que la evolución de una cultura es el fruto de la tensión entre dos polos: lo que ha de permanecer como huella y signo de identidad, aquello que somos, y lo que ha de cambiar para hacernos evolucionar de acuerdo a los distintos planos de desarrollo humano (físico, psíquico y social), aquello que debemos ser.

Por tanto, el esfuerzo para eliminar la mutilación genital femenina se debe entender y conceptualizar dentro del marco de los Derechos Humanos en nuestro tiempo. En este sentido encontramos que, en la Declaración de 1948, las Naciones Unidas se comprometen a proteger el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de todas las personas (art. 3) a asegurar el derecho a no ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes (art. 5) y el derecho a la salud y el bienestar de las mujeres y los hombres (art. 25.1). Pero dada la especial situación de discriminación de la mujer, en 1946 se crea la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer con el objetivo de promover de forma específica y efectiva sus derechos. Fruto del trabajo de esta Comisión en 1979 la Asamblea

de las Naciones Unidas aprobó la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW), que entra en vigor en 1981, por la que los Estados firmantes asumen la obligación de modificar los patrones socioculturales para eliminar «los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres» (art. 5). La mutilación genital femenina no se introduce de forma explícita como tema internacional de debate hasta la Agenda de la Década de las Naciones Unidas dedicada a las mujeres (1975-1985).

También en 1979, la OMS que en 1958 había rechazado la petición del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas de realizar un estudio sobre persistencia de la costumbre de la mutilación por considerar el tema una cuestión cultural, organizó en Jartum el *Seminario sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales que Afectan a la Salud de la Mujer*. En él se pide expresamente la adopción de políticas claras para la abolición de la mutilación, la creación de comisiones de vigilancia y, en los países en los que se practica, la elaboración de legislación nacional para prohibirla y de programas educativos para prevenirla.

En el marco de la eliminación de las PTP y el respeto a los Derechos Humanos, también encontramos otras regulaciones como la *Convención sobre Derechos del Niño*, adoptada en 1989, en la que se defiende la protección de los niños (y de las niñas) contra cualquier forma de discriminación (art. 2), se reconoce su derecho intrínseco a la vida y el deber de los Estados a garantizar su supervivencia y su desarrollo (art. 6) y se exige a los Estados parte tomar todas las medidas eficaces y apropiadas para abolir las PTP (art. 24).

En la *Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos* celebrada en Viena (1993) por un lado, se pone *énfasis en los derechos de la mujer y, por otro, se insta a los Estados a eliminar las prácticas perjudiciales para las niñas y las mujeres* (art. 38 y 49). En el *Plan de Acción para la eliminación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales que afectan a la Salud de las Mujeres y de los Niños* (1994), se tipifica como una violación de los derechos humanos. Y en la *Declaración y Plataforma de Acción de Pekín* de 1995, se cataloga la mutilación como forma de violencia contra la mujer y, entre las medidas que fijan, aparece la prohibición de la práctica y el desarrollo de leyes punitivas contra los responsables, de leyes de protección para las mujeres y de programas educativos.

Al compromiso internacional hay que sumar el esfuerzo realizado en el propio continente africano: En la *Declaración sobre el Bienestar y Derechos del Niño Africano* de 1979, emitida por la Asamblea de Jefes de Estado y de Gobierno de la Organización para la Unidad Africana, ya se reconocía la necesidad adoptar las medidas precisas para promover y proteger sus derechos y su bienestar. En esta Declaración y en la preocupante situación de la infancia africana por motivos socioeconómicos y culturales, por la falta de desarrollo y el arraigo de las

tradiciones, por las catástrofes naturales, los conflictos étnicos y las guerras, entre otras, se inspiró la *Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño*, en 1990. En ella se pide a los Estados que adopten las medidas necesarias para proteger a los menores contra las prácticas sociales y culturales perjudiciales y las medidas precisas para eliminarlas (art. 21), aunque no cita de forma explícita la mutilación.

En 2003, ante el tratamiento marginal que reciben los derechos de las mujeres en la Carta Africana de Derechos Humanos y su evidente situación de discriminación en el continente, se desarrolla el Protocolo a la Carta Africana de derechos Humanos y de los Pueblos (en vigor desde 2005) y se explicita el deber de los Estados de poner fin a la mutilación genital femenina. En 2011, en Malabo, se abre el debate sobre el apoyo de la Unión Africana a Naciones Unidas para su prohibición y ya en 2016 el Parlamento Panafricano junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas firman el acuerdo de prohibición esta práctica en sus Estados parte.

2.2. Tipos de mutilación genital femenina

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define la mutilación genital femenina como aquellos procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan de forma total o parcial los órganos genitales externos femeninos. Existen varios tipos, por lo que es más preciso hablar de mutilaciones genitales femeninas en plural. La clasificación que establece la OMS (2018) es la más utilizada globalmente para distinguir las diversas variantes. Sin embargo, hemos de señalar que, aunque es una guía útil, la realidad es menos precisa, ya que depende de la tradición concreta de la etnia que lo practica, de la preparación de la persona que lo ejecuta (normalmente sin conocimientos ni médicos ni anatómicos), de su habilidad para realizarla, de la precisión, o falta de ella, del instrumental que utilice (cuchillas, cristales afilados, navajas, la tapa de una lata, etc.), del pequeño tamaño que puedan tener los genitales cuando el corte se practica a niñas muy pequeñas, e incluso, de la resistencia que oponga la niña en el momento de sufrir el corte (Sequi, Touray y Piniella, 2013). Por todo ello, es necesario analizar el alcance y el daño de la mutilación de forma concreta en cada niña, o mujer, para ofrecer la atención más adecuada.

En cualquier caso, consideramos que resulta conveniente conocer la categorización de los distintos tipos de mutilación realizada por la Organización Mundial de la Salud en 2018:

- Tipo I, también llamada clitoridectomía, donde se corta total o parcialmente el clítoris y, según los casos, el prepucio o capuchón en función de

lo cual se distinguen dos subtipos: Ia, cuando se produce solo la resección del capuchón del clítoris; y Ib, cuando la resección se aplica al clítoris y al prepucio.

- Tipo II, o escisión, donde el corte afecta total o parcialmente al clítoris, a los labios menores, e incluso a los labios mayores. También en este caso se distinguen variantes: cuando la resección afecta solo a los labios menores, se clasifica como IIa; si la resección, total o parcial, afecta al clítoris y a los labios menores, IIb; y si a esta última se añade algún tipo de corte a los labios mayores, IIc.
- Tipo III, conocida como infibulación, es considerada la forma de mutilación más grave. Además del corte en los labios menores y/o mayores, con o sin escisión del clítoris, se practica una sutura para estrechar la apertura vaginal. En el subtipo IIIa se cortan y recolocan los labios menores y en el subtipo IIIb se aplica el procedimiento a los labios mayores. La pequeña abertura que se deja en todos los casos sirve para dejar paso de la orina y al flujo menstrual.
- Tipo IV, con un carácter poco delimitado, recoge una variedad amplia de prácticas lesivas en los genitales femeninos sin motivación médica, difíciles de clasificar como la perforación, la incisión, el raspado, la punción, la cauterización de la zona genital, o la introcisión.

De forma general, podemos decir que las mutilaciones tipo I y II son más comunes en el África occidental y la tipo III en la parte oriental. Sin embargo, no todos los grupos étnicos de una misma zona practican la mutilación y, cuando lo hacen, no lo hacen de la misma manera. Cuando una mujer ha sufrido una mutilación tipo III, habitualmente se le ha de practicar la desinfibulación, que consiste en la reapertura del orificio vaginal, para que pueda mantener relaciones sexuales, o para permitir la expulsión del bebé en el parto. Sin embargo, como el objetivo de esta práctica es mantener la virginidad y evitar la promiscuidad, la mujer puede ser sometida a la reinfibulación, que consiste en volver a coser tapando el orificio vaginal, tras cada parto, o en las ocasiones en que el marido se va a ausentar durante un largo periodo de tiempo (Kaplan y Nuño, 2017).

Independientemente del tipo de mutilación, es fundamental hacer hincapié en que se corta una parte sana y funcional del cuerpo femenino, y esto supone un grave atentado contra la salud física, psíquica y emocional de las mujeres y de las niñas que la sufren (Kaplan, 2006). Se trata, por tanto, de un caso de violencia extrema contra la mujer, con importantes y peligrosas consecuencias para su salud física, sexual, reproductiva, psicológica y emocional, calificada por las Naciones Unidas como una violación grave de los derechos humanos de la mujer.

Tabla 1. Tipología de Mutilación Genital Femenina

Tipo I: Clitoridectomía	Tipo II: Escisión
Corte total o parcial del clítoris Ia. Resección del capuchón clítoris. Ib. Resección del clítoris y el prepucio.	Corte que afecta parcial o totalmente al clítoris, labios menores y mayores IIa. Solo afecta labios menores. IIb. Afecta al clítoris y labios menores. IIc. Añade además corte en labios mayores.
Tipo III: Infibulación	Tipo IV: Otras Agresiones
Corte en labios menores y mayores más sutura para estrechar vagina IIIa. Corte y recolocación labios menores. IIIb. Corte y recolocación labios mayores.	Perforación, incisión, raspado, punción, cauterización, introcisión, etc.

2.3. Terminología

En lo que se refiere a la terminología, se ha impuesto la utilización del término *mutilación* en diversos ámbitos, sobre todo a nivel institucional, entre los movimientos feministas y en la literatura que versa sobre el tema, con el objetivo de poner el énfasis en la crudeza de la práctica, la vulneración de derechos, la falta de consentimiento y la necesidad urgente de erradicarla. Los términos *ablación* y *circuncisión* son menos empleados y más cuestionados porque no tienen esa connotación negativa. Además, *circuncisión* es menos frecuente porque se intenta evitar el paralelismo con la circuncisión masculina, ampliamente difundida en el mundo occidental donde se justifica por razones higiénicas y religiosas, en especial entre las comunidades judías e islámicas. Su alta prevalencia en el ámbito anglosajón (en torno al 90% a mediados del siglo xx en países como Australia o los Estados Unidos) ha ido cayendo drásticamente en las últimas décadas. De cualquier modo, ni por las condiciones sanitarias en las que se practica, ni por el tipo y la gravedad de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de quienes la sufren, pueden asimilarse la mutilación genital femenina y la circuncisión masculina. Con respecto a la primera hay acuerdo internacional en declarar que su práctica constituye una violación de los derechos humanos de las niñas, en el segundo, algunos países como Alemania y recientemente Islandia, se están pronunciando en el mismo sentido: la califican como dañina y la definen como violación de los derechos del niño. En ambos casos, se ha de trabajar de forma sistemática para su eliminación.

Entre las organizaciones internacionales que adoptan el término *mutilación* están las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, o el Comité In-

trafricano para las Prácticas Tradicionales que Afectan a la Salud de las Mujeres y la Infancia (ya en 1990 este último organismo se refiere así a la práctica las en *Resoluciones específicas sobre la mutilación genital de todo tipo*, en la cumbre de Addis Abeba). También es la designación por la que han optado organizaciones de base integradas por mujeres que han sido sometidas a esta práctica.

Por el contrario, también hay quienes lo critican por considerarlo irrespetuoso, occidental y prejuicioso (Sequi, Touray y Piniella, 2013). Lo cierto es que los términos *corte*, o *mujer cortada*, resultan más respetuosos para hablar sobre el tema con las comunidades practicantes. Muchas se refieren así a la mutilación, aunque no es la única expresión usada, cada pueblo tiene una forma habitual para designarla. Son habituales: la palabra *sunna* utilizada entre los musulmanes, *musolu la nyaaka* o *salindé* en mandinga (étnica que habita en África occidental, como Gambia, Guinea, Mali, Sierra Leona, Costa de Marfil o Liberia, entre otros), *Gudniin gadbahaada* en Somalia, *cureta* o *tahur* en Sudán, *sili-ji* entre los bámbarras (étnia presente en Mali, Burkina Faso, Guinea y Senegal), *tahara* en Egipto, *bilakoro* en Senegal, *khafd* o *khitän* en Indonesia, etc. El conocimiento de la terminología local es fundamental para abordar el tema con respeto en el trato con las comunidades, para poder avanzar en su erradicación. En este texto utilizaremos la abreviatura MGF/C para referirnos en plural a los distintos tipos de mutilaciones genitales femeninas, o cortes. Y para referirnos a quienes tradicionalmente la practican utilizaremos circuncidadora.

En cuanto a la edad en la que se produce, abarca un amplio rango. Lo más frecuente es que tenga lugar entre los 5 y los 14 años, como expresión del rito de paso a la edad adulta. Pero encontramos otros extremos como el de Yemen donde es tradición mutilar a la recién nacida en la primera semana de vida y así ocurre en el 85% de los casos (UNICEF, 2016) y, en cambio, en Meru (Kenia) es un rito prenupcial y en otros lugares se espera hasta que la mujer haya tenido su primer parto. En los casos de parejas mixtas, esto es, entre miembros de una comunidad no practicante de MGF/C, con otra que sí lo es, puede ser un requisito previo de la familia del novio para que tenga lugar el matrimonio, o una exigencia, inevitable, posterior al mismo.

Actualmente, los padres están adelantando la edad cada vez más y la mayoría de las niñas son mutiladas antes de cumplir los 5 años a fin de evadir los problemas con la justicia en aquellos lugares donde está prohibida y para evitar la resistencia de las propias niñas (UNAF, 2015). Una nueva circunstancia que se está dando cuando las familias han emigrado a países donde la práctica está penalizada, en Europa por ejemplo, es enviar de nuevo a las niñas al país de origen para que sean mutiladas sin que puedan retornar hasta cumplir la mayoría de edad para evitar a los padres las consecuencias punitivas que podrían derivarse de su imposición. Las niñas, en muchos de estos casos, además de sufrir el corte, se ven forzadas a vivir de manera prolongada en un entorno que les es ajeno y con un futuro incierto.

3. Origen y extensión de la mutilación genital femenina

La MGF/C tiene unos orígenes difusos, poco concretos, e incluso, contradictorios, pero la práctica no es tan ajena a nuestra cultura, ni a nuestro tiempo como, a priori, pudiéramos creer. En opinión de algunos expertos existen evidencias arqueológicas que permitirían remontarla hasta el Antiguo Egipto. Así lo defiende la antropóloga Marie Assaad (1980) que asegura que hay pruebas suficientes de mutilación en algunas momias examinadas que datan del siglo xvi a. C. En ese mismo sentido se interpreta la descripción en la Geografía de Estrabón de un bajorrelieve en la tumba de Ankh-Ma-Hor, (Sexta Dinastía faraónica, 2380-2340, a. C.) que parece representarla (Faioli, Franco y Morrone, 2015). Otra evidencia de su posible origen egipcio, puede ser el hecho de que aún hoy se le denomine circuncisión faraónica.

Sin embargo, otros autores como Castañeda (2003 y 2013), creen que su origen proviene del África subsahariana, donde se practicaba como rito iniciático en la pubertad, y de ahí irradió a otras zonas del continente, entre ellas, Egipto. Allí se adoptó la costumbre entre los siglos xv y vi a. C. por influencia de los nubios. En esta línea argumental, para Knight (2001), las supuestas evidencias encontradas en las momias por Assaad podrían explicarse como resultado de una técnica habitual de embalsamamiento. Consistía en sellar a las niñas, o a las mujeres, mediante un proceso parecido a la mutilación tipo III para evitar su profanación post mortem. Lo que no resulta posible es determinar si estas mujeres ya habían sufrido previamente MGF/C tipo I o II, dado que los tejidos blandos, o bien han desaparecido con el tiempo, o podrían haber sido retirados por el embalsamador en su momento.

Tampoco parecen existir evidencias claras ni en el arte, ni en la literatura egipcia de que se practicara en tiempos tan remotos. La primera referencia explícita se puede encontrar en el papiro griego de Saqqara fechado en el 163 a. C. que hace referencia al robo del dinero que una chica llamada Tathemis guardaba para financiar su boda y su consiguiente mutilación según la costumbre egipcia (Bagley, 2016).

Una tercera hipótesis, también sostenida por Castañeda (2003) es que la práctica procediese de la cercana Asia y de ahí, se propagara al continente africano a través de la cuenca del Nilo. En este sentido, se entendería como aval la referencia que aparece en el papiro Harris I, donde se menciona el cierre de la vulva de dos deidades, Anat y Astarté, procedentes de Ugarit en la actual Siria, en estos términos: *Horus las sellaba y Set las abría* (Castañeda, 2003, p. 30). El mismo Castañeda descarta esta hipótesis en otro artículo posterior (2013) y se decanta por el origen subsahariano como la teoría más probable.

En cualquier caso, no parece que se practicara solo en el Antiguo Egipto: Heródoto recoge en sus escritos que ya en el siglo v a. C. la mutilación era prac-

ticada por los fenicios, los hititas, y los etíopes, quienes la propagaron entre los pueblos adyacentes. Y la MGF/C tampoco se pierde con el tiempo. La práctica tiene continuidad en el Imperio Romano que sometía a sus esclavos a un tipo de infibulación que consistía en poner un broche, la llamada fíbula, en los labios mayores de las mujeres y en el prepucio, en el caso de los hombres, para evitar las relaciones sexuales, e incrementar así, su valor en el mercado, o simplemente para que las relaciones sexuales y los posibles embarazos no interfirieran en el trabajo. Este procedimiento era utilizado igualmente por los hombres del Imperio para impedir que sus mujeres les fueran infieles. Una técnica muy parecida se utilizó durante las Cruzadas en los siglos *x* y *xii*, que consistía en el uso de una argolla para unir los labios mayores de las mujeres a fin de evitar el adulterio durante la ausencia de los maridos. Y aunque en sentido estricto no hubiese mutilación propiamente dicha en esta modalidad, tanto en el Imperio Romano como en la Edad Media, sí se puede relacionar esta práctica con las motivaciones que han mantenido la MGF/C hasta la actualidad: el control de la sexualidad de la mujer.

Los argumentos médicos han servido para justificarla también en las sociedades occidentales. Desde el siglo *xvii* hasta el pasado *xx*, tanto en Europa como en Estados Unidos, la mutilación ha sido utilizada como tratamiento y prevención para la histeria, la epilepsia, la masturbación, la ninfomanía y en general, para los llamados desórdenes mentales, nerviosos, o emocionales de la mujer. El prestigioso ginecólogo victoriano Isaac Baker Brown (1811-1873) así lo defendía en su libro «On the curability of certain forms of insanity, epilepsy, catalepsy, and hysteria in females» (1866). La teoría estaba bastante extendida entonces y Brown realizó esta práctica incluso sin el consentimiento de las pacientes, lo que le costó la expulsión de la sociedad londinense de obstetricia. En Inglaterra la clitoridectomía se mantuvo vigente en algunos psiquiátricos hasta los años 30 del *s. xx*. En Francia y Alemania perduró hasta finales del siglo *xix*, y en los Estados Unidos, según recoge Cutner (1985), se utilizó hasta los años sesenta del pasado siglo como remedio para tratar la histeria y el lesbianismo.

Hoy la MGF/C es un fenómeno de alcance global, presente en los cinco continentes, bien porque la tradición se ha mantenido durante generaciones entre los pueblos que la practican, o como consecuencia de los movimientos migratorios de estas comunidades. UNICEF (2016) documenta su prevalencia en 27 países de África y 3 de Asia: Somalia, Guinea, Yibuti, Sierra Leona, Mali, Egipto, Sudán, Eritrea, Burkina Faso, Gambia, Etiopía, Mauritania, Liberia, Guinea Bissau, Chad, Costa de Marfil, Nigeria, Senegal, República Centroafricana, Kenia, Tanzania, Benín, Togo, Ghana, Níger, Uganda, Camerún, Yemen, Irak e Indonesia.

Sin embargo, no son los únicos países donde la mutilación persiste como tradición entre distintas comunidades practicantes. En el oeste asiático, hay investigaciones que la recogen en Omán, Bahréin y Qatar. Y en el este, según el estudio

de Rahman, Shuib, y Othman (1999), es habitual entre las mujeres musulmanas de Kelantan (Malasia), practicar un corte en el clítoris. Anantnarayan, Diler y Menon (2018) documentan en otro estudio la existencia entre los musulmanes Bohra en India, una comunidad presente además en Pakistán (en Sindh y en Punjab), por lo que la prevalencia alcanza a este país.

En Oceanía, los estudios recientes remiten a casos de MGF/C como consecuencia de la presencia de migrantes procedentes de África y de Asia (la detección de dos niñas Bohras mutiladas durante sus vacaciones en su país de origen en 2012, activa la investigación sobre esta comunidad en India), pero no está documentado que haya actualmente prevalencia entre población aborigen. Sin embargo, sí hay registro histórico de un tipo específico de MGF/C, la introcisión, que también es característica entre algunos pueblos indígenas de América como los conibos (Perú) hasta los años sesenta del pasado siglo xx, y era practicada por los ipirra, los arrernte, los yaroigas y los kalkadoon, hasta al menos finales del s. xix (Sequi, Touray y Piniella, 2013). Este endemismo, puede llevar a la conclusión de que el origen de la mutilación en este continente no es herencia africana, ni asiática.

Por último en América, donde quedan focos de etnias practicantes como los emberas (en 2012 saltó la noticia a los medios de comunicación de la muerte de una niña tras sufrir mutilación), tenemos hipótesis encontradas. Por un lado, hay fuentes que parecen avalar que la MGF/C llegó desde África a través del tráfico de esclavos, fundamentalmente a Brasil desde donde se extendió a Perú y a otros lugares, como recoge Castañeda (2003). Por otro, hay otras fuentes que la relacionan con prácticas precolombinas entre los ticunas, habitantes de la Amazonía de Perú, Colombia y Brasil, los panches ubicados en el centro de Colombia, los Conibo-Shipibo de la cuenca peruana del río Ucayali, los piro, también en Perú, los salivas en la cuenca del río Orinoco y los manxineri en Brasil (Sequi, Touray y Piniella, 2013).

A la vista de la diseminación de la práctica en todo el mundo y de su presencia desde tiempos remotos en pueblos difícilmente conectados, podemos pensar que la MGF/C tiene orígenes diversos y que, además de extenderse por imitación del modelo de unas comunidades a otras, puede ser fruto de iniciativas propias de distintas comunidades que no tienen por qué coincidir en tiempo, ni en espacio.

Lo que sí es cierto es que hay que continuar la investigación para determinar en qué lugares se sigue practicando y qué comunidades lo hacen, pues en los estudios utilizamos el criterio de país para estimar su persistencia, cuando la realidad es que dentro de un mismo territorio encontramos pueblos que sí practican la MGF/C y otros no. Además, entre quienes mantienen la tradición hay diferencias en el tipo de corte que realizan y en las razones con las que defienden su necesidad.

4. Consecuencias biopsicosociales

Abordar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que tienen las distintas MGF/C es una cuestión extremadamente compleja. Primero, porque dependen de muchos factores como de la habilidad de la persona que las realiza, de las condiciones en que se produzca, del instrumental con que se ejecuta, del tipo de mutilación que se infrinja, de la edad en la que se sufra, o del proceso posterior de curación. Segundo, porque no se puede abordar como un fenómeno aislado, sino como un hecho donde se entrelazan fuertemente la vida social, la cultural, la política y la moral. Y por último, porque la MGF/C está completamente integrada en la cotidianidad de las mujeres, y de la comunidad, y se vive como algo necesario e inevitable. A todo ello, hay que sumar el secretismo que envuelve su práctica en sociedades en las que no se habla abiertamente del cuerpo y donde la sexualidad es una cuestión tabú.

En cualquier caso, el estudio y sistematización de las consecuencias que tienen las MGF/C se divide en físicas, psicológicas y sociales. En el plano de las secuelas físicas es donde hay recopilada más información. Esto puede explicarse porque son las más visibles, porque pueden causar la muerte, y porque en la tradición médica se han dedicado más esfuerzos y recursos por atender, e investigar, todo lo relacionado biológico. Otro factor que hemos de tener en cuenta es que parte de la investigación ha surgido a partir de la especial atención que se ha tenido que prestar a las mujeres durante el parto y no tanto como respuesta a la necesaria atención médica que las niñas y las mujeres mutiladas requieren para mitigar los nocivos efectos de la amputación.

3.1. Aclaraciones previas

Para entender las consecuencias de la MGF/C hay que detenerse en el análisis de algunos aspectos fundamentales. La mutilación genital se ejerce sobre una zona profusamente vascularizada donde convergen un gran número de terminaciones nerviosas, lo que la convierte en una zona especialmente sensible al dolor, en este caso, y de alto riesgo hemorrágico. Las medidas que se aplican para aliviar el dolor o reducir el sangrado, se limitan a la administración de algún analgésico local o la aplicación previa de agua fría para controlar la hemorragia, remedios claramente insuficientes.

El grado del daño físico depende, en primer lugar, del tipo de mutilación, de cuánto se corte y qué se corte. En este sentido, la infibulación suele considerarse la modalidad más grave de mutilación, porque puede afectar al clítoris, a los labios menores y a los mayores. El corte lo suele practicar una persona que no tiene conocimientos médicos ni anatómicos. Normalmente es una mujer mayor que goza de gran respeto y reconocimiento. Puede ser la partera de la comunidad,

una abuela de la niña, o la circundadora, cuando se dedica a ello profesionalmente. En muchas ocasiones, estas personas han aprendido la práctica de su madre o de su abuela. En otras, el único aval es haber mutilado a otras niñas, a la propia nieta, por ejemplo. De su habilidad, o falta de ella, dependerán en gran parte las consecuencias físicas de la mutilación.

Las condiciones en que se practica y el instrumental del que se disponga son elementos fundamentales a tener en cuenta. A veces se realiza en espacios cerrados para mantener la privacidad, con escasa luz, lo que añade más dificultades al trabajo de la circuncidadora y expone a más riesgo a la niña o la mujer. Otras, se lleva a cabo en espacios abiertos. Pero en cualquier caso, sin las condiciones higiénicas necesarias para una intervención de semejante calado. En cuanto a los utensilios, suelen ser muy precarios: una cuchilla de afeitar, un cuchillo, un cristal afilado, el borde de una lata, unas tijeras, etc. Elementos cortantes de precisión discutible, sin esterilizar y a veces utilizados con varias niñas en la misma ceremonia, lo que aumenta el peligro de contagio de infecciones.

Durante la intervención, los antisépticos y cicatrizantes se reducen generalmente al uso de ceniza, ungüentos preparados a base de hierbas o de estiércol. En el caso de infibulación una vez realizado el corte se practica una sutura, a menudo con espinas de acacia o con alambre, y para favorecer la cicatrización, se mantiene a la niña hasta 40 días con las piernas unidas y atadas. Con el mismo objetivo, también se inmoviliza a la niña con la mutilación tipo II (cuando el corte puede afectar al clítoris, labios menores y mayores). Esto provoca en muchos casos que los labios menores cicatricen juntos y queden sellados, produciendo una sinequia, como si de una infibulación se tratara. Por esta razón, hemos de ser cuidadosos a la hora de asociar niveles de gravedad al tipo de mutilación y hacer, en cambio, una valoración más integral atendiendo al conjunto de factores implicados.

Hemos de señalar que aquellas mujeres que viven en entornos urbanos tienen más posibilidades de recibir atención médica que las que habitan en zonas rurales, que son mayoría, donde los dispensarios médicos están lejos y mal comunicados. Por tanto, las consecuencias son más graves y están menos estudiadas, para las mujeres que viven lejos de las ciudades. Otra cuestión que destacan algunas investigaciones es que las mujeres menores de 45 años presentan mayor tendencia a pedir atención médica que aquellas que superan esta edad, que optan en mayor medida por resolver los problemas que se les puedan presentar mediante métodos tradicionales (Kaplan, Hechavarría, Martín y Bonhiure, 2011 y Luján y Betancourt, 2014).

La sistematización de las secuelas se suele estructurar en físicas, psíquicas y sociales, por un lado, y a corto y medio-largo plazo, por otro. Sin embargo, hemos de entenderlas de forma global y en interacción continua y, por tanto, debemos abordarlas dentro de un enfoque biopsicosocial. Además, los efectos de las MG-F/C se producen en el mismo momento en que la mutilación tiene lugar y están

presentes a lo largo de toda la vida, aunque haya momentos en que algunas de ellas interfieren en otros procesos generando diversas complicaciones, como por ejemplo, en el momento del parto. En este sentido nos parece más adecuada la distinción que hacen Dirie y Lindmark (1992) cuando denominan consecuencias inmediatas a las que siguen a la operación y complicaciones posteriores a las que aparecen después de la primera cura o cicatrización.

Por último, para recoger de la forma más amplia posible el conjunto de consecuencias derivadas de las diversas formas de MGF/C, hemos revisado distintas fuentes, informes y estudios Dirie y Lindmark (1992) World Health Organization (2008 y 2018), Behrendt y Moritz, (2005), Berg, Denison y Fretheim (2010) Kaplan *et al* (2011), Vloeberghs *et al* (2012) Rushwan (2013), Luján y Betancourt (2014), Faioli, Franco y Morrone, (2015) y Jiménez-Ruiz, Almansa Martínez y Juall Carpenito (2017).

3.2. Consecuencias físicas inmediatas

La primera y evidente es la desaparición, en mayor o menor medida, de una parte de los genitales externos femeninos y la consecuencia más grave es, sin duda, la muerte.

- Sangrado en el momento de la intervención, incluso hemorragias muy fuertes que pueden terminar con la muerte de la niña. Las complicaciones hemorrágicas a menudo se dan por falta de conocimientos sobre métodos hemostáticos (mecanismos fisiológicos del propio organismo, o uso de procedimientos manuales, quirúrgicos, químicos o instrumentales para detener el sangrado). Por ejemplo, durante la operación se cortan vasos que después no se cierran correctamente, o simplemente se aplica la técnica de juntar y atar las piernas que falla a menudo (Dirie y Lindmark, 1992).

En ocasiones los sangrados se hacen recurrentes por la infección de las heridas y las cicatrices. Otra complicación añadida originada por las pérdidas y agravada por la calidad y la cantidad de alimentos que se suministra a la recién mutilada es la aparición anemia. En los casos de infibulación o de cicatrización conjunta de los labios en la mutilación tipo II, los sangrados, lógicamente, aparecen también cuando se reabre bien para mantener relaciones sexuales, o durante el parto.

- Dolor severo. Cortar un tejido tan sensible y con tantas terminaciones nerviosas, sin anestesia y, en todo caso, con analgésicos poco eficaces, produce un dolor extremadamente intenso. Esa intensidad se puede agravar en función de la cantidad de tejido cortado, del instrumental empleado y del tiempo que se tarde en la operación. En el caso del tipo III, la intervención puede llegar a durar de 15 a 20 minutos.

- Shock causado por el dolor y por la hemorragia. Algunas niñas solo se recuperan tras recibir una transfusión de sangre en un hospital, cuando tienen acceso al mismo. En casos extremos puede suponer la muerte de la niña.
- Infección y septicemia por las deficientes condiciones y la falta de esterilización del instrumental utilizado. Como se ha dicho, en ocasiones se maneja el mismo material durante las ceremonias de mutilación múltiple, lo que aumenta el riesgo de infección por contagio. También son habituales las infecciones en el periodo de curación por el tipo de cuidados que recibe la niña, o la mujer, o como resultado de aplicar técnicas como el vendado conjunto de las piernas que impide el drenaje de la herida.

Las infecciones son muy peligrosas porque pueden penetrar por la vagina y extenderse al útero, o a los ovarios, desencadenando infecciones pélvicas crónicas e incluso infertilidad. Existe también el riesgo de contagio por hepatitis B o C, VIH (aunque no hay evidencia directa documentada en este caso), o tétanos con resultado de muerte.

- Daños en zonas adyacentes bien por la falta de conocimientos anatómicos de la circuncidadora, por su falta de habilidad en el manejo del instrumental, por el pequeño tamaño de los genitales en el caso de las bebés, o por la resistencia que en un momento dado pueda oponer la niña o la mujer. El destrozo puede extenderse a la vía urinaria, la vagina, el perineo o el recto con el resultado, entre otras complicaciones médicas, de incontinencia.
- Retención de orina. Una vez practicada la FGM, la micción puede volverse realmente complicada y en algunos casos, imposible debido a que la vía urinaria puede quedar obstruida de forma parcial, o total. El desarrollo posterior de granulaciones en el tejido, o de fibrosis, puede contribuir a la obstrucción. También el dolor, o el miedo a padecerlo, hace difícil que se produzca una micción fluida. Esta anormal retención de la orina suele causar infecciones reiteradas. Cuando la retención se produce por infibulación, el tratamiento es volver a abrir para aliviar la situación, pero pasadas unas semanas la niña es infibulada de nuevo Dirie y Lindmark (1992). La repetición de la infibulación conlleva todos los riesgos iniciales de la MGF/C, a lo que se suma el riesgo de que se debilite gravemente el tejido cicatrizado.

3.3. *Complicaciones físicas posteriores*

Entre las consecuencias más frecuentes que suelen seguir a la cicatrización de la mutilación genital femenina se encuentran:

- Fibrosis por la producción excesiva de tejido conectivo en la cicatrización de las heridas motivada por una inflamación crónica.
- Alteración en los tejidos debido a una anormal cicatrización.
- Queloides (crecimiento exagerado del tejido cicatrizal) que puede interferir, dificultando, las relaciones sexuales y el parto.
- Desarrollo de quistes dermoides y tumoraciones (abultamientos compuestos por tejido epitelial, grasas, e incluso pelo) que pueden alcanzar un tamaño considerable. Cuando el quiste se genera en el clítoris, las niñas o las mujeres tienen miedo a que puedan estar desarrollando un pene (Dirie y Lindmark, 1992).
- Presencia de accesos vulvares y de quistes infecciosos por la acumulación de pus de las infecciones.
- Problemas menstruales por la dificultad de paso del flujo debido a la oclusión total o parcial de la apertura vaginal. Esto puede causar dismenorrea (dolor menstrual) y hematocolpos (acumulación de sangre en la vagina y en el útero) que puede causar la distensión del abdomen precisamente por la retención. En ocasiones, la falta de signos externos de menstruación levanta sospecha de embarazo y pone en cuestión el honor de la familia. Esto genera graves problemas para la mujer y puede significar, en algunas ocasiones, su muerte.
- Retención de orina, la obstrucción o el daño uretral pueden dificultar el paso de la orina y la micción puede hacerse extremadamente dolorosa (disuria o dolor durante la evacuación). El flujo puede salir gota a gota (en casos de infibulación, el vaciado total de la vejiga puede llegar a tardar hasta 15 minutos), con pequeñas evacuaciones cada vez, lo que genera unas ganas constantes de orinar, e infecciones en el tracto urinario causadas por la retención.

En el caso de infibulación o de sellado en la mutilación tipo II, la piel cicatrizal forma un puente sobre la uretra que impide la salida directa de la orina y la desvía dejando húmeda la zona y con residuos. De esta forma aumenta el riesgo de infecciones bacterianas que se pueden extender a través del conducto urinario y afectar a la vejiga y a los riñones.

- Formación de cálculos: tanto los restos de orina como los de flujo menstrual en la vagina o en el puente epitelial creado por la infibulación o por la cicatrización en el corte tipo II, se pueden calcificar formando una especie de piedras o cálculos. A su vez, estos cálculos pueden generar fistulas.
- Fístulas causadas en el momento en que se produce la MGF/C, por la desinfibulación o por la reapertura durante las relaciones sexuales o du-

rante el parto. Pueden ser vesicovaginales, cuando comunican la vejiga y la vagina causando la salida involuntaria y espontánea de la orina, o rectovaginal cuando la conexión es entre el recto y la vagina. Esta última causa incontinencia, expulsión de gases y de heces por la vagina, infecciones vaginales o urinarias recurrentes, secreciones vaginales con un olor desagradable, e irritación y fuerte dolor en la vulva, en la vagina y en el perineo. Dolor referido también durante las relaciones sexuales. Todo ello además dificulta enormemente la vida social de la niña o de la mujer.

- Enfermedad inflamatoria pélvica que es una infección de origen bacteriano que afecta al útero, a los ovarios o a las trompas de falopio. Cursa con inflamación en estos órganos, fuertes dolores, abscesos, e incluso, infertilidad si no se trata adecuadamente. La oclusión de la vagina y, en ocasiones, del conducto urinario aumenta la probabilidad de infecciones, al tiempo que disminuye la efectividad de los mecanismos naturales de protección.
- El herpes simple también ha sido documentado en algunos estudios y se caracteriza por la formación de vesículas o ampollas en la zona genital.

3.4. Complicaciones para la salud sexual y reproductiva

La primera dificultad que nos encontramos a la hora de determinar las consecuencias que la mutilación tiene para la salud sexual y reproductiva surge durante la exploración obstétrica y ginecológica de las mujeres cortadas y se acentúa en los casos de infibulación o de cicatrización conjunta de tipo II: la palpación, el uso de instrumental o el intento de recoger muestras, pueden causar dolor y ser especialmente difíciles. La situación suele ser de estrés para la mujer, cuando lo que se requiere durante estos exámenes médicos para que resulten menos incómodos e invasivos es que la mujer esté relajada.

- Disfunción sexual por sequedad vaginal, o por falta de lubricación. Los daños causados en los genitales afectan, inevitablemente, a su funcionalidad pudiendo desencadenar fobias a las relaciones sexuales a causa del dolor y los trastornos de excitación.
- Dispareunia o irritación vaginal con profundo dolor, antes, durante y después de la relación.
- Anorgasmia o, cuando menos, disminución del placer sexual como consecuencia de la extirpación del clítoris, del corte de zonas altamente erógenas como los labios y del desarrollo de tejido cicatrizal, aunque dependiendo del grado de mutilación se han consignado excepciones.

- Dificultad en el coito que puede ser doloroso a causa de la estenosis vaginal o por la menor elasticidad del vestíbulo vaginal a causa del desarrollo de cicatrices o como resultado de la fibrosis. También están documentados los casos de sangrado postcoital.
- Infertilidad causada por el daño irreparable en los órganos reproductivos. Además, el estrechamiento del orificio vaginal puede impedir el coito.
- Problemas en el embarazo y en el parto debido a la estenosis vaginal que puede impedir o, dificultar la expulsión del bebé. También las cicatrices reducen la elasticidad y entorpecen o impiden el proceso. Los partos se hacen especialmente largos lo que implica fatiga para la madre por sobreesfuerzo, e incluso la interrupción de la expulsión por fatiga. El bebé puede sufrir daños cerebrales por anoxia. También se han certificado casos de muerte para la madre y el bebé.
- La frecuencia de cesáreas es más alta entre las mujeres sometidas a MG-F/C sobre todo en casos de infibulación. La episiotomía suele ser necesaria para evitar laceraciones y desgarros, debido a la menor elasticidad del vestíbulo vaginal como resultado de la cicatrización. Es frecuente también la aparición de fistulas obstétricas a causa de la presión del feto.
- Mayor sufrimiento fetal e incremento del riesgo de muerte perinatal, sobre todo en zonas rurales carentes de las adecuadas infraestructuras sanitarias o situadas a distancia de ellas.
- En los casos de mutilación tipo III, la desinfibulación o la apertura en los casos de sinequia en el tipo II, bien para facilitar las relaciones sexuales, o para hacer posible el parto, la mujer puede volver a sufrir una importante pérdida de sangre.

En ocasiones la reapertura se produce durante el coito tras repetidos esfuerzos de penetración por parte del marido, lo que deriva en un proceso difícil y especialmente doloroso para la mujer. El riesgo de laceraciones y desgarros es bastante alto. El desconocimiento y la torpeza pueden conducir al coito uretral, o a la perforación del tejido tras la repetida presión sobre el perineo, creando la sensación de una falsa vagina. Ante la dificultad, el marido, o la pareja, pueden optar por la penetración anal.

En otras ocasiones, es el propio marido el que practica la desinfibulación para poder mantener relaciones. Y lo hace con instrumentos precarios (un cuchillo, por ejemplo) que pueden causar importantes y graves daños, infecciones y, en casos extremos, la muerte. Además una vez que la mujer sufre el corte y sin que medie un necesario proceso de curación, tienen lugar las relaciones sexuales. En el estudio que Dirie y Lindmark (1992) realizaron con 290 mujeres somalíes de entre 18 y 54 años de edad, la mayoría habían sido desinfibuladas por sus

maridos bien con cuchillos o de forma *natural* en los intentos de penetración. En algunas culturas se considera un signo de virilidad del marido el no necesitar ningún elemento cortante para llevar a cabo el coito.

En general, los problemas más comunes que se han podido estudiar entre los que presentan las mujeres independientemente del tipo de mutilación a la que han sido sometidas, son el sangrado crónico, la anemia y las infecciones. Sin embargo, no suele haber una atribución de esos síntomas a la MGF/C, al tratarse de un hecho que ocurrió cuando eran muy pequeñas, salvo en los casos en que la niña o la mujer recibiera atención médica inmediatamente después de la práctica por alguna complicación (Kaplan, Hechavarría, Martín y Bonhiure, 2011).

Los estudios muestran que todas las formas de mutilación, incluida el tipo I que en ocasiones se considera la menos lesiva al estar circunscrita a una zona más pequeña, tienen consecuencias inmediatas y consecuencias posteriores. En relación a la consecuencia más grave, resulta imposible conocer el número de niñas y mujeres que mueren como consecuencia de las complicaciones durante y después de la práctica y el alcance de la mortalidad perinatal causada por la mutilación.

3.5. Consecuencias psicosociales

La mutilación se produce sin explicación previa a la niña de lo que va a ocurrir realmente. Es habitual que la niña desee la llegada de ese día porque se celebra una fiesta donde recibe regalos y porque forma parte de una ceremonia importante para su comunidad en la que ella es protagonista. Por tanto, la expectativa que la niña, en general, pueda tener es positiva, muy positiva.

Al igual que las consecuencias físicas, las psicológicas y las sociales van a depender de los factores implicados en la mutilación como por ejemplo, del hecho de que se utilicen o no, analgésicos, del tipo de corte sufrido, del instrumental utilizado, de la habilidad de la circuncidadora, etc. Los recuerdos del día de la mutilación dependen también de la edad a la que se produzca. Las niñas que la han sufrido en torno, o después, de los tres años de edad (antes no suele haber recuerdos del momento) califican la vivencia de terrible y traumática. Recuerdan un intenso miedo, dolor extremo, horror, impotencia, indefensión y trauma. En otros estudios, el dolor, el shock, el trauma y el uso físico de la fuerza durante el proceso también han sido reportadas por numerosas mujeres que la han sufrido. Muchas veces las víctimas sienten timidez y vergüenza, y no quieren hablar de sus genitales. Les resulta difícil admitir en presencia de extraños que padecen, por ejemplo, incontinencia. Son habituales también los cuadros de ansiedad, angustia y depresión.

En el estudio de Behrendt y Moritz (2005) con mujeres senegalesas de entre 15 y 40 años de edad, encuentran que aquellas que han sufrido mutilación

presentan, en un porcentaje cercano al 80%, trastornos afectivos y de ansiedad. Entre ellos, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) es especialmente alto y semejante al que padecen las víctimas de abusos en la infancia de acuerdo con las investigaciones sobre tema. Este trastorno se manifiesta en un variado conjunto de síntomas que incluye pesadillas, dificultad para dormir, para concentrarse, irritabilidad, recuerdos involuntarios en los que reviven la experiencia, lagunas o incapacidad para recordar detalles, ansiedad extrema, palpitaciones, sudoración excesiva, dificultad para respirar cuando aparecen desencadenantes que recuerdan al acontecimiento. El TEPT es complejo y su cronicidad suele requerir que las personas que lo padecen necesiten atención del área de salud mental para mejorar.

Aunque la investigación de Behrendt y Moritz (2005) no sea concluyente ni generalizable, puesto que la muestra se reduce a cuarenta y siete mujeres, creemos que sirve como estudio de caso para conocer con mayor profundidad algunas de las secuelas psicológicas. Así mismo, hay que promover investigación más allá del momento y del hecho de la mutilación en sí, y analizar cómo interfieren las complicaciones adquiridas por la práctica, en la vida de la niña o de la mujer, tanto a nivel psicológico como familiar y social. Por ejemplo, la presencia del TEPT, además de estar vinculado con la mutilación, puede desencadenarse cuando las relaciones sexuales son difíciles y dolorosas.

El cuadro de secuelas físicas para la salud es muy amplio (dolor intenso, fibrosis, queloides, fístulas, infecciones reiteradas, accesos, problemas renales, anemia, etc.) y se interrelacionan con el plano psíquico y social. La niña y la mujer tienen que aprender a convivir con ellas, en muchas ocasiones, sin llegar a establecer conscientemente relación entre la mutilación y sus consecuencias porque es un tema tabú, que ocurrió en el pasado, a veces lejano, y porque del cuerpo y de la sexualidad no se habla. De esta forma es difícil, sin ayuda, establecer conexiones y abordar el origen del problema, máxime cuando quien la ejecuta es una persona respetada por la comunidad, o la propia abuela de la niña, y lo hace hipotéticamente por su beneficio, a instancia de sus padres o de los sabios de la comunidad.

Algunas secuelas pueden tener un fuerte impacto en la vida social de la mujer. En el caso de fístulas hay estudios que recogen la estigmatización y el rechazo de la mujer por el fuerte y desagradable olor que desprenden que puede incluso justificar el abandono por parte del marido y de los propios familiares. También existe la creencia de que la fístula es un castigo divino por no haber cumplido con el papel tradicional de madre y esposa que su cultura le ha asignado. Sin un tratamiento, la mujer puede quedar marginada, sin trabajo y sin la importante red de apoyo que supone la comunidad.

La infertilidad o la imposibilidad de tener relaciones coitales y, por tanto, de concebir, son motivos para el divorcio o el abandono de la mujer, que dependerá

de que su familia de origen la acepte de nuevo, o quede definitivamente desamparada y confiada a su suerte. Y sin llegar a ese extremo, el hecho de que las relaciones sexuales no sean completamente satisfactorias para el marido, genera problemas de convivencia en la pareja.

Cuando las mujeres emigran a otros países donde la MGF/C no existe, o cuando tienen contacto con grupos étnicos no practicantes dentro del propio, o cuando se trabaja con ellas en los programas de erradicación, pueden tomar conciencia de que la mutilación no es universal ni necesaria, sino perjudicial y que su sufrimiento ha sido, y es, gratuito. Esto puede generar un choque cultural importante que conduzca a la mujer a experimentar graves conflictos internos de identidad y de identificación con su cultura. También pueden aflorar sentimientos de humillación, confusión, impotencia, sensación de traición de su familia y vergüenza (Jiménez-Ruiz, Almansa y Carpenito, 2017).

Tabla 2. Efectos Físicos Inmediatos y Posteriores a la MGF/C



Hay estudios que también refieren que las mujeres pueden tener una imagen distorsionada y negativa de sí mismas, padecer falta de confianza y sentir que están incompletas. El contacto con culturas que no la practican y la rechazan puede acentuar el sentimiento y actuar como desencadenante de su manifestación. Por ejemplo, en la investigación de que realizaron Vloeberghs *et al.* (2012) en Holanda con mujeres procedentes de Sudán, Etiopía, Eritrea, Somalia y Sierra Leona, se relatan varios casos en los que ellas hablan de la vergüenza que sienten en las

exploraciones ginecológicas, y también de lo invasivas que son y la falta de tacto con la que se realizan.

En definitiva, podemos decir que el secretismo que rodea a la mutilación genital femenina, el hecho de constituir un tabú entre los grupos que la practican, la dificultad de establecer conexiones entre su origen y sus manifestaciones ulteriores y la vergüenza que sienten las mujeres ante algunas de las secuelas, las condena, en muchos casos, a vivir en silencio y en soledad su drama. Esto incrementa el daño individual en una proporción difícil de valorar.

5. Concepciones que sustentan la mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina es una práctica ancestral que tiene unos orígenes remotos y difusos. Se ha mantenido viva a lo largo de decenas de siglos, está presente como práctica propia, o lo ha estado, en los cinco continentes, ha sido adoptada por culturas y pueblos de muy diversa índole, a pesar de que, desde nuestra óptica cultural, a la luz de todas las consecuencias expuestas, nos resulte incomprensible ¿Qué fuertes y complejas razones la han podido sustentar y, aun hoy, la mantienen?

Las distintas formas de referirse a ella apuntan a la connotación positiva con la que se intenta rodear en las distintas culturas que la alientan. Por ejemplo: *Khafd* es la denominación que se usa en Indonesia y significa reducción, *Tahara* y *bolokoli* son términos utilizados en Egipto y Mali respectivamente, que quieren decir purificación, *Amang senya* en mandinka o *bila koro* en bambara, significan *no estar limpia*, *sili-ji* en bambara denota limpieza, *sunna* en árabe, tradición o recomendación, y *ñyaaka*, en mandinga, iniciación femenina. Sin embargo, las palabras de las mujeres al referirse a ella, según recoge Fourcroy (1983) nos devuelve a la realidad: uno de los tres dolores femeninos junto con la noche de bodas y el parto. Una realidad de dolor y resignación.

En cuanto a las falsas creencias que la alientan se piensa que es en el clítoris donde reside un resto masculino en la mujer y que, si no se corta, podría crecer de forma desproporcionada hasta asemejarse al pene. Por eso, una mujer cortada es una persona completamente femenina. Se sostiene, además, que si crece, podría causar daños en el hombre durante las relaciones sexuales. Bajo la concepción de que los genitales femeninos son feos, impuros, sucios, e incluso, peligrosos, se considera que una mujer mutilada es más bella y, físicamente, más limpia porque, si no lo estuviera, podría desprender malos olores. En algunas sociedades no se permite a una mujer no mutilada manipular ni los alimentos, ni el agua (Amnistía Internacional, 1999). El concepto de limpieza se entiende también en un sentido moral, porque reduce los deseos sexuales de la mujer, lo que ayuda a mantenerla pura, virgen y casta, de ahí que sea requisito previo para

celebrar el matrimonio y se contemple como una medida para evitar la promiscuidad. En definitiva, la MGF/C contribuye a la diferenciación entre los sexos y a la construcción de la identidad sexual con papeles muy definidos para la mujer.

Hay varias creencias que justifican la mutilación en aras de mejorar la salud personal, la reproductiva y la de pareja. Además del peligro ya señalado para el hombre (posibles daños en su pene), se cree que la MGF aumenta la fertilidad, que el clítoris dificulta el parto, e incluso que pone en riesgo la salud del futuro bebé porque si toca su cabecita al nacer podría desarrollar alguna enfermedad mental y hasta provocar su muerte. Algunos pueblos piensan que, si no mutilasen a sus niñas, morirían. Cuando un pueblo tiene estas profundas convicciones ¿cómo no mutilar a las niñas, o a las mujeres, y exponerlas a cualquiera de estos riesgos?

Para muchas culturas, la mutilación genital forma parte del rito de paso de la infancia a la vida adulta. Por eso, está envuelta de una ceremonia llena de secretos, donde las niñas son separadas de la comunidad y mutiladas en la privacidad en espacios reservados para ello (en los llamados *beray* o *jujuba* para los mandingas). Permanecen aisladas durante el periodo de curación que puede durar de dos a ocho semanas, en el que los cuidados, la alimentación, la ropa, etc. tienen unas indicaciones muy pautadas y ritualizadas y, finalmente, se celebra una fiesta donde son presentadas ante la comunidad como nuevos miembros. En todo el proceso son tuteladas y guiadas espiritualmente, con enseñanzas morales y sociales, por una de las mujeres mayores del grupo, respetada y reconocida por todos, que puede ser la partera o la que practica la medicina tradicional, y a la que, incluso, se le atribuyen poderes sobrenaturales. En este periodo las niñas aprenden sus derechos y obligaciones como miembros de la comunidad y las normas de relación con otros grupos étnicos (Kaplan, 2003).

Los cantos y las danzas son expresiones que están presentes en toda la ceremonia como forma de transmisión de la tradición oral y gestual del colectivo, que incluyen contenidos que ridiculizan a las mujeres que no han sido mutiladas. Forman parte del conjunto de las enseñanzas identitarias, culturales, sociales y, muy importante, de género, pues se trata de un caso claro de socialización diferenciada para hombres y mujeres, que se transfieren a la siguiente generación y donde, además, la marca física de la mutilación constituye un signo imborrable de pertenencia al grupo que acompañara a la mujer toda la vida (Kaplan, 2003).

Ellen Gruenbaum (2001) tras investigar la MGF/C en Sudán entre 1974 y 1992, cuenta la curiosa historia acaecida entre los zabarnas y sus vecinos los kenanas, un grupo étnico musulmán al que los zabarnas consideraban superior por su identidad árabe. Los primeros practicaban la infibulación, los segundos, la clitoridectomía y por ello recibían las burlas de los kenanas al entender que sus mujeres no estaban mutiladas. Con el tiempo los zabarnas comenzaron a practicar la infibulación y, además, ayudados por parteras kenanas. Esto nos puede

ayudar a reflexionar sobre cómo la MGF/C puede ser un elemento determinante en la construcción de la identidad, y lo difícil que resulta el trabajo de erradicación cuando juegan un papel clave a la hora de explicar, o justificar, lo excepcional, aquello que distingue a unos frente a otros y que los hace mejores.

Como rito de paso, no tiene por qué coincidir con la pubertad física, en muchas ocasiones se practica antes de los 7 u 8 años de edad. Se trata más bien de una pubertad social. Es una práctica necesaria para que una niña pueda ser considerada una mujer, ser aceptada por la comunidad y conseguir mayor cuota de participación en la comunidad, que será aún mayor cuando contraiga matrimonio. Una niña, o una mujer no mutilada, no puede participar de la vida del adulto, suele ser ridiculizada por las otras mujeres, despreciada e incluso marginada por la comunidad y rechazada para el matrimonio algo imprescindible en su integración social y para su supervivencia: su valor solo radica en ser esposa y reproductora.

En relación al matrimonio, cuando una mujer de una comunidad no practicante va a casarse con un hombre de un grupo que sí lo es, éste puede exigir que sea mutilada como requisito imprescindible para celebrar la boda. En cuanto a la dote, será mayor si la mujer ya ha sido cortada que si no lo está. Todo esto añade presión y ante un cuestionamiento personal o de la propia familia hacia la mutilación, se acaba optando por cortar a la niña antes que traicionar a su comunidad, arriesgarse al aislamiento de la hija y de toda la familia y enfrentar la posibilidad de que la hija no llegue nunca a casarse.

La presión social tiene más fuerza que la propia voluntad, si una niña se enfrenta a ser mutilada, las consecuencias no solo las pagará ella, sino que será una vergüenza para toda la familia. Con todo esto vemos que los aspectos sociales, culturales y económicos están perfectamente imbricados y pueden determinar la inclusión y pertenencia al grupo y la comunidad o una traición a los mismos.

El que la MGF/C haya pervivido durante siglos y milenios, tiene que ver también con la actualización de las argumentaciones que la sostienen y la contraargumentación al trabajo de sensibilización encaminado a su erradicación. Según Castañeda (2003) en Egipto se asocia la mutilación con las drogas, una mujer cortada tendría menos riesgos de consumo. En otro caso, Sequi, Touray y Piniella (2013) recogen que, para justificar el hecho de que en Occidente no se practique, una autoridad religiosa etíope aducía que en los climas fríos se despiertan menos deseos sexuales.

Existe una creencia extendida de que la mutilación genital femenina está relacionada con el islam. Sin embargo, como hemos visto, su origen es anterior al nacimiento de las grandes religiones monoteístas que hoy dominan en nuestras sociedades. Es cierto que la practican parte de los musulmanes, pero no todos. Por ejemplo, los Shāfi'ī la consideran inexcusable, y dentro de los chiitas, solo los ismaelitas musta'ali la tienen en su tradición. Pero también está documentada

entre los cristianos coptos, aunque su iglesia la haya prohibido y entre los judíos falashas.

La confusión y el convencimiento de que es un precepto del Corán, donde no se menciona, puede venir porque aparece en algunas versiones, de dudosa autenticidad, de uno o varios hadiz, una serie de relatos transmitidos oralmente, que recogen los dichos y los hechos del profeta y donde hace recomendaciones, mandatos y prohibiciones. En uno de los hadiz Mahoma se dirige a Um Attiyah, una circundadora, a quien le exige moderación en la práctica y que solo extirpe el prepucio del clítoris (Casado, 2002).

Las dudas que pudiera haber sobre si es preceptiva o no para los musulmanes quedan disipadas en la Declaración de Rabat (2005), donde tras reunirse políticos y líderes religiosos en la Primera Conferencia Islámica, se decide condenar la práctica y se llama a todos los Estados musulmanes a tomar medidas decididas para eliminar cualquier forma de discriminación contra las niñas, como la elaboración de leyes y planes de protección. A esto se suma que en 2006, el Consejo Supremo de Investigación Islámica de la Universidad de al-Azhar en El Cairo, un foco de irradiación del pensamiento sunita, declaró que no podía considerarse un procedimiento recomendado por el Islam.

El hecho de que los judíos falashas originarios de Etiopía y los cristianos coptos, iglesia fundada en Egipto en el siglo I, también practiquen la MGF/C, nos puede hacer pensar que la mutilación ya se practicaba en estas zonas, seguramente por influencia del Antiguo Egipto, y se incorporó a las dos tradiciones religiosas, la cristiana y la judía, y después a la islámica (Castañeda, 2013) buscando legitimación a través de los cultos monoteístas. Lo que sí está presente en las tres religiones es la idea de impureza de la mujer y su necesidad de limpieza espiritual y de purificación, además del interés de controlar su sexualidad, de fomentar la imagen de la mujer como reproductora y de mantenerla subordinada. Todos ellos elementos presentes en las justificaciones de la mutilación genital femenina.

6. Conclusiones

La mutilación genital femenina es un claro reflejo de la desigualdad entre hombres y mujeres y un claro ejemplo de discriminación con graves consecuencias físicas, psíquicas y sociales. Constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres, de los derechos de las niñas porque mayoritariamente se practica a menores, de los derechos de salud sexual y reproductiva, e incluso del derecho a la vida. Es una práctica ancestral mantenida a base de justificaciones sociales, religiosas y sanitarias a lo largo de los siglos, invisibilizada por incumbir al ámbito de lo privado e infravalorada por afectar a las mujeres. Todo ello, por un lado, ha retrasado su calificación como violación de los derechos humanos, la

investigación sobre su alcance y el trabajo para erradicarla. Por otro, ha permitido que la mutilación juegue un papel fundamental en el control de la sexualidad de la mujer y en el ejercicio de su libertad en general.

Ante el cuadro de complicaciones físicas, psíquicas y sociales hemos de reflexionar acerca del sobreesfuerzo que las mujeres han de emplear en su vida cotidiana para mantener el nivel de actividad necesario para cumplir con sus responsabilidades y exigencias personales, familiares y comunitarias. No se trata de un simple corte. Implica, en mayor o en menor medida, un cambio en la vida de las niñas y de las mujeres que sufren la mutilación que han de aprender a convivir con sus consecuencias biopsicosociales. Las palabras que según Fourcroy (1983) utilizan las mujeres para referirse a la infibulación «*uno de los tres dolores femeninos, junto a la noche de bodas y el parto*» (es decir, cuando se practica y las veces que se reabre), nos remite a una realidad de resignación, de algo ineludible y propio de la mujer.

Trabajar en la erradicación de la mutilación genital femenina es una tarea compleja que requiere un enfoque amplio basado en la perspectiva de los derechos humanos, en la de género y en la intercultural. No basta la prohibición, aunque sea necesaria. Su abolición requiere una transformación social, cultural y religiosa, por lo que fundamentalmente precisa de programas educativos con hombres y mujeres que aborden las argumentaciones que justifican la práctica y analicen sus consecuencias y los profundos mecanismos de poder y de opresión sobre los que funciona.

Es cierto que van cambiando las actitudes hacia la MGF/C, pero las acciones de sensibilización y concienciación tienen que recaer sobre la familia y la comunidad porque es muy difícil resistirse individualmente a una tradición tan fuerte y con tantas implicaciones sociales que con frecuencia condenan a la mujer que se opone a ella al aislamiento y a la marginación, en un marco en el que su subsistencia está estrechamente vinculada a los lazos familiares y comunitarios.

Referencias bibliográficas

- ACNUR (1990). Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño. <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2010/8025.pdf?view=1>
- Amnistía Internacional (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Madrid: Amnistía Internacional-EDAI
- Anantnarayan, L., Diler, S. y Menon, N. (2018). *The Clitoral Hood A Contested Site. Khafd or Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in India*. Consultado (3/3/18) en http://wespeakout.org/site/assets/files/1439/fgmc_study_results_jan_2018.pdf
- Assaad, M. B. (1980). Female circumcision in Egypt: Social implications, current research and prospects for change. *Studies in Family Planning*, 11(1), 3-16.

- Bagley, A. M. (2016). *Roman Children in the Early Empire: A Distinct Epidemiological and Therapeutic Category?* Thesis University of Birmingham August.
- Behrendt, A. y Moritz, S. (2005). Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. *American Journal of Psychiatry*, n.º 162, pp. 1000-1002.
- Berg R.C. Denison E, Fretheim A. (2010). *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten,
- Brown, I.B. (1886). *On the curability of certain forms of insanity, epilepsy, catalepsy, and hysteria in females*. London: Hardwicke.
- CASADO, V. (2002). La mutilación genital femenina como forma de violación de los derechos humanos. En A. García y E. Lombardo (Coord.) *Género y Derechos Humanos* Zaragoza: Mira Editores.
- Castañeda, J. C. (2003). Fronteras del placer, fronteras de la culpa. A propósito de la mutilación femenina en Egipto. México: El Colegio de México, Centro de Estudios de Asia y África.
- (2013). Fronteras del placer, fronteras de la culpa... Nuevas reflexiones sobre el problema de los orígenes de la mutilación femenina en Egipto. Asociación Latinoamericana de Estudios de Asia y África. XIII Congreso Internacional de ALADAA.
- CEDAW (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Consultado en (8/11/18) <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Cutner, L. (1985). Female genital mutilation. En *Obstetrical & Gynecological Survey*, 40(7), pp. 437-443.
- Declaración de Rabat (2005). Consultado en (7/05/17) <http://www.isesco.org.ma/Children/DeclarationEng.pdf>
- Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer. A/RES/48, de 23 de febrero de 1994.
- Dirie, M.A. y Lindmark, G. (1992). The risk of medical complications after female circumcision. En *East African Medical Journal*, Vol. 69, n.º 9, pp. 479-482.
- Faioli, R., Franco, G. y Morrone, A. (2015). Female genital mutilatio/cutting. En *Atlas of Vulvar dermatosis and dermatitis*. Roma: CIC.
- Fourcroy, J.L (1983). L'Eternasl couteau: Review of female circumcision. En *Urology*, vol. 22 n.º, 4, pp. 458-461.
- Gruenbaum, E. (2001). *The female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Ismail, A., De Dios, B. y Gascón, M. (2015). *Prevención y erradicación de la mutilación genital femenina. Manual para la intervención social con un enfoque intercultural y de género*. Madrid: Acción en Red y Save a Girl, Save a Generation.
- Jiménez-Ruiz, I., Almansa, P. y Carpenito, L. (2017) Propuesta de diagnóstico de Síndrome Post Mutilación Genital Femenina. *Enfermería Global*, vol. 16, n.º, 45.
- Kaplan, A. (2003). Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. En *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, n.º 4, pp. 23-30.
- Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K y Castany, M.J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*, n.º 19, pp. 189-217.
- Kaplan, A. (2017) En A. Kaplan, y Nuño, Guía Intersectorial de formación académica sobre mutilación genital femenina. Madrid: Dykinson.

- Kaplan, A; Hechavarría, S; Martín, M y Bonhiure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8(26).
- Knight, M. (2001). Curing Cut or Ritual Mutilation?: Some Remarks on the Practise of Female and Male Circumcision in Graeco-Roman Egypt. En *The University of Chicago Press*, 92 (2), pp. 317-338.
- Kuunnskapssenteret (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Luján, Y y Betancourt, P. R. (2014). Mutilación genital femenina y sus complicaciones a largo plazo. En *Humanidades médicas*, vol. 4, n.º 3, pp. 602-614.
- OMS (1979). *Seminar on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254379/em_mch_137_ement_91_em_sem_tr_pr_aff_hth_wm_44_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (2008). Eliminating female genital mutilation: An interagency statement, http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/eliminating_fgm.pdf
- (2018). Clasificación de la mutilación genital femenina. Consultado (21/2/18) en <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/es/>
- ONU (1993). Conferencia Mundial de Derechos Humanos. En <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>
- Rahman I., Shuib, R., y Othman, M. (1999). The Practice of Female Circumcision among Muslims in Kelantan, Malaysia. *Reproductive Health Matters*, 7(13), 137-144. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3775716>
- Rushwan, H. (2013). Female genital mutilation: a tragedy for women's reproductive health. En *African Journal of Urology*, 19 pp. 130-133.
- Sequi, A., Touray I. y Piniella, Z. (2013). *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo*. O'Dam ONGD y La Estafeta Ediciones.
- Sheehan, E. (1981). Victorian clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his harmless operative procedure. En *Med Anthropol News*; Aug; 12(4), pp. 9-15.
- Thomas, K. (1987). *The Circumcision of Women. A Strategy for Eradication*. London: Zed Books.
- UNAF (2015). *Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención*. Madrid: UNAF-Unión Nacional de Asociaciones Familiares.
- UNICEF (2016). Female Genital Mutialcion/Cutting: A Global Concern. Consultado (1/03/2018) en: http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/04/FG-MC-2016-brochure_250.pdf
- Vloeberghs, E., Anke van der Kwaak, Jeroen Knipscheer y Maria van den Muijsenbergh (2012) Coping and chronic psychosocialconsequences of female genitalmutilation in the Netherlands. En *Ethnicity & Health*, 17 (6), pp. 677-695. Consultado (16/03/18) en: https://www.researchgate.net/publication/236086010_Coping_and_chronic_psychosocial_consequences_of_female_genital_mutilation_in_The_Netherlands.

II.

Mutilación genital femenina, una realidad en la Unión Europea y en España

ESTHER PORTAL MARTÍNEZ y ENRIQUE ARIAS FERNÁNDEZ

Universidad de Castilla-La Mancha

1. Introducción

La mutilación genital femenina es una práctica ancestral que pervive en las tradiciones socioculturales de algunas comunidades radicadas fundamentalmente en África y en Asia, cuyo alcance real se desconoce. En los últimos años, los organismos internacionales y muchos gobiernos a escala nacional, están intensificando los esfuerzos por determinar su impacto tanto en los países donde se sigue practicando, como en aquellos que son receptores de migrantes procedentes de lugares donde persiste esta realidad. Es fundamental conocer la magnitud de la práctica para visibilizar el problema: lo que no se conoce, no existe, al menos, en nuestro imaginario.

Últimamente se ha incrementado la investigación para sacar a la luz la incidencia de la mutilación y los argumentos que la sostienen, a fin de establecer líneas de actuación que palien las consecuencias entre las mujeres que ya la han sufrido y eviten que otras puedan sufrirla.

Aunque cada vez se suman más países a su prohibición y son más las comunidades practicantes que la rechazan y la abandonan, los últimos sondeos de UNICEF (2016) indican que el número de mujeres y niñas que han sufrido algún tipo de mutilación ha crecido exponencialmente. Esto se explica como consecuencia del aumento de la natalidad en aquellos lugares en los que se sigue practicando, lo que ha supuesto el incremento de población en riesgo y la lógica alarma sobre sus perspectivas de erradicación a corto y medio plazo.

Como se ha expuesto en el primer capítulo, la mutilación genital femenina es una realidad presente en los cinco continentes, bien por su arraigo en las tradiciones de determinados grupos étnicos en numerosos países, bien como consecuencia del auge de los movimientos migratorios en las últimas décadas, lo que la ha convertido en un fenómeno de alcance global. En este trabajo haremos un

análisis y una descripción demográfica de su presencia en la Unión Europea y, con mayor detenimiento en España, de la población originaria de países donde aún tiene arraigo esta tradición.

2. La mutilación genital femenina en el contexto global

Actualmente, la mutilación genital femenina (MGF/C) como práctica propia está documentada en multitud de países de África, de Asia y, con cierta precaución, pues faltan datos al respecto, entre algunas comunidades de América en la cuenca amazónica (Sequi, Touray y Piniella, 2013). Los esfuerzos para erradicarla no son nuevos. En Kenia su prohibición se remonta a 1911, a pesar de ello en 1998 la prevalencia era del 38% y en 2016 del 21% (UNICEF, 2016). En Sudán se prohibió en 1941. En Egipto, en 1996, tanto dentro del sistema de salud, donde se practicaba la llamada mutilación medicalizada en un intento de reducir los daños, como fuera. En Burkina Faso, en 1996, se establecen penas de cárcel no solo para quien la ejecuta, sino también, para sus cómplices en el entorno familiar y comunitario, pese a lo cual la persistencia es del 76%. En Guinea está prohibida por la Constitución desde el 2003 (Ismail, De Dios y Gascón, 2015). Sin embargo, actualmente la persistencia de esta tradición en Sudán y en Egipto es de un 87%, en Guinea del 97% (UNICEF, 2016).

Los organismos internacionales también se han sumado a los esfuerzos para su erradicación. La ONU, en 1993, pidió por primera vez a los Estados que adoptaran medidas eficaces para su eliminación. En 2012, tal vez consciente del escaso progreso registrado en las dos décadas precedentes, demandó intensificar los esfuerzos y en 2015 incluyó, como uno de Objetivos de Desarrollo Sostenible su definitiva erradicación para 2030. A su vez, en Maputo, en 2003, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos establece compromisos para la eliminación de la mutilación en Malabo en 2011, la Unión Africana prohíbe la MGF/C y en 2016 el Parlamento Panafricano y el Fondo de Población de las Naciones Unidas firman un acuerdo de prohibición de la práctica en todos los países miembros.

Sin embargo, la firmeza en las directrices que han conducido a que hoy haya una agenda global para su desaparición, no siempre ha resultado tan categórica, pues en un inicio se interpretó que la MGF/C era una cuestión cultural y, por tanto, había que abordarla desde el respeto a las tradiciones y que, de la misma forma que otras violencias contra la mujer, pertenecía al ámbito privado en el que las instituciones no debían inmiscuirse. Esta visión, se ha unido desafortunadamente, a que el ejercicio de la prohibición en países como Kenia o Sudán colisionaba con los intereses de los explotadores coloniales por mantener sus cotas de producción sobre la base de la mano de obra intensiva, sin que interfirieran *problemas domésticos* en el trabajo como posibles embarazos

de las mujeres no mutiladas (Thomas, 1987). El resultado a escala global, por un lado, ha sido el retraso en la investigación sobre su incidencia real entre las comunidades que lo practican, sobre sus consecuencias y sobre el diseño de las estrategias para lograr su supresión más allá de la prohibición. Por otro, ha dejado a quienes se han opuesto a ella, en muchos casos mujeres, solas frente a la presión social y expuestas a unas cifras dramáticas de prevalencia: según los últimos datos de UNICEF (2016) se estima que 200 millones de mujeres han sufrido algún tipo de mutilación y que, de ellas, 44 millones son niñas menores de 14 años.

Si comparamos estos datos con los ofrecidos en informes anteriores vemos que ha habido un crecimiento dramático de las estimaciones de las niñas y mujeres afectadas. En 2006 las cifras de UNICEF (2007) señalaban que 70 millones de niñas y mujeres entre 15 y 49 años habían sido mutiladas en 27 países de África y Oriente Medio y apuntaba ya entonces a un descenso en la prevalencia con respecto a estudios anteriores. Este mismo organismo, en 2013, daba cifras nada alentadoras: la estimación de mujeres y niñas que habían sufrido la práctica ascendía ya a 125 millones y otros 30 estaban en riesgo de sufrirla. Además, se ampliaba el número de países a 29 (UNICEF, 2013). Hoy, el último informe de la ONU (2016) aumenta la cifra hasta los 200 millones e incluye 30 países.

La explicación a este aumento exponencial es múltiple. Por un lado, gracias al trabajo de investigación han salido a la luz más casos de MGF/C y se ha podido ampliar el área geográfica de influencia. Por otro, aunque en términos globales ha bajado la prevalencia de la mutilación en las últimas décadas, se ha producido un aumento de la natalidad en los lugares en que se practica por lo que se ha incrementado el número de niñas afectadas y de las que están en riesgo.

Desde el año 1985 hasta 2015 el descenso de la persistencia de la mutilación entre las mujeres y las niñas de 15 a 19 años, ha pasado del 51% al 37%, aunque esta caída no se produce de forma uniforme en todos los países, y allí donde ha decrecido no lo ha hecho por igual. En un análisis comparativo más detallado, vemos que en lugares como Egipto la prevalencia para esta misma cohorte ha descendido en un 27% en las décadas referidas (del 97% en 1985 al 70% en 2015), un 31% en Burkina Faso (del 89% en 1980 al 58% en 2010), o un 41% en Liberia (del 72% en 1983 al 31% en 2013). Y aún es más significativo el descenso de la prevalencia entre las niñas menores de 14 años: 14% en Egipto y 13% en Burkina Faso. Sin embargo, la prevalencia en 2015 en estos mismos países para el caso de las mujeres mayores, entre los 15 años y los 49 es el 87% en Egipto y el 76% en Burkina Faso.

La perspectiva general para un futuro cercano que se refleja en el informe de UNICEF (2016) es que, a pesar de la caída de la prevalencia de esta práctica perjudicial y del mayor rechazo por parte de hombres y de mujeres, asistiremos en los próximos años a un preocupante aumento de la incidencia de la MGF/C.

3. Situación general de la MGF en Europa: metodología del estudio y análisis estadístico

Es difícil de estimar cuánta población originaria de países con prevalencia de MGF/C se encuentran residiendo en alguno de los 28 Estados miembros de la Unión Europea, pues a las cifras oficiales habría que sumar la inmigración irregular y ésta es muy difícil de contabilizar. De acuerdo con los datos registrados por el reciente informe de la Agencia Europea de Control de Fronteras (Frontex, 2018) en 2017 se registraron 204.700 personas que accedieron de forma irregular por alguno de los límites del territorio de la Unión Europea y aunque es la cantidad más baja desde que en 2004 se creara este registro, da cuenta de la complejidad que supone realizar un mapa de la MGF/C en la UE o en cualquiera de sus Estados.

3.1. Metodología

Para conocer el alcance de la MGF/C en Europa hemos utilizado como fuente la Oficina Europea de Estadística, Eurostat, de donde se han recopilado y analizado los datos disponibles, en febrero de 2018, para el periodo que va de 2013 a 2017. Los criterios que se han seguido para estimar la población procedente de lugares donde se practica la MGF/C y la forma en que se distribuye entre los actuales 28 Estados miembro, son los siguientes:

- Población general registrada en Europa, en 2017, con nacionalidad de alguno de 30 países en los que, de acuerdo con la ONU, prevalece la mutilación genital femenina, son: Benín, Burkina Faso, Camerún, República Centro Africana, El Chad, Costa de Marfil, Yibuti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Indonesia, Irak, Kenia, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tanzania, Togo, Uganda y Yemen.
- Desagregación de los datos de población por sexos.
- Desagregación de los datos de la población por edad, en concreto niñas de 0 a 15 años.
- Evolución demográfica de la población objeto de investigación para el intervalo 2013-2017.
- Distribución del conjunto de la población estudiada por país de residencia dentro de la Unión Europea.

Sabemos que la práctica de la MGF/C no depende del país de origen o de la nacionalidad de las personas, sino de su pertenencia, o no, a determinados pueblos que la practican. Por tanto, va más allá de las fronteras políticas hoy establecidas.

Dentro de un mismo país hay comunidades que mantienen la MGF/C como tradición y otros no. Sin embargo, ésta no es una información habitual en los registros oficiales y no está disponible en fuentes nacionales ni en Eurostat, donde lo que se reconoce y se computa es la nacionalidad de la persona o el país de nacimiento.

En la Unión Europea no hay registros oficiales de mujeres que hayan sido sometidas a algún tipo de mutilación, por lo que no podemos conocer el impacto real de esta práctica. Tampoco existen en Europa indicadores para saber qué proporción de ellas la podrían haber sufrido. Por ello, hemos utilizado el índice de prevalencia de UNICEF (2016) y dimensionar así, la potencial influencia de la MGF/C sobre el total de la población. Sabemos que este índice solo tiene plena validez cuando se aplica directamente en los países en los que se practica, pero nos interesa estimar de algún modo el grado de exposición que estas personas han podido tener a la *tradición* de la MGF/C. En este sentido, en el estudio hemos aplicado este índice tanto a mujeres como a hombres por varias razones:

- Como ya se ha expuesto en el primer capítulo, la MGF/C es una práctica que sufren las mujeres pero en cuyo mantenimiento los hombres y los intereses patriarcales juegan un papel clave. Por tanto, hemos de hablar de una tradición donde los hombres están implicados, debido a su gran poder de decisión y de presión, por lo que cualquier trabajo de erradicación debe necesariamente involucrarles.
- Los hombres también sufren las consecuencias en la medida de que éstas afectan a las relaciones familiares y a las de pareja.
- Hay estudios que hablan de la influencia que los hombres que han migrado mantienen en sus comunidades de origen: cada vez en mayor medida abogan, e incluso exigen, que no se mutile a las niñas y manifiestan su voluntad de casarse con mujeres no mutiladas, toda vez que han tomado conciencia de que la mutilación no solo es perjudicial, sino que interfiere en la calidad de las relaciones sexuales.

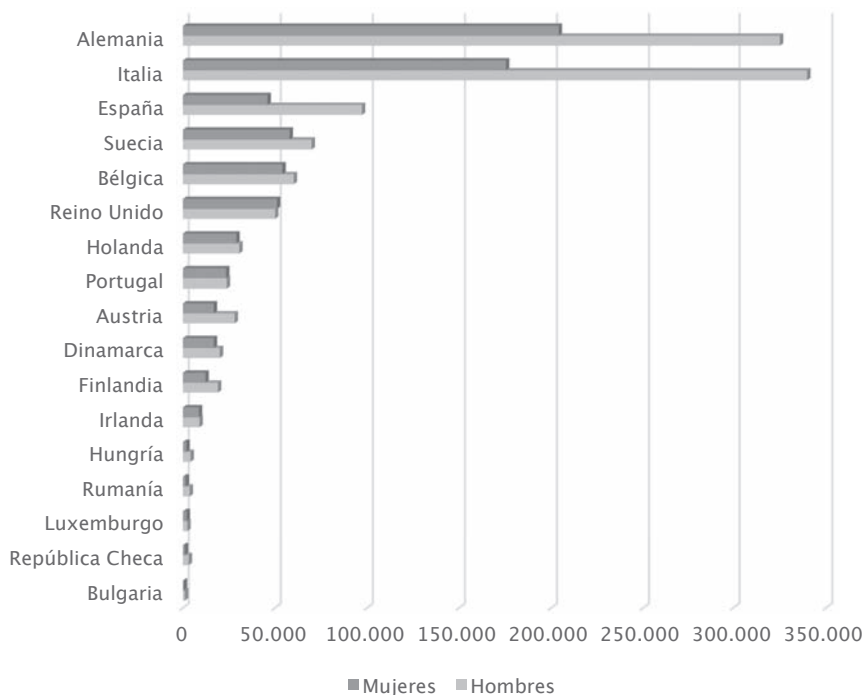
3.2. Análisis de datos en la unión Europea

Según los datos disponibles en Eurostat (2018) la población total que vivía en alguno de los 28 Estados miembros de la Unión, en 2017, con alguna de las nacionalidades donde persiste la práctica de la MGF/C incluidas en esta investigación, ascendía a un total de 1.791.722 personas. De ellas, 703.068 son mujeres, una cifra que representa un poco más del 39%, por lo que podemos decir que se trata de una inmigración masculinizada. Sin embargo, esta cantidad es necesariamente superior pues hay países (Francia, Grecia, Chipre, Malta, Polonia y Croacia) que, en el momento en que se cierra la consulta para realizar este estudio, no tienen esta información disponible en la fuente consultada. Si hubiese acceso a

las cifras de Francia, por ejemplo, creemos que habría un aumento significativo de la población objeto de investigación, dado que en el último censo del Eurostat correspondiente al año 2011, sumaban 311.747 personas, de las que 166.303 eran mujeres. En menor medida, Grecia acogía a una población de 20.346, de ellas 14.252 eran mujeres. Hoy posiblemente este número sería mayor en el territorio griego dada la presión migratoria que soporta en este momento.

Al utilizar el criterio de búsqueda por nacionalidad y no por país de nacimiento, no se contabilizan a las personas que son originarias de alguno de los países con prevalencia que hayan adquirido la nacionalidad del país de residencia actual de la Unión Europea, o de un tercero en el que hayan estado en tránsito, lo que también podría aumentar las cifras encontradas. Utilizar los dos criterios de búsqueda al mismo tiempo daría lugar a cierta duplicidad en los datos que hemos preferido evitar.

Figura 1: Distribución de la población originaria de los países donde persiste la práctica de la MGF/C en los distintos Estados de la UE¹



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos extraídos del Eurostat (2018).*

¹ Se han eliminado del gráfico tanto los países que no tienen datos (Francia, Croacia, Grecia, Chipre, Malta y Polonia) como aquellos que reflejaban menos de 1.000 inmigrantes (Lituania, Eslovenia, Letonia, Estonia y Eslovaquia).

Los Estados que más población acogen originaria de alguno de los 30 países con prevalencia analizados son: Alemania con 529.055 (de ellas 204.126 son mujeres), Italia con 515.054 (175.451 mujeres), seguidos a una significativa distancia de España con 143.190 (45.951 mujeres), Suecia con 127.849 (57.947 mujeres), Bélgica tiene 114.252 (54.053 mujeres), y Reino Unido con 101.168. Cuando más adelante analicemos la situación de España utilizando el Instituto Nacional de Estadística, donde tenemos un acceso más pormenorizado a los datos, veremos que estas cifras son claramente superiores. También en el caso de Reino Unido es posible que utilizando fuentes nacionales los datos sean mayores, pues los 101.168 representan personas con nacionalidad nigeriana y no hay información con respecto al resto de países.

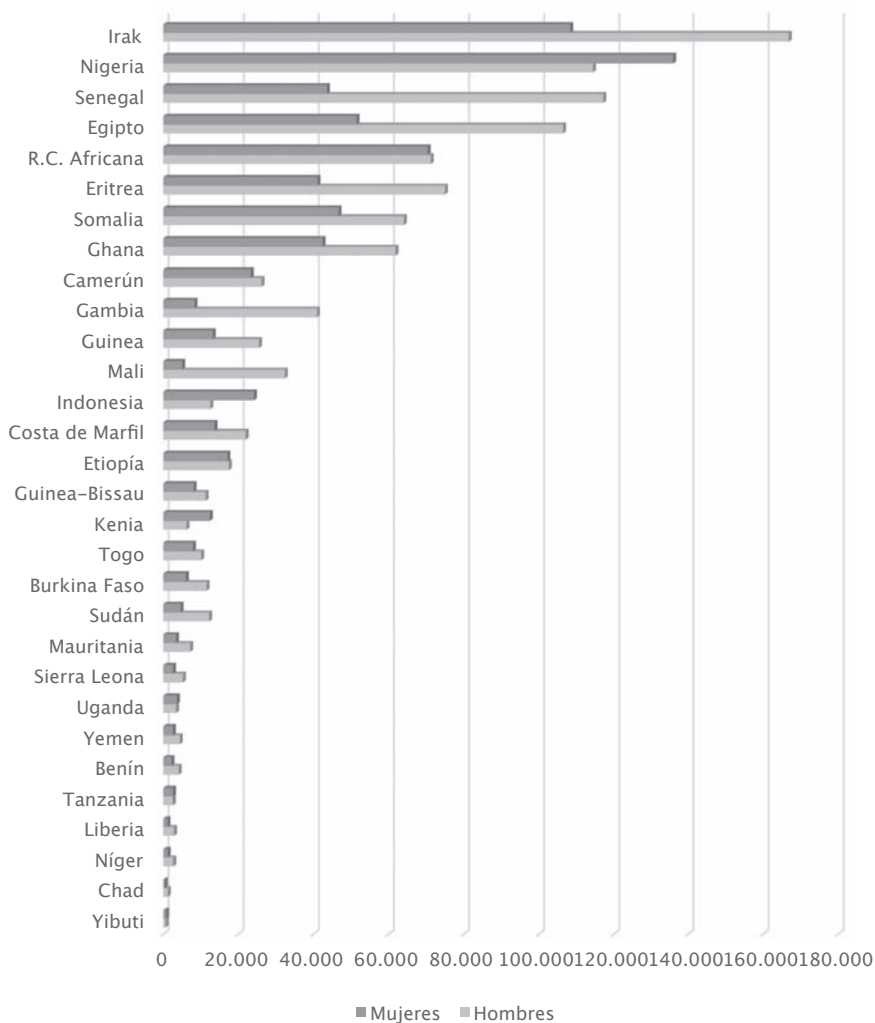
Con los datos disponibles, solo entre Alemania e Italia acumulan el 58% de la población analizada, y junto a España, Suecia, Bélgica y Reino Unido, todos por encima de los 100.000 inmigrantes de las nacionalidades de interés, suman entre hombres y mujeres, un total de 1.530.568, lo que representa algo más del 85% del cómputo.

En Alemania, destaca la inmigración procedente de Irak que asciende a casi 185.000 personas, seguida de Eritrea (51.484), Somalia (29.043), Egipto (24.561) y Etiopía (15.129). En Italia prevalece la originaria de Egipto, que suma 112.765, Senegal (101.207), Nigeria (88.533) y Costa de Marfil (26.159). En España hay que subrayar la presencia de senegaleses con 48.275 y nigerianos con 32.860, en Suecia los somalíes suman 41.335 y los eritreos 32.099, y en Bélgica las comunidades más abundantes son la centroafricana 38.932 y la iraquí 15.450. El caso de Reino Unido es peculiar porque solo aporta datos de inmigración nigeriana con 101.168, entendemos que tendrá presencia de otros países, pero no hay constancia de esos datos en Eurostat utilizando los mismos criterios de búsqueda que para el resto de países de la UE. Es interesante ver cómo la emigración sigue patrones comunes: las personas procedentes de la misma comunidad tienden a elegir los mismos lugares de destino, seguramente siguiendo la red familiar o social, o por los lazos creados con el país colonizador.

Los países con mayor presencia en la UE son Nigeria con 300.431 ciudadanos, Irak con 275.102, Senegal con 160.642, Egipto con 157.833 y la República Centro Africana con 141.544. Salvo el caso de Indonesia donde hay significativamente más mujeres que hombres (casi lo duplica, 24.098 mujeres y 12.498 hombres) o el de Kenia (12.375 mujeres frente a 6.180), en la mayoría de los países domina la presencia masculina. En el otro extremo, llama la atención el caso de Mali donde las mujeres representan menos de un sexto de la población, y el de Gambia en que apenas llegan a un quinto. Como ya hemos indicado nos interesa conocer tanto el número de hombres como el de mujeres porque si queremos erradicar la MGF/C es necesario trabajar con unos y con otros en el cambio de concepciones que las sustentan debido, fundamentalmente, al poder y la capacidad que mantienen los hombres en todos los ámbitos de la estructura social,

desde la clase dirigente, hasta en las comunidades y, desde luego, en el seno de las propias familias.

Figura 2: Población originaria de los 30 países donde se practica la MGF/C residente en la UE-28

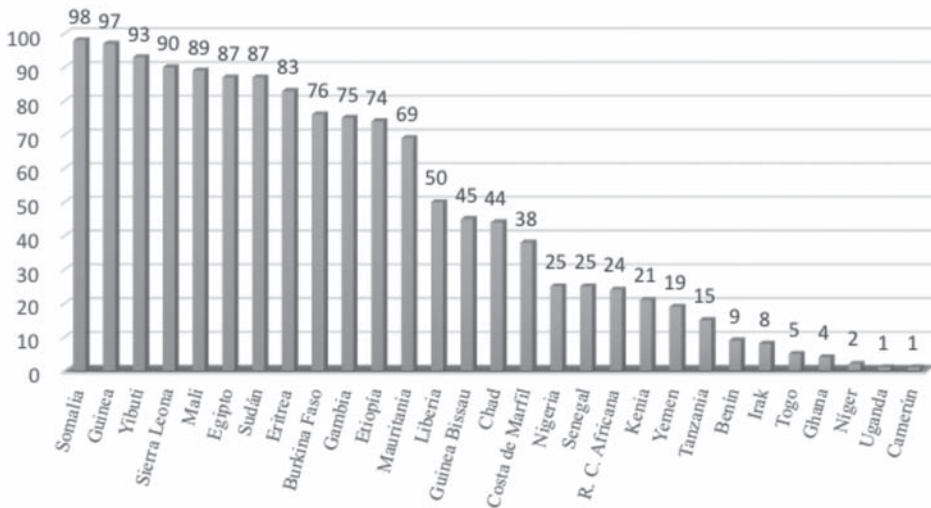


Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Eurostat (2018)*

Otra cuestión interesante que nos permite conocer el impacto de la MGF es analizar el origen de la población, pues como ya se ha indicado, la persistencia de la práctica depende del país. Por ejemplo, según el índice de prevalencia publicado por UNICEF (2016), y que tomamos como referencia, en Somalia es del

98% para niñas y mujeres entre 15 y 49 años de edad, en Guinea del 97%, Mali del 89%, o Egipto y Sudán del 87% por citar algunos. Esto quiere decir que una mujer somalí mayor de 15 años que haya llegado a Europa tiene una posibilidad del 98% de haber sufrido mutilación, si es maliense del 89%, y del 87% si es de Egipto o de Sudán.

Figura 3: Índice de prevalencia expresado en porcentajes para niñas y mujeres entre 15 y 49 años



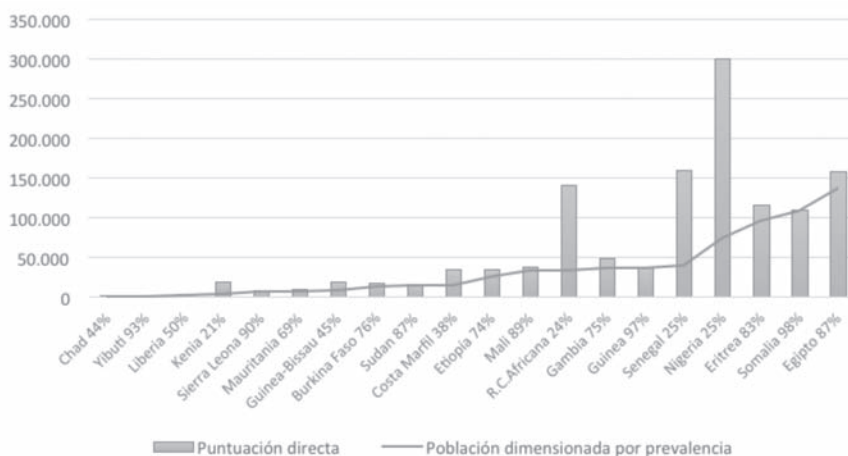
Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de UNICEF (2016)*

En la Unión Europea no hay registros oficiales de mujeres que hayan sufrido MGF/C por lo que no podemos conocer el número de afectadas ni hacer valoraciones precisas de las niñas en riesgo de padecerla. Tampoco hay estimaciones de prevalencia entre la población residente en la UE. Pero para hacer una valoración aproximada del grado de exposición a las concepciones que la justifican, ya sea en la familia nuclear o extensa, o a través de las relaciones comunitarias, hemos dimensionado el volumen total de la población de acuerdo al índice de prevalencia para mujeres de 15 a 49 años que maneja UNICEF (2016).

Para la elaboración del siguiente gráfico (figura 4) se han seleccionado los países que tienen una persistencia superior al 20% según el citado índice. No aparece Indonesia porque esta información no está recogida en el citado índice para la población entre los 15 y 49 años de edad. Se ha aplicado a hombres y mujeres, población total, porque entendemos que si una mujer está mutilada, o en peligro de serlo, detrás está la presión masculina, y lo que nos interesa es estimar la población que se encuentra en la esfera de esta *cultura*, o de las concepciones que apoyan esta práctica.

El diagrama de barras representa la población total registrada por cada una de las nacionalidades (puntuación directa). En la gráfica lineal aparece esta misma población dimensionada por el índice de prevalencia, esto es, se ha estimado el porcentaje dentro del total, que pueden estar expuesto a la tradición o a las concepciones que sustentan la práctica de la MGF/C.

Figura 4: Comparativa por países de procedencia entre el volumen total de población y dimensionada por índice de prevalencia



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat (2018)*

Si analizamos la evolución durante los últimos cinco años (ver tabla 1), vemos que se ha producido un aumento significativo de la población, en concreto en 2017 hay un 34% más de migración que en 2013, procedente de países donde la MGF/C es prevalente. La nacionalidad que más ha incrementado su presencia en territorio de la Unión es la iraquí que ha pasado de 161.402 personas en 2013 a 275.102 en 2017, seguida de la eritrea que contabilizaba 27.166 en 2013 a 115.974 en 2017, la nigeriana de 246.218 a 300.431 y la somalí de 68.436 a 110.664.

En la distribución por países, este incremento se aprecia sobre todo en Alemania que ha pasado de 248.753 en 2013, a 529.055 en 2017, lo que significa, un 113% más de población inmigrante de países con riesgo de practicar la MGF. Si analizamos la procedencia de esa inmigración durante los cinco años, se observa que la llegada de iraquíes ha supuesto la mayor afluencia con 109.643 personas más, seguida de la de eritreos con 44.197, somalíes con 22.850, nigerianos 24.842 y egipcios con 12.187. Tanto en Eritrea como en Somalia y en Egipto la prevalencia de la MGF/C es muy alta, y el tipo de mutilación que se practica suele ser el tipo III (en el caso de Egipto solo al sur del país), por lo que es necesario extremar las medidas encaminadas a la prevención y a la atención entre estos grupos de población.

Tabla 1: Evolución y distribución en el territorio de la UE de la población originaria de los 30 países con riesgo de MGF/C

	2013	2014	2015	2016	2017
Bélgica	94.417	96.243	100.170	112.782	114.252
Bulgaria	995	1.141	1.323	1.487	1.594
R. Checa	3.201	3.337	3.090	3.735	4.293
Dinamarca	34.837	36.053	36.174	39.228	36.799
Alemania	248.753	241.499	314.661	438.359	529.055
Estonia	108	151	275	461	640
Irlanda	0	0	0	0	17.737
España	195.627	178.746	170.384	146.780	143.190
Italia	379.682	442.328	459.654	483.072	515.054
Letonia	43	31	48	49	69
Lituania	0	103	112	60	97
Luxemburgo	0	0	0	4.090	4.446
Hungría	4.065	4.663	5.072	5.639	6.089
Holanda	40.254	41.250	44.351	50.671	59.690
Austria	23.611	25.146	27.843	41.485	44.925
Portugal	54.081	54.053	53.727	50.501	47.307
Rumanía	3.047	3.425	4.012	4.782	5.208
Eslovenia	220	260	298	326	358
Eslovaquia	476	431	454	492	650
Finlandia	24.800	25.590	26.904	27.785	31.252
Suecia	114.134	115.426	119.274	123.780	127.849
Reino Unido	109.356	110.087	95.561	107.768	101.168
TOTAL	1.331.707	1.379.963	1.463.387	1.643.332	1.791.722

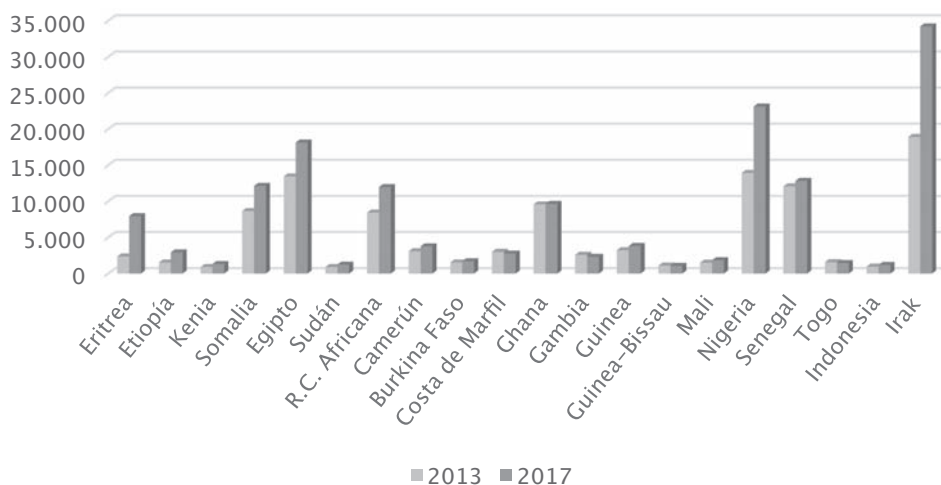
Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat (2018)*

En Italia pasan de 379.682 en 2013, a 515.054 en 2017 (un 36% más) con la llegada fundamentalmente de egipcios (36.074), de nigerianos (32.057) y senegaleses (20.882). En Austria, durante este periodo, casi se duplica la población procedente de los países con riesgo de persistencia de la práctica al pasar de 23.611 a 44.925 (un 90% más) principalmente por la inmigración iraquí (11.787) y por la somalí (4.056). Por último, destacamos Holanda que en 2013 presentaba una población de 40.254 y en 2017 sus cifras aumentan hasta 59.690 (una diferencia del 48%) por un incremento espectacular de migrantes eritreos que pasan de 300 a 15.358 en estos cinco años.

En cuanto al número de niñas en riesgo es también difícil de estimar. En 2017 en el territorio de la UE hay registradas 159.437 niñas menores de 15 años con alguna de las nacionalidades con prevalencia. Entendemos que el número es aún mayor, ya que según el lugar de nacimiento y la legislación que haya en los países donde residan han podido obtener otra nacionalidad distinta a las consideradas de riesgo y estar, sin embargo, expuestas culturalmente a la tradición y a las concepciones que sostienen la MGF/C por lazos familiares (familia nuclear y extensa) y comunitarios.

Las niñas iraquíes son las que tienen mayor representación con 34.201, seguidas de las menores nigerianas con 23.108, de las egipcias (18.128), de las somalíes (12.128), las centro africanas (11.959) y las eritreas (7.940). Estas seis nacionalidades representan el 64% (107.464) del total. Como es lógico, se concentran en los países donde estas nacionalidades tienen mayor peso que son: en Alemania las que proceden de Irak (25.275) y de Somalia (2.503), en Italia las niñas con orígenes familiares en Egipto (14.633) y en Nigeria (10.213), y en Suecia las que proceden de Somalia (5.434).

Figura 5: Comparativa de la presencia de niñas menores de 15 años nacionales de países donde se practica la MGF/C entre los años 2013 y 2017



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat (2018)*

También el número de niñas menores de 15 años, al igual que sucede en el conjunto de población, ha aumentado en la Unión Europea en el periodo que va desde 2013, donde la cifra era de 112.844, hasta llegar a las 159.437 en 2017 (en la figura 5 se ha hecho una comparativa de este periodo en la que se han excluido de la representación las nacionalidades con menos de 1.000 niñas). Este crecimiento se explica por el incremento de menores nigerianas (20.180), iraquíes

(16.289), eritreas (5.582), egipcias (4.686) y, por último, somalíes (3.487). Y de nuevo tenemos que muchas de ellas proceden de países que mantienen una muy alta prevalencia de MGF/C (Somalia, Eritrea y Egipto).

Es posible que a una parte de las niñas computadas en 2017, ya se les haya practicado algún tipo de mutilación en sus lugares de origen antes de emigrar, en alguno de los países en tránsito, o incluso, durante algún viaje que hayan podido hacer a sus países. Por ello, se ha de poner una especial atención en ellas para, en el caso de que no hayan sido mutiladas, intensificar el trabajo de prevención con sus familias y con sus comunidades de pertenencia. Y en el caso de que ya la hayan sufrido, ofrecerles cuanto antes la atención biopsicosocial que precisen para paliar sus consecuencias.

4. Situación general de la MGF en España

Durante las décadas de los años 70 y 80 del pasado siglo, la mejora económica en España, primero, y su incorporación a la entonces Comunidad Económica Europea, después, tienen importantes consecuencias demográficas. Por una parte, se detiene el movimiento migratorio que había sido intenso en las décadas anteriores y se produce un importante movimiento de retorno de muchos de los españoles que habían salido de forma masiva por distintas circunstancias. Por otra, se produce una llegada significativa y progresiva de inmigrantes. Así, España pasa de ser un país emisor de emigrantes a convertirse en receptor de migración. Este fenómeno se ha mantenido en aumento hasta que en 2008 se produce la crisis económica actual y se producen cambios en los flujos: la emigración de españoles, fundamentalmente de jóvenes en busca de mejores oportunidades, el retorno de muchos migrantes a sus lugares de origen o a terceros países y una reducción de la llegada de inmigrantes.

El peso relativo de la migración de los 30 países que estamos analizando sobre el total de la población extranjera en nuestro país no parece ser, a priori, tan alto. Sin embargo, las cifras globales han de matizarse porque es realmente difícil cuantificar el número exacto del conjunto de estos ciudadanos residentes en nuestro territorio dada la alta tasa de irregularidad. En 2017 según el informe del FRONTEX (2018) se duplicaron, con respecto a 2016, las llegadas a España por la ruta del Mediterráneo Occidental. En concreto se estima la afluencia de más de 23.000 personas. Es una cifra que se encuentra aún lejos de las que se registraban antes del año 2014, donde los inmigrantes que accedían por esta ruta, ya sea por mar o por las fronteras terrestres de Ceuta y Melilla, oscilaban, anualmente, entre los 72.000 a los 140.000. Sin embargo, sí nos sirve para intuir una tendencia alcista y una posible recuperación del flujo migratorio después del fuerte descenso producido por la crisis.

Los primeros casos de mujeres con mutilación genital que se detectan en España se remontan a los años noventa del pasado siglo. Es el personal médico,

fundamentalmente en ginecología y obstetricia, quienes se encuentran con esta realidad en sus consultas al realizar las exploraciones rutinarias a las mujeres. También consta de esta época alguna denuncia de casos de niñas a las que se les practicó la mutilación en Cataluña y en Baleares (Kaplan, Salas y Marcusán, 2015). Actualmente no existen registros oficiales de casos más allá de los realizados por profesionales de la salud, a iniciativa propia, para prestar la atención necesaria, llevar un seguimiento adecuado y trabajar en la prevención de la práctica en las menores (Portal, Fernández, Serrano y Calderón, 2017).

4.1. Metodología

Al igual que se ha hecho para el análisis y descripción demográfica de Europa, también se ha recopilado y estudiado la información disponible para España. En este caso, la fuente utilizada ha sido el Instituto Nacional de Estadística (INE) y se ha accedido a los datos del padrón continuo en el mes de febrero de 2018. Se han utilizado prácticamente los mismos criterios de búsqueda que en el Eurostat para la indagación de la parte de Europa:

- Personas residentes en España, registradas en el INE en 2017, con nacionalidad de alguno de los 30 países reconocidos por la ONU que mantienen tasas de prevalencia en mutilación genital femenina: Benín, Burkina Faso, Camerún, República Centro Africana, El Chad, Costa de Marfil, Yibuti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Indonesia, Irak, Kenia, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tanzania, Togo, Uganda y Yemen.
- Disgregación de la población por sexos.
- Criterio de edad, desagregando las niñas menores de 14 años
- Distribución geográfica de los residentes en las diferentes comunidades autónomas.
- Evolución demográfica de esta población para el intervalo 2013-2017.

La diferencia que se aprecia en España para el total de la población y la distribución por sexos entre Eurostat donde se reflejan 143.190 residentes y el INE, donde aparecen 205.188, para el mismo año y utilizando los mismos criterios de búsqueda, se deben a los requisitos propios de funcionamiento de cada fuente.

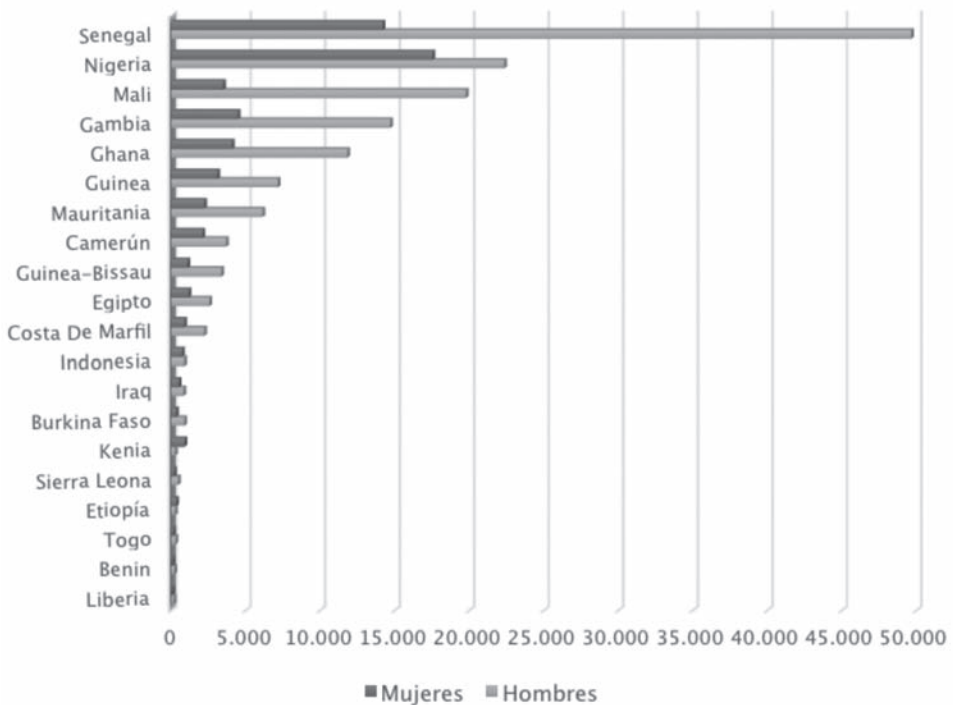
4.2. Análisis de datos y descripción de resultados

Al cierre de 2017, las personas que residían en España con alguna de las nacionalidades de los 30 países que mantienen la costumbre de la mu-

tilación incluidos en este estudio sumaban 205.188, de las que 57.583 eran mujeres. Al igual que ocurre en el resto de la UE, es una inmigración mayoritariamente masculina. Las nacionalidades con mayor presencia son: Senegal con una afluencia de 63.832 (de ellas, 14.190 son mujeres), Nigeria con 39.866 (17.520 mujeres), Mali con 23.278 (3.494 mujeres), Gambia con 19.159 (4.463 mujeres) Ghana con 15.869 (4.061 mujeres) y Guinea con 10.260 (3.104 mujeres).

La suma total de los residentes de estos países, todos por encima de los 10.000 habitantes asciende a 172.264, que se corresponde con el 84% del total. En el lado opuesto, los países con menos representación son Liberia, Benín, Togo, Etiopía y Sierra Leona, todos por debajo de 1.000 ciudadanos y en conjunto suponen el 1% de la inmigración estudiada.

Figura 6: Población originaria de los 30 países con persistencia de MGF/C residente en España disgregada por sexos

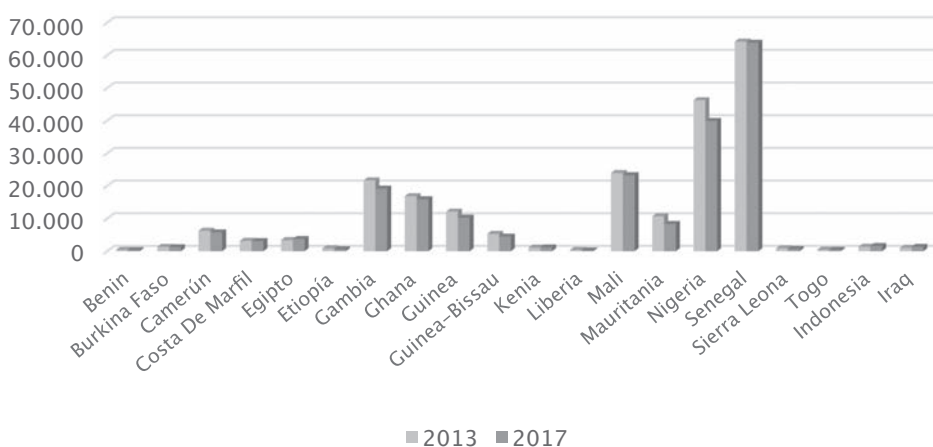


Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos extraídos del INE (2018)*

Desde 2013 ha bajado la afluencia de migrantes en general y en el caso que nos ocupa la población ha bajado de 221.514 a los 205.188 actuales, lo que sig-

nifica una pérdida del 7%. Las nacionalidades en las que más se aprecia este descenso son Nigeria con casi 6.500 personas menos, Gambia con una caída de 2.500, Mauritania con 2.356 y Guinea con casi 2.000 menos. Los años en que se aprecia con más claridad la tendencia bajista son el 2013 y el 2014, actualmente podemos hablar de cierta estabilización del número de inmigrantes e incluso de recuperación.

Figura 7: Evolución entre 2013 y 2017 de la población originaria de los 30 países con prevalencia



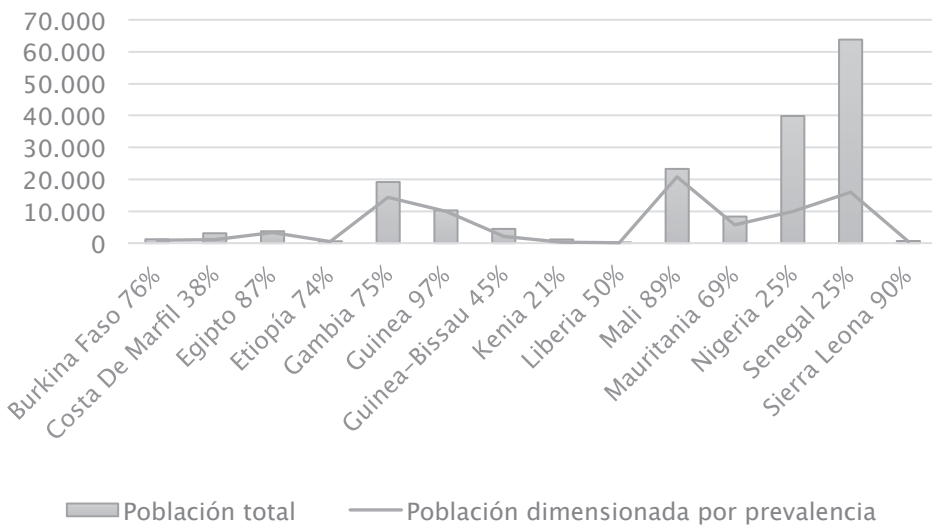
Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos extraídos del INE (2018)*

En España tampoco hay registros oficiales de mujeres que hayan podido sufrir algún tipo de mutilación, aunque se ya contempla el realizarlos en algunos de los protocolos de prevención de MGF/C desarrollados por las comunidades autónomas. Por tanto, no podemos conocer el alcance real de esta práctica entre las mujeres residentes en nuestro país, ni valorar con exactitud la vulnerabilidad de las niñas. Lo que sí podemos hacer es estimar el posible grado de exposición a la cultura de esta tradición y a las concepciones que la sostiene. Para hacer esta aproximación, hemos dimensionado el volumen total de la población de acuerdo al índice de prevalencia para mujeres de 15 a 49 años que maneja UNICEF (2016).

En la figura 8, el diagrama de barras describe la distribución del número total de residentes por nacionalidad, y la gráfica lineal representa esa misma población dimensionada por el índice de prevalencia. Para ello, se ha aplicado el porcentaje de incidencia según la nacionalidad a aquellos países con una persistencia superior al 20%.

La población con una posibilidad superior al 21% de estar afectada por la práctica de la mutilación, asciende a 179.863. Se estima que 85.452 entre hombres y mujeres, esto es, el 42% del total de la población, pueden tener algún tipo de influencia de las ideas propias de esta tradición. Destaca la comunidad maliense que, aun siendo inferior en número de residentes, una vez dimensionada de acuerdo con la probabilidad de tener influencia de la tradición o de las concepciones que sostienen la MGF/C, supera en términos absolutos a las originarias de Senegal y Nigeria, que ocupan el segundo y tercer lugar, con 15.958 y 9.967 respectivamente. Esto se debe a que la persistencia de la MGF/C es más fuerte en Mali (un 89%). Se significan también Gambia (75% de prevalencia) con 14.369 residentes y Guinea (97% de prevalencia) con 9.967, una vez dimensionado el volumen total de la población.

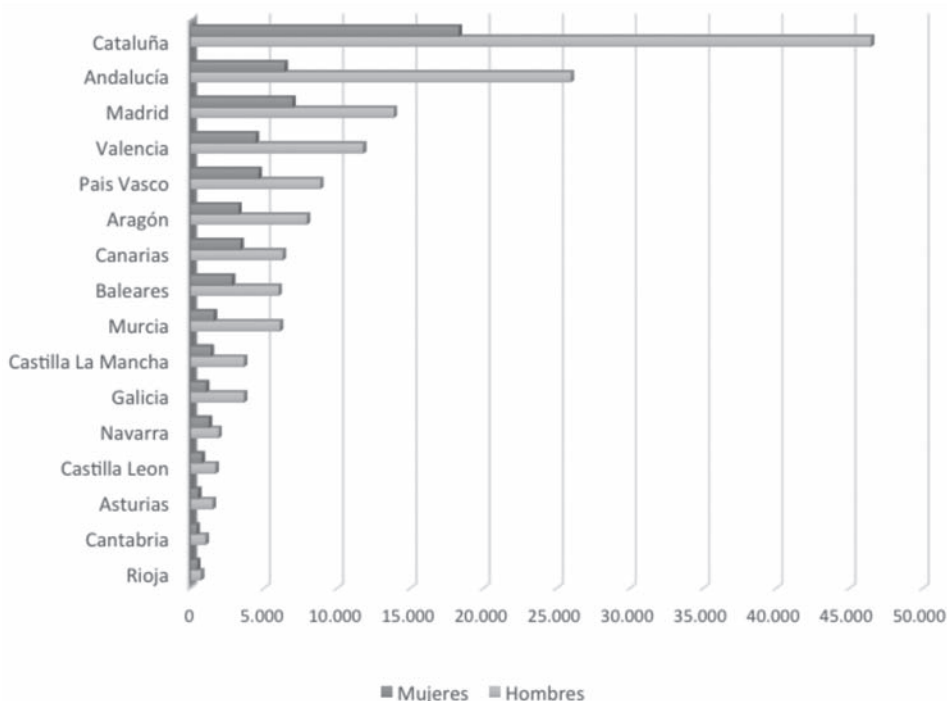
Figura 8: Comparativa por países de procedencia entre el volumen total de población y dimensionada por índice de prevalencia (UNICEF, 2016)



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos extraídos del INE (2018) y de UNICEF (2016)*

En cuanto a las niñas menores de 14 años en 2017 había registradas en el INE 15.586. La mayor parte de ellas son de origen nigeriano 4.731 (el 30%), seguidas de las niñas que tienen nacionalidad senegalesa 3.870 (25%), dos países que presentan menor incidencia de MGF/C, el 25% en ambos casos (UNICEF, 2016). Gambia 1.451 (el 9% del total) y de Mali 1.421 (también el 9% del total) dos Estados en que la persistencia de la mutilación es significativamente mayor, 89% y 97% respectivamente.

Figura 9: Distribución por Comunidades Autónomas de la población con nacionalidad de alguno de los 30 países con prevalencia en MGF/C²



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (2018).*

En la distribución del conjunto de población por comunidades autónomas podemos observar que mayoritariamente se concentra en Cataluña, Andalucía, Madrid, Valencia, País Vasco y Aragón, todas ellas con más de 10.000 residentes. En total albergan a 158.796 inmigrantes procedentes de los 30 países analizados, lo que supone algo más del 77%, en Cataluña viven 64.776 de los que 18.303 son mujeres, en Andalucía 32.363 (6.405 mujeres), Madrid 20.802 (6.935 mujeres), Valencia 16.203 (4.435 mujeres), País Vasco 13.477 (4.636 mujeres) y Aragón con 11.185 (3.253 mujeres).

Los migrantes procedentes de Gambia se concentran fundamentalmente en Cataluña donde residen 14.338 y, en mucha menor medida, en Aragón (1.919) y en Andalucía (1.133). También eligen Cataluña mayoritariamente los originarios de Senegal donde viven 20.323 y conforman la comunidad más numerosa de las estudiadas, 7.121 de Mali, 6.159 de Nigeria, 5.794 de Ghana y 4.370 de Guinea. En Madrid se asientan 8.642 nigerianos y 3.159 senegaleses. En Andalu-

² No aparecen en la representación las comunidades autónomas con menos de 1.000 residentes de las nacionalidades estudiadas.

cía, Senegal es la nacionalidad más numerosa con 11.083, seguida de Nigeria con 5.695 y Ghana con 2.337. En la Comunidad Valenciana residen 5.184 senegaleses y 4.821 nigerianos. Las mismas nacionalidades que destacan en el País Vasco con la presencia de 4.417 nigerianos y 4.139 senegaleses. Vemos pues que hay una tendencia a aglutinarse las personas que tienen procedencia común en los mismos lugares.

5. Conclusiones

La preocupación y el interés de organismos internacionales impulsados fundamentalmente por el trabajo de concienciación de las propias mujeres afectadas por la mutilación y por los movimientos feministas en los años 70 del siglo xx, han sacado a la luz en las últimas décadas una realidad que, para muchos, era inexistente. El compromiso de acabar con MGF/C se ha concretado en las agendas de trabajo de los organismos supranacionales. Sin embargo, la investigación pone de relieve que el riesgo de sufrirla no para de crecer y hace inverosímil, por ejemplo, que se cumpla el quinto Objetivo de Desarrollo Sostenible de conseguir su supresión total para el año 2030, si no se extreman los esfuerzos.

La población migra y lo hace con su cultura y sus tradiciones y, a veces, dadas las condiciones en que se produce la salida de las personas de sus países, solo con eso. Los movimientos de población han convertido la mutilación genital femenina en un fenómeno global. La presencia en la Unión Europea de 1.791.722 migrantes procedentes de los países donde la MGF/C persiste y, de ellos, 205.188 residiendo en España, convierten esta realidad en una cuestión compartida con la que, seamos conscientes o no, convivimos.

La mayor parte de los estudios disponibles sobre la incidencia de la mutilación genital femenina se hacen utilizando el criterio de países donde la práctica tiene tradición mientras escasean los que utilizan el criterio de etnia. Sin embargo, las fronteras políticas hoy establecidas no coinciden con el área de influencia o de expansión de los diversos grupos étnicos que en muchos casos rebasan los límites fronterizos nacionales. Por tanto, hay que cambiar la perspectiva en investigación: en este caso hemos de profundizar en el conocimiento de los pueblos que la realizan para tener una acotación más real del problema y para ser eficaces en el diseño de programas de prevención y atención. Esta no es una cuestión sencilla pues estamos acostumbrados a utilizar los criterios de nación, siempre artificiales, pero en el caso de África sobre todo, pues el establecimiento de fronteras fue consecuencia del reparto colonial entre las grandes potencias de la época se realizó sin tener en cuenta la fractura de comunidades étnicas y lingüísticas unidas por una tradición en muchos casos milenaria. Desde estos los presupuestos con los que, de forma muy ideologizada, acostumbramos a esquematizar nuestra visión del mundo, hablar del pueblo mandinga, el banda, el soni-

ké, el igbo, el edo o el Gbaya, todos ellos practicantes de MGF/C y diferenciarlos de quienes, ocupando el mismo territorio político, no la realizan como son el pueblo wolof, el serer, el diola, o el liejbu, resulta, lejos del continente africano, difícil de asimilar. Pero sin realizar este cambio de perspectiva no seremos tan eficaces en el trabajo de erradicación como se requiere. De un lado porque partiremos de premisas erróneas que nos dificultarán la localización de la población. De otro, porque dificultará la comprensión de las razones que alientan el mantenimiento de la práctica y hará, en la misma medida, ineficaz el desarrollo de programas destinados a eliminarla.

Es importante crear registros en la UE y, en concreto, en España, de mujeres y de niñas afectadas por dos razones fundamentales: en primer lugar, para prestar los cuidados necesarios para abordar el complejo cuadro de consecuencias biopsicosociales que pueden estar afectando a cada una de ellas. Y en segundo, porque el trabajo de prevención, más allá de la localización de la población sensible y de la salvaguarda de las menores en riesgo, comienza por la atención de quienes ya han sufrido algún tipo de mutilación: solo un trabajo que desvele las múltiples relaciones entre la MGF/C y sus consecuencias, que mayoritariamente se viven en silencio y, algunas de ellas, desde la vergüenza, ayudará a tomar conciencia de las falsas argumentaciones que la justifican.

La prohibición de la MGF/C y la penalización a quienes la realizan o consienten han resultado insuficientes e ineficaces en la abolición de una costumbre sustentada por complejas y variadas razones. Resulta esencial, conviene reiterarlo, el diseño de programas y de protocolos de intervención bidireccionales que involucren a familias y comunidades tanto en los lugares de origen como en los lugares de migración.

Dado que las necesidades básicas de los emigrantes llegados a nuestros países se centran en la subsistencia, la MGF/C y sus consecuencias ocupan un lugar secundario ante la urgencia de sobrevivir. Por ello, si queremos hacer un trabajo eficaz para abolir esta práctica hay que comenzar por asegurar el acceso a una condición de vida digna: alojamiento, trabajo, educación y acceso sin limitaciones a la sanidad. De otro modo, los esfuerzos y recursos económicos y humanos destinados a la erradicación se perderán, al menos en parte, por el camino.

Referencias bibliográficas

- FRONTEX (2018). Risk Analysis for 2018. Consultado en (13/03/2018) https://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Risk_Analysis/Risk_Analysis_for_2018.pdf
- Ismail, A. De Dios, B y Gascón, M. (2015). *Prevención y erradicación de la mutilación genital femenina. Manual para la intervención social con un enfoque intercultural y de género*. Madrid: Acción en Red y Save a Girl, Save a Generation.

- Kaplan, A., Salas, N. y Marcusan, A. (2015). *Mutilación Genital Femenina en España*. Madrid: MSSSI.
- Sequi, A., Touray I. y Piniella, Z. (2013). *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo*. O'Dam ONGD y La Estafeta Ediciones.
- ONU (1993). Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer. A/RES/48, de 23 de febrero de 1994.
- ONU (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Consultado en (14/02/18) <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Portal, E., Fernández, P., Serrano, J.M. y Calderón, S. (2017). Cut the Cuts. The current situation of Female Genital Mutilation (FGM/C) in the European Union and a Comparative analysis of Ireland, Italy, Spain and Sweden. <http://www.afterwomen.eu/documents>
- Thomas, K. (1987). *The Circumcision of Women. A Strategy for Eradication*. London: Zed Books.
- (1998) Imperial concerns and women's affairs»: State efforts to regulate clitoridec-tomy and eradicate abortion in Meru, Kenya, c. 1910-1950. En *Journal of African His-tory*, 39.
- UNICEF (2016). *Female Genital Mutialcion/Cutting: A Global Concern*. New York.
- 2013. Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del cambio. Consultado en (9/03/18) https://www.unicef.org/spanish/protection/files/FGM_Report_Summary_Spanish_17July2013.pdf
 - 2007. Protección contra el maltrato, la explotación y la violencia. Ablación o mutila-ción genital femenina. Consultado en (9/03/2018) https://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index_41847.htm

III.

Protección internacional contra la MGF

JUANA M.^a SERRANO GARCÍA

Universidad de Castilla-La Mancha

1. La mutilación genital femenina como una violación de los Derechos Humanos de las mujeres

La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los *derechos humanos* y de los *derechos de la infancia*. La MGF supone una violación de los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física. Atenta contra el derecho de las personas a no ser sometidas a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, afectando incluso el derecho a la vida, dado que en ocasiones, esta práctica produce la muerte de las mujeres que lo sufren.

Ante todo, es necesario apuntar que la práctica quebranta los derechos de las mujeres y de las niñas, manifestándose como una forma extrema de discriminación hacia ellas. Estamos ante una clara manifestación de violencia hacia las mujeres dentro de una sociedad patriarcal, que justifica el hecho amparándose en la supuesta supremacía de los hombres sobre las mujeres. La violencia de género refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, y perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. Esta violencia niega los derechos de las mujeres y reproduce el desequilibrio y la inequidad existentes entre los sexos. La diferencia entre este tipo de violencia y otras formas de agresión y coerción estriba en que en este caso el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el hecho de ser mujer.

Así pues, la violencia de género es un grave problema de carácter internacional propio de la sociedad patriarcal en la que vivimos. De él se viene ocupando la normativa internacional y europea aunque, hay que decir que, lo ha empezado a hacer con cierto retraso. En el marco internacional el organismo que más ha intervenido en esta materia ha sido Naciones Unidas, pero, no es el único, hay que referirse a otras instituciones internacionales, como el Parlamento Panafricano, que también se han encargado de la regulación de este tema.

Empecemos señalando que la violencia a la que nos vamos a referir sería «todo acto de violencia de género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como, las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada», esta es la definición de la Declaración de las Naciones Unidas, de 20 de diciembre de 1993, sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

Siendo una violación de los derechos humanos más elementales, la mutilación genital femenina es una forma de discriminación basada en el sexo, una violencia practicada a las mujeres por el mero hecho de serlo y, por tanto, una práctica que viola los derechos de las mujeres y de las niñas, y que no es posible entender, si no es haciéndolo en clave de género. Sin embargo, la MGF ha encontrado obstáculos para ser catalogada como una práctica que vulnera derechos fundamentales de las mujeres. Esto se debe a que ha sido y es una práctica fuertemente arraigada en las tradiciones culturales y llevada a cabo en un contexto privado, situación que ha dificultado, históricamente, su observancia por parte de instituciones públicas internacionales.

Para encontrar un análisis de la MGF como violación de derechos humanos, hay que esperar a la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, adoptada en el seno de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, que constituye un hito fundamental, al incluir expresamente la MGF como una forma concreta de violencia contra la mujer.

Considerar la MGF como una cuestión de derechos humanos nos sitúa en la obligación de entender que los derechos de las mujeres y niñas vulnerados con esta práctica, tales como el derecho a la salud, la integridad física y psicológica e incluso el derecho a la vida, son universales. Siendo así, no pueden ser esgrimidos argumentos relacionados con la cultura para tratar de justificar la violación de esos derechos. Y, por tanto, han de estar protegidos bajo cualquier circunstancia. Su protección se convierte en una obligación de los Estados, autoridades locales y organismos internacionales, que han de salvaguardar los derechos básicos de las personas, y en particular, de las mujeres y niñas, que sufren numerosas injusticias sociales en el contexto de una pluralidad de violaciones de derechos humanos basadas en el género (Amnistía Internacional, 2005).

2. La Declaración Universal de Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en sus artículos 1, 3 y 5, exige, inequívocamente, la necesidad de tratar a todas las personas por igual y garantiza el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas, a no ser sujeto de tortura u otros tipos de castigo, o trato cruel e inhumano.

En general, en esta Declaración encontramos cierta dificultad para trasladar sus contenidos a la incidencia específica que esta tiene sobre la vida de las mujeres, quizás porque la Asamblea de Naciones Unidas en el momento de la historia en que se elabora este documento, ignoraba este problema estructural de las relaciones entre los hombres y las mujeres, que estaba sostenido por el patriarcado, y porque seguramente no era urgente tenerlo en consideración, tal vez, porque era una situación tan integrada en la vida cotidiana de las personas, que no se vivía como un problema a eliminar.

El mismo silencio que existe en la citada Declaración, respecto a la «violencia de género», lo volvemos a encontrar en otros instrumentos internacionales de obligado cumplimiento, ello sin perjuicio de que en sus preceptos se garanticen derechos que resultan vulnerados en situaciones de «violencia». Así sucede, por ejemplo, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (16 de diciembre de 1966) que en su art. 7 prohíbe todo trato cruel, inhumano y degradante; o en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (16 de diciembre de 1966) que protege a los jóvenes y los niños (art.10) o les reconoce el derecho universal a disfrutar de salud física y mental (art.12).

Lo mismo sucede con la Convención contra la Tortura y otros tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes (1984), que se convierte en otro instrumento clave para luchar contra la violencia de género y contra la práctica de la MGF, pues en su art. 55 obliga a los Estados a promover el respeto y la observancia de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales. En este Convenio se ha creado el Comité contra la Tortura que en la Observación General n.º 2 (disposición 18ª) (2007) se manifiesta, de forma expresa, respecto a la necesidad de prevenir y proteger a las víctimas de violencia de género, entre otras prácticas, de la «mutilación genital femenina».

A lo largo de la historia, las distintas formas de violencia se han manifestado en las sociedades como producto de la dominación que determinados sectores o grupos ejercen sobre otros. En este contexto, la violencia de género es un mecanismo social necesario para perpetuar la subordinación de las mujeres, puesto que, debido a que el poder se considera patrimonio genérico de los hombres (Amorós, 1990), la hegemonía masculina se basa en el control social de lo femenino. Por lo tanto, las violaciones de los derechos humanos de las mujeres se relacionan directa o indirectamente con el sistema de género y los valores culturales dominantes (Rico, 1996).

Si tenemos en consideración que los derechos humanos son un conjunto de pautas éticas con proyección jurídica, que surgen de la necesidad de todos los individuos de contar con las condiciones esenciales para una vida digna y que han sido producto de un largo proceso de construcción y cambio a lo largo de los dos últimos siglos, éstos han ido cuestionando los caracteres de la sociedad en la que se desarrollan y, por tanto, la validez universal del androcentrismo y del modelo

de hombre occidental. En consecuencia, se ha reconocido la necesidad de dar cuenta de las especificidades de los individuos, ya sean de género, de etnia, de edad o de cualquier otra índole y en el reconocimiento de esta heterogeneidad no se produce una fragmentación o atomización de la condición humana, sino que, por el contrario, se contribuye a una real universalización de los individuos y de los derechos humanos, basada en el principio de la pluralidad y el respeto de las diferencias y de la diversidad (Rico, 1996).

En definitiva, la violación de los derechos de las mujeres y la violencia de género no son problemas nuevos; suponen conductas que hasta hace muy poco tiempo eran socialmente aceptadas y que, por estar circunscritas, en general, al ámbito de la vida privada, eran muy poco conocidas. Esta carencia ha sido consecuencia de la extendida creencia por parte de los Estados de que éstos no pueden responsabilizarse de la violación de derechos humanos que se cometa dentro del ámbito privado de los individuos, es decir, dentro del hogar o de la comunidad en la que residen.

La falta de referencias a este problema social en los primeros textos democráticos reconocedores de los derechos humanos ha justificado la necesaria adaptación de éstos a esas viejas realidades «ignoradas» y no «reconocidas» en los citados textos internacionales.

3. Instrumentos internacionales específicos contra la violencia de género y la mutilación genital femenina

Habría que esperar a 1979 para que la Asamblea General de las Naciones Unidas abordara el problema de la «violencia de género» de forma específica. Esta Asamblea elabora la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) de 18 de diciembre de 1979, incorporando a las mujeres a la esfera de los derechos humanos. El artículo 1 de la citada Convención, define, por primera vez, en el marco internacional la discriminación contra la mujer, a cuyo tenor, a los efectos de la presente Convención, la expresión «discriminación contra la mujer» supondrá toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

En orden a eliminar estas prácticas, en el artículo 17 de la Convención se prevé la creación de un órgano de vigilancia encargado de examinar los progresos realizados por ésta y de velar por su cumplimiento. Se trata del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de cuyo tra-

bajo destacan varias Recomendaciones Generales relativas a la MGF y a su erradicación. En primer lugar, la Recomendación General núm. 14 (1990) en la que solicita a los Estados que adopten medidas apropiadas y eficaces encaminadas a erradicar la práctica de la circuncisión femenina, como son, la introducción de estrategias adecuadas en el ámbito de la sanidad y la enseñanza. En segundo lugar, la Recomendación General núm. 19 (1992) en la que se señala en su apartado 11 que las actitudes tradicionales que asignan a la mujer un papel subordinado frente al hombre conllevan la difusión de prácticas violentas contra la mujer, entre las que se encuentra, la MGF. El Comité considera que esos prejuicios y prácticas pueden llegar a justificar la violencia contra la mujer como una forma de protección o dominación de la mujer. Además, la Recomendación reconoce que la violencia contra la mujer priva a ésta no sólo de sus derechos civiles y políticos sino también de sus derechos económicos y sociales.

Esta es la primera Convención internacional en la que se advierte que la «violencia de género» es una forma de privación de los derechos humanos. A posteriori, merecen ser destacadas la III Conferencia Mundial sobre la Mujer (Nairobi, 1985) que introduce dos compromisos específicos para los Estados –la asistencia a las mujeres víctimas de violencia y la necesidad de fomentar y acrecentar la conciencia pública en este tema, fomentando la responsabilidad de toda la sociedad civil– y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) que supuso la aprobación de una Plataforma de Acción en la que se incluían doce áreas de actuación, una de ellas, específicamente, de violencia contra la mujer.

El texto de la Plataforma confirma y asume la definición sobre la violencia contra la mujer propuesta en la «Declaración y programa de acción de Viena» (1993), a la que ya nos hemos referido, así como, los tipos y formas de violencia, incluyendo expresamente la MGF, como una forma más de violencia. Y, lo que es más importante, exigiendo la adopción de medidas preventivas que se dirijan a la «educación formal y no formal que apoyan a la mujer y le permiten desarrollar su autoestima, adquirir conocimientos, tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre su propia salud, lograr el respeto mutuo en asuntos relativos a la sexualidad y fecundidad, e informar a los hombres sobre la importancia de la salud y el bienestar de las mujeres, prestando especial atención a los programas, tanto para hombres como para mujeres, en que se hace hincapié en la eliminación de las actitudes y prácticas nocivas, entre ellas la mutilación genital femenina» (objetivo C.2. punto 107) o, prohibiendo, directamente la mutilación genital femenina dondequiera que ocurra (objetivo I.2. punto 232).

La citada «Declaración y programa de acción de Viena» fue aprobada el 25 de Junio de 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, señalando expresamente, que «los derechos humanos de la mujer y de la niña son

parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional. La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular, las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas.

Fue muy significativa, en esta línea, la Decisión de Naciones Unidas, adoptada mediante Resolución de la Asamblea General 54/134, de 17 diciembre de 1999, en la que se declaró el día 25 de Noviembre como Día Internacional para la erradicación de cualquier forma de violencia ejercida sobre la mujer, vía a través de la cual se puede fomentar una mayor sensibilización en los medios de comunicación y en toda la sociedad civil.

Destacan asimismo, el Protocolo de Palermo o Protocolo para prevenir, reprimir, y sancionar la trata de personas, especialmente, mujeres y niños (2000), que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, o la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 67/146 de 16 de Noviembre de 2012, denominada de «Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina», y en la misma línea de exigencia de la erradicación se muestran: la Resolución 68/46 de 18 de Diciembre de 2013, la Resolución 27/22, de 26 de Septiembre 2014 o la Resolución 70/138 de 17 de Diciembre de 2015.

Así pues, hubo que esperar a los años '90 para encontrar las primeras referencias expresas a la MGF en el marco internacional, aunque de los textos internacionales citados se podía deducir su prohibición, es el caso de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) que en su art. 19 exige a los Estados que adopten todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres...», se le protege contra todo trato cruel, inhumano y degradante (art.37) y requiere a los Estados todas las medidas apropiadas para abolir prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños (art.24.3).

Con todo ello, queremos señalar que la violencia de género y más, concretamente, la MGF está en el debate internacional, aunque no podemos decir que lo hayan estado siempre, sin perjuicio, de que otros derechos humanos contra los que atentan estas actuaciones violentas sí estuvieran protegidos.

Cuadro sinóptico de los Tratados y Convenios internacionales que han abordado para prohibir la violencia de género y específicamente la MGF.

VIOLENCIA DE GÉNERO	PROHIBICIÓN GENERAL DE LA VIOLENCIA	Tratado o Convención Internacional	AÑO
		Declaración Universal de Derechos Humanos	1948
		Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	1966
		Pacto Internacional de Derechos Sociales y Culturales	1966
		Convención contra la Tortura	1984
		Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación de la mujer	1979
		Convención sobre los Derechos del Niño	1989
		III Conferencia Mundial sobre la Mujer (Nairobi)	1985
	PROHIBE ESPECIFICAMENTE MGF	Declaración y Programa de Acción de Viena	1993
	IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing)	1995	
Protocolo de Palermo	2000		

4. El Consejo de Europa da un paso adelante con el Convenio de Estambul

El Consejo de Europa (47 Estados miembros, fundado en 1949) ha venido participando activamente en la defensa de los derechos humanos, en tanto que todos sus Estados parte han ratificado la Convención Europea de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, aprobado en Roma el 4 de noviembre de 1950.

Así mismo, en relación con la defensa de los derechos que nos interesan en este trabajo, en el Consejo de Europa han ratificado la Carta Social Europea (1961) (revisada en 1996), la Convención del Consejo de Europa sobre la lucha contra la Trata Seres Humanos (2005) o el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual (2007).

En particular, en materia de violencia de género el Consejo de Europa ha promovido una serie de iniciativas para la protección de las mujeres frente a la violencia desde los años 90. En 2002 la Recomendación n.º5 del Comité de Ministros se pronuncia al respecto. La Asamblea Parlamentaria en la Resolución 1247 (2001), se manifiesta específicamente contra la práctica de la MGF o la Recomendación 17 (2007) sobre normas y mecanismos de igualdad entre las mujeres y los hombres.

Ahora bien, el instrumento internacional más determinante elaborado en esta materia por el Consejo de Europa ha sido el Convenio sobre prevención y lu-

cha contra la violencia sobre las mujeres y la violencia doméstica de 11 de Mayo de 2011, conocido como Convenio de Estambul, que entró en vigor en España el 1 de agosto de 2014 (BOE 6 de Junio 2014) y al que se ha adherido la Unión Europea por Resolución del Parlamento Europeo, de 12 de septiembre de 2017, (COM(2016)0109).

El Convenio se aplica a todas las formas de violencia que afecten a la mujer, (art. 2). Para evitar dudas respecto a que situaciones de violencia están prohibidas, el Consejo de Europa recoge expresamente algunas, tales como: la violencia física (art.35), violencia sexual (art.36), psicológica (art.33), los matrimonios forzados (art.37), la mutilación genital (art. 38), las esterilizaciones o los abortos forzados (art.39), el acoso sexual (art.40) y los crímenes de honor (art.42).

Junto a este amplio ámbito objetivo y subjetivo de aplicación hay que resaltar de este Convenio, en primer lugar, la concreción de sus objetivos y las específicas medidas exigidas al respecto, ya que en él observamos que, no sucede como en otros instrumentos legales anteriormente citados, en los que predominan las grandilocuencias y las grandes declaraciones de intenciones. Ello, sin perjuicio, de que echemos de menos mayor detenimiento en qué tipo de medidas son más convenientes dependiendo del tipo de violencia del que se trate, ya que no pueden ser similares las medidas de prevención que se adopten frente a la violencia sexual en mujeres que, frente a la mutilación genital femenina, donde la población afectada suelen ser niñas.

En segundo lugar, es importante destacar que el Convenio hace referencia expresa a que no se puede admitir como atenuante tradición alguna (art.12). Afirmación de sumo interés, dado que el tema de la MGF es una práctica que tiene lugar en suelo europeo, aunque no ha contado siempre con una condena suficientemente firme por parte de algunos sectores políticos, que no dejaban de verlo como una particularidad cultural.

En tercer lugar, el Convenio no se limita a sancionar estas prácticas, sino que obliga a los Estados a que adopten una serie de medidas preventivas y protectoras frente a las diferentes formas de violencia.

En cuarto lugar, resulta especialmente interesante la vinculación que encontramos en el Convenio entre la eliminación de la violencia y la necesidad de promover la igualdad (art.1.1.b). Esta vinculación indica que el Consejo de Europa sitúa claramente el origen de la violencia de género en la desigualdad y, como consecuencia, en la discriminación de las mujeres (Ventura Franch, 2016).

En quinto lugar merece destacar las específicas medidas que los Estados deben adoptar, sobre todo, medidas de prevención, para ello en su art. 11 se requieren cambios en la recogida de datos estadísticos pertinentes sobre los asuntos relativos a todas las formas de violencia incluidas en el ámbito de aplicación del

presente Convenio, en España esta exigencia precisará una reforma de la metodología, pues deberá ampliar la escasísima información que en la actualidad ofrece en cuanto a violencia; en el art. 12 se requiere de la sensibilización a la sociedad, especialmente de los hombres y niños, para que cambien de actitud y rompan con una cultura de tolerancia y negación que perpetúa la desigualdad de género y la violencia que la causa, para ello pide a los Estados que adopten medidas que promuevan cambios en los modos de comportamiento socioculturales que impliquen la idea de la inferioridad de la mujer; promueve campañas de sensibilización contra todas las formas de violencia, incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio, (art 13); se precisa la inclusión en los programas de estudios oficiales y a todos los niveles de enseñanza, material didáctico sobre temas como la igualdad entre mujeres y hombres (art (14); se sugiere la formación de los profesionales que tratan con víctimas o autores de todos los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio, en materia de prevención, detección e igualdad (art 15); se apoya la creación de programas de tratamiento dirigidos a prevenir la reincidencia de los autores de delitos, en particular, de delitos de carácter sexual, tomándose como prioridad la atención a la víctima (artículo 26).

Por otro lado, se exigen medidas de protección para las víctimas (artículo 18), ofreciéndoles asesoramiento jurídico y psicológico (artículo 22), servicios de alojamiento (artículo 23), educación, formación y asistencia en materia de búsqueda de empleo, acceso a servicios de salud y servicios sociales, o medidas que las oriente hacia servicios y recursos adecuados (art 19), medidas que les garanticen guardias telefónicas gratuitas, accesibles las 24 horas del día, siete días por semana, para proporcionar a las personas que llamen, confidencialmente y respetando su anonimato, consejos relativos a *todas las formas de violencia* incluidas en el ámbito de aplicación del Convenio (artículo 24).

No se puede negar el paso adelante que supone este Convenio en la erradicación de la violencia de género y, en particular, de la ablación, pero ello no debe impedirnos ver las dificultades existentes en Europa, dado que continúan existiendo lagunas legislativas y debilidades en los sistemas estatales de protección y de justicia en casos de violencia, por ello, la integración del Convenio en el derecho de la Unión y su capacidad de desplegar un efecto directo en sus ordenamientos jurídicos están en duda.

En el marco de la UE, la legislación de cada uno de los veintiocho Estados miembros ofrece una protección desigual a las mujeres contra las diferentes formas de violencia basada en el género, que además son abordadas de distinta forma en cada país. La falta de Directivas que regulen y definan la violencia contra las mujeres exacerba este panorama. Pero, sin perjuicio de que la mera existencia de Directivas no asegure una verdadera armonización normativa en los países de la UE, como está sucediendo con la trata de seres humanos, siempre se considerará un decidido paso hacia adelante.

La adhesión de la UE al Convenio de Estambul supone un gesto político indudable que posiciona a la UE como líder global en la defensa de los derechos humanos y que puede prevenir las incoherencias y eventuales dobles estándares en el campo de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, jurídicamente, como ya hemos dicho, el instrumento más apropiado para avanzar en normativa contra la violencia de género sería la aprobación de una Directiva. Una Directiva europea sobre violencia contra las mujeres tendría la capacidad de crear un entendimiento común, hasta ahora ausente, sobre la definición y el régimen de esta violencia en cada Estado miembro, desplegaría un efecto directo sobre la normativa de los Estados e incorporaría mecanismos de sanción mucho más fuertes que los del Convenio.

5. La Unión Panafricana y su prohibición de la mutilación genital femenina

El marco internacional de acción contra esta práctica se ha venido completando con otras actuaciones específicas en el continente africano. Desde la Unión Africana se han adoptado instrumentos legales que prohíben expresamente la MGF, considerándolos perjudiciales para la salud y el bienestar de las niñas y las mujeres.

La «Carta africana sobre derechos humanos y de los pueblos», conocida como «Carta de Banjul», (1981), reconoce el derecho a la vida y a la integridad personal (art.4), reconoce el derecho a una vida digna y prohíbe los tratos inhumanos y degradantes (art.5); garantiza el derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible (art. 16); o prohíbe la violación de derechos por género, así como, la discriminación (18.3).

En 1990 la Organización de la Unidad Africana aprueba la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño, que contiene una regulación muy similar a la de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño de 1989. No obstante, de esta Carta se deduce más fácilmente la condena de la MGF, al prohibir cualquier práctica consuetudinaria o religiosa que atente contra los derechos del niño. Así, su artículo 21 señala que cualquier costumbre, tradición, práctica religiosa o cultural que sea incompatible con los derechos del niño o con los deberes y obligaciones de los Estados Parte y de la comunidad internacional deberá ser rechazada, en especial, aquellas costumbres y prácticas perjudiciales para la salud y la vida del niño y aquellas costumbres y prácticas discriminatorias para el niño por razones de sexo o de otra índole.

En la citada norma no se tipifica expresamente la MGF, pero desde diversas interpretaciones de la Carta se ha entendido que la ablación está prohibida dada la redacción del precepto antes citado. En este sentido se han manifestado los

informes nacionales elaborados a la Convención de Derechos del Niño que reconocen que la MGF es una práctica dañina que va contra los intereses de los niños y llaman repetidamente a su eliminación. Pueden revisarse: (Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Ethiopia (1997), (Par. 6, 14 y 23); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Sudan (1993), (Par. 13 y 22); Concluding Observations of the Committee on the Rights of the Child: Togo (1997), (Par. 24 y 48).

Más recientemente, el Protocolo de la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de las mujeres de 11 de julio de 2003, también conocido como Protocolo Maputo, exige a los gobiernos de los países africanos, entre otros, que erradiquen toda forma de discriminación y violencia contra las mujeres en África y promuevan la igualdad entre hombres y mujeres y en su art. 5 prohíbe, expresamente, la mutilación genital femenina.

Como consecuencia de este texto, la MGF ha ido progresivamente prohibiéndose por el ordenamiento jurídico interno de muchos Estados africanos, como por ejemplo, Benín lo hace en 2003, Burkina Faso en 1996, República Central Africana en 1996 y 2006, Chad en 2003, Costa de Marfil en 1998, Djibouti en 1994 y 2009; Egipto en 2008, Eritrea en 2007; Ethiopia en 2004, Gambia en 2015; Ghana en 1994 y 2007; Guinea en 1965, 2000, Guinea Bissau en 2011; Liberia en 2018, Kenya en 2001, 2011, Mauritania en 2005, Niger en 2003, Nigeria en 2015, Senegal en 1999, Suráfrica en 2000; Sudan (Estado del Sur Kordofan 2008, Estado de Gedaref 2009, Tanzania en 1998; Togo en 1998, Uganda en 2010 y Zambia en 2005 y 2011. Este Protocolo reunía la satisfacción de los Estados de la Unión Panafricana y de los 54 estados miembros de esta Unión, en Julio de 2010 no habían ratificado 45.

También debe mencionarse, la Declaración de El Cairo para la Eliminación de la MGF (2003) en la que se reconoce que «la prevención y el abandono de la MGF sólo podrán lograrse mediante un enfoque integral que promueva el cambio de conducta», recuerda a los Estados que las leyes contra la MGF deben integrarse en una legislación más amplia, es decir, debe incluir la igualdad de género, la protección frente a todas las formas de violencia contra las mujeres y los niños y el derecho de la mujer a la salud reproductiva y los derechos de los niños.

El cambio importante se produce en el año 2005, cuando los políticos y líderes religiosos de cerca de 50 Estados africanos se reunieron en la Primera Conferencia Islámica para la Infancia de Rabat aprobando la Declaración de Rabat. Esta norma declara anti-islámica una serie de prácticas discriminatorias para las niñas, entre las que se encuentra, la MGF. Asimismo, pide a los Estados de confesión islámica que apliquen todas las medidas necesarias para poner fin a todas las formas de discriminación que afectan a las niñas, así como, las prácticas tradicionales consideradas nocivas para éstas, entre las que destaca la MGF o el matrimonio forzoso.

El último instrumento legal importante elaborado por el Parlamento de la Unión Panafricana, órgano legislativo de la Unión Africana, aprobado por sus 250 diputados y representantes del Fondo para la Población de Naciones Unidas (UNFPA), es de Agosto de 2016 y en su correspondiente Plan de Acción se prohíbe la práctica de la MGF en sus 50 Estados miembros.

La aprobación de este documento por parte de los países africanos ha supuesto un paso adelante pero, a su vez, si no se cumple y se persigue su cumplimiento de forma estricta, sólo se habrá conseguido una eliminación formal de esta práctica, no real y ello puede incluso perjudicar más a la población en riesgo. Como veremos más adelante, un número importante de sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos justifican la denegación del asilo en la existencia de una ley nacional que prohíba esta práctica, sin tener en consideración que a veces solo se ha producido una ocultación de ella.

6. Conclusiones

Los Tratados internacionales más importantes, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), no abordaron inicialmente los derechos humanos desde una perspectiva de género. Los Derechos Fundamentales se reconocen a las personas, en general, sin tener en consideración que en la sociedad patriarcal en la que se deben respetar dichos derechos fundamentales, las mujeres están sufriendo especialmente.

En los Tratados Internacionales se ha tardado tiempo en abordar los derechos fundamentales desde una perspectiva de género. La sociedad patriarcal en la que se ha desarrollado esta normativa internacional ha normalizado la ausencia de un tratamiento específico que eliminara las discriminaciones que vienen sufriendo las mujeres desde tiempos inmemoriales.

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 no tiene en cuenta la situación de inferioridad en la que se encuentran las mujeres en la sociedad y aborda los Derechos Fundamentales desde un plano de igualdad de posiciones, cuando claramente existe una asimetría en las relaciones de poder entre hombres y mujeres que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino.

Empieza a vislumbrarse un cambio de aptitud de los organismos internacionales en 1979, cuando que la Asamblea General de las Naciones Unidas abordara el problema de la «violencia de género» de forma específica.

A partir de 1979, la violencia de género y más, concretamente, la MGF está en el debate internacional, aunque ese retraso en su tratamiento tendrá conse-

cuencias hasta ahora, porque sólo desde la visibilización y el reconocimiento del problema se pueden abordar soluciones, y éstas están llegando también tarde.

Ha habido que esperar, hasta hace poco, para que el Consejo de Europa haya aprobado el Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia sobre las mujeres y la violencia doméstica de 11 de Mayo de 2011, conocido como Convenio de Estambul, que entró en vigor en España el 1 de agosto de 2014, para que se adoptara una norma vinculante específica en este campo.

Referencias bibliográficas:

- Amorós, C. (1990), «Violencia contra las mujeres y pactos patriarcales», *Violencia y sociedad patriarcal*, Virginia Maquieira y Cristina Sánchez (comps.), Madrid, Editorial Pablo Iglesias, Madrid.
- Carmen Miguel, J., «La mutilación genital femenina, derecho de Asilo en España y otras formas de protección internacional», en *Cuadernos electrónicos de filosofía de derecho*, núm. 17, 2008.
- Rico, N., (1996) «Violencia de género: un problema de derechos humanos», serie *Mujer y desarrollo*, n.º 16, revisado en: <https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27403/violenciadegenero.pdf>

Documentos citados

- Amnistía Internacional. (2005). La mutilación genital femenina y los derechos humanos Asamblea de Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) Asamblea Naciones Unidas, Convención contra la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes (1984)
- Asamblea de Naciones Unidas, Declaración y programa de acción de Viena (1993)
- Asamblea Naciones Unidas, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) de 18 de diciembre de 1979
- Asamblea Naciones Unidas, Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, o la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 67/146 de 16 de Noviembre de 2012
- Asamblea de Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Asamblea de Naciones Unidas, III Conferencia Mundial sobre la Mujer (Nairobi, 1985)
- Asamblea de Naciones Unidas Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (16 de diciembre de 1966)
- Asamblea de Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (16 de diciembre de 1966)
- Asamblea de Naciones Unidas, Protocolo de Palermo o Protocolo para prevenir, reprimir, y sancionar la trata de personas, especialmente, mujeres y niños (2000)
- Asamblea Naciones Unidas, Comité de Derechos del Niño, Concluding observations of the Committee on the Rights of the Child: Ethiopia (1997), revisado en <http://www.refworld.org/docid/3ae6af5b44.html>

- Asamblea Naciones Unidas, Comité de Derechos del Niño, Concluding Observations: Sudan, 18 October 1993, CRC/C/15/Add.10, revisado en: <http://www.refworld.org/docid/3ae6af038.html> [accessed 2 March 2018]
- Asamblea Naciones Unidas, Comité de Derechos del Niño, Concluding Observations: Togo, 21 October 1997
- Carta africana sobre derechos humanos y de los pueblos (1981), de 27 de Julio 1981.
- Consejo de Europa, Carta Social Europea (1961) (revisada en 1996).
- Consejo de Europa, Convención Europea de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (1950) aprobado en Roma el 4 de noviembre de 1950.
- Consejo de Europa, Convención del Consejo de Europa sobre la lucha contra la Trata Seres Humanos (2005)
- Consejo de Europa, Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual (2007)
- Consejo de Europa, Convenio de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, ratificado por España el 11 de abril de 2014, entró en vigor en España el 1 de agosto de 2014.
- Protocolo de la Carta africana de derechos humanos y de los pueblos sobre los derechos de las mujeres en África (Protocolo Maputo)

IV.
**Las políticas de la Unión Europea contra la
violencia de género: la mutilación genital
femenina**

JUANA M.^a SERRANO GARCÍA

Universidad de Castilla-La Mancha

La violencia de género, en general, y la mutilación genital femenina como una forma específica de violencia, en particular, han sido abordadas en el ámbito europeo, pese a que ésta última no fuera una práctica arraigada en las tradiciones europeas. Sin embargo, la inmigración y el factor de la globalización la han introducido en este continente, lo que ha justificado que se le haya empezado, recientemente, a prestar una considerable atención desde las instituciones de la Unión Europea.

1. Medidas contra la violencia de género en la Unión Europea

El Tratado de la Unión Europea (TUE) (2007) en su art. 2 defiende los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad y respeto de los derechos humanos. Por su parte, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE) (2007) contiene previsiones específicas para proteger los derechos humanos que se ven afectados en las situaciones de violencia, así en su art. 1 afirma que la dignidad humana es inviolable, en el art. 2 reconoce el derecho a la vida, en el art. 3 se protege el derecho a la integridad de la persona –física y psíquica–, en el art. 4 se prohíben los tratos inhumanos o degradantes o en su art. 21 prohíbe discriminar por razón de sexo, entre otras, etc.

Los dos instrumentos comunitarios citados forman parte del derecho originario y resultan de obligado cumplimiento por parte de los Estados miembros, de forma que éstos deben garantizar el respeto de estos derechos en sus territorios, teniendo en consideración que la violencia de género vulnera los citados preceptos del Tratado de la UE y de la Carta.

Hasta 1998 no se empieza a abordar el tema de la violencia de género en la UE. En Diciembre de 2009, el Consejo de la UE adoptó el Programa de Estocolmo:

«Una Europa abierta y segura que sirva y proteja al ciudadano (2010-2014)», en el cual se reforzaron las exigencias de protección de las mujeres víctimas de violencia, garantizándoles protección legal y poniendo el foco en los derechos de los niños que están en ese entorno de violencia.

En 2010, se adoptaron en el Consejo «Conclusiones para la erradicación de la violencia de género contra las mujeres» (8 de Marzo 2010) y un poco más tarde, el 7 de Marzo de 2011, se presentó el Pacto Europeo por la Igualdad de Género (2011-2020) en el que se introdujo, entre otras medidas, la necesidad de acabar con la violencia contra las mujeres.

En el marco del Parlamento Europeo encontramos una Resolución de 26 de noviembre de 2009, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, en la que se insta a los Estados miembros a que mejoren sus legislaciones y políticas nacionales destinadas a combatir todas las formas de violencia contra la mujer, con medidas de prevención y de protección y solicita a la Comisión que presente un plan de política de la UE, específico y coherente, para combatir todas las formas de violencia contra la mujer, tal y como se anunciaba en la Comunicación de la Comisión de 1 de marzo de 2006 titulada «Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010», que prometía una respuesta coordinada, comprometida y coherente por parte de las instituciones de la UE y de los Estados miembros en la erradicación de este tipo de violencia.

Como se puede comprobar, hasta el momento nos estamos refiriendo a documentos que no vinculan a los Estados, sino que sólo tratan de dar directrices y recomendaciones a los Estados en las políticas a seguir en relación a la violencia.

2. La normativa europea «soft law» contra la Mutilación Genital Femenina

La tardanza de la Unión Europea en reaccionar con instrumentos legales frente a la violencia de género se incrementa frente a la situación específica de violencia que sufren las mujeres y niñas en relación con la mutilación genital.

Inicialmente, no se consideraba que la MGF fuera un problema para Europa, además se entendía vinculado a las tradiciones y a la cultura y no se consideraba una práctica que violentara los derechos. Durante años la MGF, como otros muchos actos de violencia perpetrados contra las mujeres dentro del ámbito de la familia o de la comunidad, han permanecido invisibles al ser considerados «asuntos privados» y, por lo tanto, ignorados como actuaciones de violencia y como actos que vulneran los derechos humanos.

Ahora bien, atendiendo a la realidad de los últimos años son 703.068 niñas y mujeres (según datos de Eurostat) las que están viviendo en Europa y podrían

correr el riesgo de sufrir mutilación y ya no hay justificación posible, estamos ante una práctica que, claramente, viola los derechos humanos, atacando a la dignidad, igualdad, integridad de las niñas y mujeres e incluso a la vida, incumpliendo los preceptos del derecho originario contenidos en el TUE y en la Carta de DFUE.

El inicio de la lucha europea contra la ablación se sitúa en 1998, fecha en la que se celebra la Primera Conferencia sobre Mutilación Genital Femenina organizada por la Unión Europea en Gotenborg (Suecia). Su objetivo principal fue informar a los Estados Miembros de la presencia del problema de la MGF en el marco europeo y de la necesidad de ejercitar acciones destinadas a solucionar esta situación.

A posteriori Comisión Europea se ha venido manifestando en numerosas ocasiones contra la violencia de género y expresamente contra la MGF, en la Comunicación «Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina» (2013), donde se hace mención expresa a la eliminación de la MGF, tanto dentro como fuera de la UE, reconociendo que el vínculo entre las comunidades afectadas en la UE y sus países de origen debe ser tenido en cuenta. La UE se compromete a apoyar a quienes se han implicado activamente en este ámbito, en particular, las organizaciones internacionales, los Estados miembros y las ONGs y admite que, dada la complejidad de la MGF, su abordaje requiere medidas multidisciplinarias y una estrecha cooperación con las comunidades en las que se practica.

En el Parlamento Europeo se han adoptado cuatro importantes resoluciones prohibiendo la MGF en 2001, 2009, 2012 y 2014, en las que se llama a la Comisión y a los Estados miembros a proporcionar medios legales y otros que sean necesarios para incrementar el grado de consciencia, la protección y el apoyo a las víctimas, así como, asegurar que los agresores sean perseguidos.

La última de las resoluciones citadas es de 6 de febrero de 2014 y en ella se hace referencia a la Comunicación de la Comisión de 2013 «Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina» en la que se exige adoptar frente a la MGF unas normas mínimas de protección. Así mismo, requiere a la Comisión para que presente, en el plazo más breve posible, una propuesta de acto legislativo de la UE relativo a la adopción de medidas de prevención contra todas las formas de violencia contra las mujeres (incluida la mutilación genital femenina) y, tal y como se indica en el Programa de Estocolmo, se adopte una estrategia global de la UE en esta materia que incluya, además, planes de acción conjunta estructurados para poner fin a la mutilación genital femenina en la UE.

Pero estas Resoluciones del Parlamento Europeo o las Comunicaciones de la Comisión Europea, tienen una eficacia jurídica muy limitada, en tanto que dejan al arbitrio de los Estados su efectivo cumplimiento, nos encontramos, en resumidas cuentas, ante normativa «soft law», es decir, sólo constituyen consejos, directrices o recomendaciones dirigidas hacia los Estados miembros.

La única normativa vinculante existente que previene o protege de las situaciones de violencia, aplicable a la situación específica de MGF, la encontramos relacionada con el derecho de asilo de las mujeres en riesgo, por ejemplo, la Directiva 2013/32/EU, de 26 de junio de 2013, sobre procedimientos comunes para la garantía y retirada de protección internacional; o la Directiva 2012/29/EU, del 25 de octubre de 2012, relacionada con el derecho de las víctimas de estos delitos a protección tras reconocerles la *condición de* «víctima de violencia».

También es importante mencionar, aunque la relación es menos estrecha con las víctimas de MGF, la Directiva 2011/36/UE, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas desde la perspectiva de género. Esta normativa amplía el concepto de trata de seres humanos, respecto de la normativa anterior, y se incluyen en él otras formas de explotación, teniendo especial cuidado con los/as menores que puedan ser víctimas de trata o la Directiva 2011/99/EU, de 13 de diciembre de 2011 sobre la Orden europea de protección.

3. ¿Constituye el «asilo» una medida suficiente para proteger a la población en riesgo de mutilación?

Aunque el art. 14 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), establece que «en caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país», este derecho no recibe el tratamiento merecido de carácter autónomo hasta la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados de 28 de julio de 1951 y el Protocolo relativo al estatuto de refugiado, de 4 de octubre de 1967, que amplía el ámbito de aplicación de la primera Convención. Actualmente, más de 140 Estados son parte de dichos instrumentos, convirtiendo algunas de las obligaciones que contienen en principios aplicables con carácter cuasi-universal, en particular, a través de un intenso desarrollo jurisprudencial.

Por otro lado, en el marco del Consejo de Europa este derecho no se recogió, no se incluyó en la Convención Europea de Derechos Humanos de 1950. No obstante, las sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, a las que después nos referiremos, imponen importantes obligaciones en materia de asilo a los Estados parte. Además, todos los miembros del Consejo de Europa deben adherirse a la Convención, interpretada por el Tribunal, y deben aceptar la jurisdicción del Tribunal Europeo de Derechos. En el marco del Consejo de Europa, uno de los principales retos para la protección de refugiados reside en el número exponencialmente creciente de demandas ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. El Protocolo No. 14 de la Convención intentó fortalecer la capacidad

del Tribunal, pero hasta ahora no ha logrado resolver el creciente número de casos pendientes.

Si se refiere, a este derecho el art. 3.2 del Tratado de la Unión Europea al señalar «la Unión ofrecerá a sus ciudadanos un espacio de libertad, seguridad y justicia sin fronteras interiores, en el que esté garantizada la libre circulación de personas conjuntamente con medidas adecuadas en materia de control de las fronteras exteriores, asilo, inmigración y de prevención y lucha contra la delincuencia». A ello hay que añadir el art. 18 CDFUE que dispone «se garantiza el derecho de asilo dentro del respeto de las normas de la Convención de Ginebra de 28 de julio de 1951 y del Protocolo de 31 de enero de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados y de conformidad con el Tratado de la UE y con el Tratado de Funcionamiento de la UE», ninguna de las citas anteriores distingue entre ciudadanos de la UE y personas nacionales de terceros países, en tanto en cuanto se refiere genéricamente a los derechos fundamentales de la «persona».

Resulta de mayor interés el art.19.2 CDFUE que reconoce que «nadie podrá ser devuelto, expulsado o extraditado a un Estado en el que corra un grave riesgo de ser sometido a la pena de muerte, a tortura o a otras penas o tratos inhumanos o degradantes», este precepto sí garantiza a la persona afectada un derecho subjetivo perfecto que puede hacer valer judicialmente ante el Estado competente para que este adopte la decisión correspondiente; ello significa que el Estado podría ser responsable si esas decisiones unilaterales se muestran contrarias al derecho en cuestión y a las normas imperativas que regulan esta materia. El art. 19 CDFUE introduce una importante limitación a las facultades decisorias de los Estados miembros, respecto a ciertas negativas de los Estados a la concesión del asilo en aquellos casos en que exista riesgo de sufrir mutilación.

Así pues, el derecho de asilo no es un derecho subjetivo perfecto; es un derecho incompleto, porque los Estados nacionales tienen una amplia potestad jurídico-política, como se podrá ver para España. La regulación de este derecho se remite a los términos establecidos por el legislador nacional, el cual goza de un relativo margen de discrecionalidad, aunque deberá respetar el marco general de las normas internacionales generales y comunitarias. Así pues, los Estados son, en principio, libres de ordenar discrecionalmente el derecho de asilo, aunque están obligados jurídicamente a respetar el principio fundamental de no devolución (art. 19.2 CDFUE), según el cual, no se puede devolver a su país de origen a quien se halla en peligro. Los Estados receptores de la solicitud pueden conceder o no el asilo con carácter discrecional a un extranjero que pide su amparo, pero no deberían devolverlo al Estado en el que sufre persecución ex art. 33 del Convenio de Ginebra de 1951, que como parte del estatuto mínimo protector de la persona refugiada garantiza el principio de no devolución o de no expulsión del refugiado, ello sin perjuicio de que se transgreda cada vez más por los países receptores y éstos cuenten con cierta impunidad.

4. El derecho de asilo en las Directivas comunitarias: su transposición al derecho español

La UE ha adoptado tres programas quinquenales –el más reciente el «Programa de Estocolmo: Una Europa abierta y segura que sirva y proteja al ciudadano», (2010) vigente hasta 2014– destinados a crear un Sistema Común de Asilo que ha de basarse en la interpretación y aplicación uniformes de la Convención de Ginebra de 1951.

Dicho Sistema Europeo Común de Asilo (SECA) está conformado por la siguiente normativa vinculante: la Directiva 2013/32/UE, sobre procedimientos comunes para la concesión o la retirada de la protección internacional; la Directiva 2013/33/UE, sobre normas para la acogida de los solicitantes de protección internacional; la Directiva 2011/95/CE sobre requisitos para el reconocimiento de nacionales de terceros países o apátridas como beneficiarios de protección internacional; el Reglamento 604/2013 del Parlamento Europeo y el Consejo, sobre criterios y mecanismos de determinación del Estado miembro responsable del examen de solicitud de protección internacional y el Reglamento 603/2013 del Parlamento Europeo del Consejo relativo a la creación del sistema «Eurodac» para comparación de impresiones dactilares desde las que se ha tratado de regular la política europea de asilo, aunque sólo armonizan las normas estatales a mínimos, por lo que los Estados miembros no están obligados a aplicar procedimientos uniformes y pueden mantener así, sus sistemas nacionales.

En materia de asilo, es preciso tener en cuenta que la nacionalidad del solicitante desempeña un papel fundamental, y ello perjudica la posibilidad de conseguir el asilo de las mujeres y niñas susceptibles de sufrir MGF, porque la Directiva 2013/32 advierte que un aspecto clave para determinar si una solicitud de asilo está justificada es la seguridad del solicitante en su país de origen y se está considerando seguro un país en el que estas prácticas estén legalmente prohibidas (ahora mismo, 50 países africanos prohíben la MGF), ello significa que esta práctica se ha erradicado formalmente, pero no siempre, de facto.

Es verdad que el país de origen orienta la resolución de la autoridad decisoria, pero ésta última tiene la obligación de informarse sobre la situación general imperante en ese país, es decir, en la materia que nos ocupa, informarse si en el país de origen del solicitante de asilo, pese a estar prohibidas esas prácticas formalmente, hay realmente o no riesgo de sufrirla. Curiosamente, en algún asunto, el Tribunal llega a utilizar la situación familiar del solicitante de asilo para justificar su denegación (en el Asunto Enitan Pamela Izevbekhai and Others *versus* Ireland, n.º 43408/08, de 17 de Mayo de 2011, atendiendo a la buena posición en la sociedad de la familia de la solicitante de asilo, así como, a la convicción de la familia de rechazar el MGF el Tribunal acaba denegando el asilo pese a que en el país de origen existía riesgo de sufrirla).

La Directiva 2013/32 ha sido transpuesta al ordenamiento español por la Ley 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social y por la Ley 12/2009 reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. La última Ley citada se remite, como es obligado, a las normas internacionales a las que ya nos hemos referido y en su art. 2 define legalmente lo que se entiende como derecho de asilo: «es la protección dispensada a los nacionales no comunitarios o a los apátridas a quienes se reconozca la condición de refugiado en los términos definidos en el art. 3 de esta Ley y en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951, y su Protocolo, suscrito en Nueva York el 31 de enero de 1967».

En el citado art. 3 se reconoce la condición de refugiado «a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él, y no esté incurso en alguna de las causas de exclusión del artículo 8 o de las causas de denegación o revocación del artículo 9». De este modo, se introduce en el articulado de esta Ley la definición del concepto de refugiado establecido en la Convención de Ginebra, como contenido esencial del mismo, ya que la Ley 5/1984 se remitía a los Instrumentos Internacionales ratificados por España, y en especial a la Convención de Ginebra y al Protocolo de Nueva York, sin recoger expresamente el citado concepto.

Además, como aspecto totalmente novedoso y sin precedentes, en el marco de los países comunitarios se ha ampliado el concepto anterior en lo que a la persecución por motivos de pertenencia a determinado grupo social se refiere, considerando a estos efectos, incluido en el mismo, a aquél basado en razones de género u orientación sexual contenido, a su vez, en la definición de refugiado. La inclusión del género, como razón de la persecución que puede justificar el asilo, supone una evolución con respecto a la legislación anterior, un avance muy importante hacia la igualdad entre mujeres y hombres y hacia el reconocimiento de las violencias. No obstante, al género no se le ha puesto al mismo nivel de exigencia para conseguir el asilo, que a las persecuciones que se pudieran sufrir por raza, religión, nacionalidad, grupo social y opiniones políticas (art. 7 Ley 12/2009), porque cuando el motivo de la persecución sea el género y la orientación sexual no bastará con ser perseguidos por ello, sino que se tendrá en consideración también las circunstancias imperantes en el país de origen (art.7.1.e) a efectos de determinar si tienen o no derecho al asilo.

A ello se añade que la Ley de Asilo, al hilo de lo que señala la Directiva 2013/32, excluye a las personas que procedan de un país considerado «seguro».

En el caso de la MGF esta limitación podría ser perjudicial para aquellas mujeres que no fueran reconocidas como refugiadas como consecuencia de que en su país de origen dicha práctica esta penalizada, lo cual sería muy negativo para la aceptación de la solicitud de asilo, y la derivaría a la solicitud de «protección subsidiaria».

Esta es una novedad significativa de la nueva Ley, contenida en el art. 4, que prevé que la protección subsidiaria sea dispensada a aquellas personas que no reuniendo los requisitos para la obtención del asilo, o para ser reconocidas como refugiadas, si existen motivos fundados para creer que si regresan a su país de origen, sufrirían un riesgo real de sufrir alguno de los daños graves, previstos en esta Ley, tales como la pena de muerte o el riesgo de su ejecución, la tortura, los tratos inhumanos y degradantes, así como, las amenazas graves contra la vida y la integridad, motivadas por una violencia indiscriminada en situaciones de conflicto armado internacional o interno, y que no pueden o, a causa de dicho riesgo, no quieren, acogerse a la protección del país de que se trate, siempre que no concurra alguna de las causas de exclusión o denegación.

Esta protección subsidiaria también sería difícil de obtener, pues con la citada regulación sólo se concedería si la solicitante de asilo está envuelta en alguna de las circunstancias del art. 10 de la Ley (tortura, conflicto interno o pena de muerte). La exigencia de dichas circunstancias dificulta el acceso a alguna protección, por lo que considero que debería imponerse el criterio adoptado en la Sentencia del TS de 10 de octubre de 2006 en la que se reconocía el Derecho de asilo a una mujer nigeriana, y ello aún cuando en dicho país esta práctica está prohibida, dado que en la misma se admitía que «existen numerosos informes que hacen dudar de que en Nigeria finalmente se otorgue protección efectiva a las personas que intentan evitar la mutilación genital».

No obstante, aun cuando se le denegase el Derecho de asilo, siempre existiría la posibilidad de que estas niñas o mujeres entraran legalmente en España solicitando la autorización de residencia por razones excepcionales y, en concreto, por razones humanitarias o de interés público, según establece el art. 34.2 de la Ley 4/2000: «En cualquier caso, el extranjero que se presente en dependencias del Ministerio del Interior acreditando que no puede ser documentado por las autoridades de ningún país y que desea ser documentado por España, una vez verificada la pertinente información y siempre que concurren y se acrediten razones excepcionales de índole humanitaria, interés público o cumplimiento de compromisos adquiridos por España, podrá obtener, en los términos que reglamentariamente se determinen, un documento identificativo que acredite su inscripción en las referidas dependencias».

Merece una mención aparte, la solicitante de asilo que siendo menor de edad tiene un fundado temor a ser mutilada en su país de origen, puesto que

el derecho a solicitar asilo lo tendría reconocido en el art. 19 del Convenio de Nueva York sobre los Derechos del Niño (1989) que señala: «Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo».

También podría invocarse, en su correspondiente ámbito de aplicación, el art. 16 de la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (1990) que reconoce protección, «al niño contra cualquier forma de tortura, trato inhumano o degradante y, especialmente, daños o abusos físicos o mentales, abandono o malos tratos, incluyendo abusos sexuales, mientras esté la cuidado de los padres, tutores legales, autoridades escolares o cualquier otra persona que tenga la custodia del niño. Dichas medidas de protección incluirán procedimientos eficaces para el establecimiento de unidades especiales de supervisión que ofrezcan la ayuda necesaria al niño y a aquellos que cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, la notificación, la remisión a una institución, la investigación, el tratamiento y el seguimiento de casos de abuso y abandono de niños».

5. El alcance de la protección a las víctimas de violencia

Tanto la Directiva 2013/33, sobre normas para la acogida de los solicitantes de protección internacional, como la Directiva 2012/29, que establece normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, garantizan, respectivamente, protección a las personas que en riesgo de sufrir la mutilación solicitan el asilo en un país, durante la tramitación y hasta su resolución, así, como protección a aquellas personas que hubieran sufrido el delito de la mutilación y estuvieran en un país de la UE.

La protección que se otorga a los solicitantes de asilo o a los que consiguen el estatuto de asilado se recoge en la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en Ley Orgánica 2/2006, de Educación o en la Ley 12/2009, entre otras. En la Directiva 2013/33 se regula el derecho de las familias solicitantes de asilo a mantenerse unidas si el Estado ofrece alojamiento (art.12), el derecho a la escolarización y a la educación de los menores (art 14), el derecho a acceder a un empleo (art 15) o el derecho a la atención sanitaria (art. 19), entre otros. En un sentido similar se reconocen estos derechos en la norma española (Ley 2012/29) cuyo art. 39 contiene medidas para mantener la unidad familiar tal como se encuentre presente en su territorio, en caso de que el Estado miembro de que se trate facilite alojamiento a

los solicitantes. Durante la tramitación de una solicitud de protección internacional, los miembros de la familia del interesado a los que hace referencia el art. 40 (ascendientes y descendientes en primer grado, a excepción de los supuestos de independencia familiar, mayoría de edad y distinta nacionalidad) se les autorizará la residencia en España con carácter provisional, condicionada a la resolución de la misma y en los términos que reglamentariamente se determinen.

Por otro lado, la Directiva 2012/29 que se ha transpuesto en España a través de la Ley 4/2015, de 27 de Abril, del Estatuto de la víctima del delito, es aplicable a las víctimas de delitos cometidos en España o que estén siendo perseguidos en España, con independencia de su nacionalidad, de si son mayores o menores de edad o de si disfrutaban o no de residencia legal (art.1).

En ella se adopta un concepto amplio de víctima, ya que el artículo 2 dispone que la norma se aplica tanto a las víctimas directas (el sujeto pasivo propiamente del delito) como a las víctimas indirectas (en el caso de delitos que impliquen la muerte o desaparición de una persona a consecuencia de la comisión del ilícito), sin que ello suponga que sea aplicable a los simples perjudicados.

Esta Directiva establece que las víctimas de delitos deben ser reconocidas y tratadas de manera respetuosa, sensible y profesional, sin discriminación de ningún tipo y tendrán derecho a recibir apoyo especializado y protección jurídica. En la Ley española se han desgranado los derechos de la víctima: desde el derecho a la información (art. 5), derecho a la traducción e interpretación (art.9), derecho de acceso a los servicios de asistencia y apoyo (art.10), derecho a justicia gratuita (art.16), derecho a que se evite el contacto entre víctima e infractor (art.20), derecho a medidas de protección para menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección (art.26), etc.

Tanto la normativa comunitaria como la nacional ofrecen servicios de apoyo especializado que tienen en cuenta, en particular, las necesidades específicas de las víctimas, la gravedad del daño sufrido como consecuencia de un delito, así como, la relación entre las víctimas, los infractores, sus hijos y su entorno social más amplio.

En cumplimiento de las disposiciones de la Directiva 2012/29/UE, el Estatuto de la Víctima ha previsto en su art. 23 un procedimiento de evaluación individual de las víctimas cuya finalidad consiste en determinar, tras una valoración de sus circunstancias particulares, si se aprecian necesidades especiales de protección para, de este modo, determinar qué medidas de protección, reguladas en los artículos siguientes, deben ser adoptadas para evitar a la víctima perjuicios relevantes que, de otro modo, pudieran derivar del proceso. Esta valoración tendrá especialmente en consideración: las características personales de la víctima, la naturaleza del delito y la gravedad de los perjuicios causados a la víctima, así como el riesgo de reiteración del delito, y las circunstancias del delito.

6. Instrumentos no normativos de lucha contra la MGF

Como señala la Comunicación de la Comisión «Hacia la eliminación de la MGF» de 2013, los marcos legislativos y la aplicación de la legislación son necesarios, pero no suficientes, para garantizar el abandono de la MGF. Se precisan cambios en las actitudes y creencias de las comunidades en cuestión. Por este motivo, a la lucha contra MGF se dedican importantes recursos desde la UE.

La UE apoya a las organizaciones no gubernamentales con proyectos transnacionales para combatir la violencia contra la mujer, los niños y los jóvenes. En este sentido, la UE, en general, y la Comisión, en particular, están prestando apoyo financiero a las Organizaciones No gubernamentales y a otras organizaciones que trabajan de manera activa para poner fin a estas formas de violencia.

Para su erradicación se lanzó la Iniciativa Daphne (1997-1999) a la que se destinaron recursos económicos para llevar a cabo proyectos de apoyo a las víctimas de violencia y para combatir la violencia contra las mujeres, los niños y los jóvenes. Posteriormente, el Programa Daphne (2000-2003) continuó trabajando en esta Iniciativa con 20 millones de euros para los siguientes cuatro años de su vigencia. Éste fue seguido del Programa Daphne II (2004-2008) con una media de presupuesto anual de 10 millones de euros y posteriormente, nació el Programa Daphne III (2007-2013) con un presupuesto medio anual de 16,7 millones de euros. El Programa Daphne continúa en el periodo 2014-2020 desde el Programa Derechos, Igualdad y Ciudadanía.

En el informe que presenta la Comisión Europea tras la finalización del Programa Daphne III se pueden conocer sus resultados, los beneficiarios, objetivos cumplidos, etc. Ciñéndonos a los resultados de este último programa podemos decir que han participado fundamentalmente Organizaciones No Gubernamentales (47%), universidades (18%), plataformas y otros (13%). Se han financiado 307 proyectos en total con diferentes temáticas: prevención de la violencia y protección de las víctimas de violencia, igualdad de género y derechos de las mujeres, protección de los derechos de los niños, tráfico de personas y explotación sexual, salud física y mental, siendo uno de los países más participativos en estos proyectos Italia, seguido de Reino Unido y España.

Con estos proyectos, entre los que está el Proyecto AFTER (Against FGM/C Through Empowerment and Rejection) del que se nutre este trabajo, la Unión Europea trata de paliar la falta de políticas en la UE sobre esta materia. La mayoría de las medidas ayudaron a mejorar la protección de las víctimas de la violencia o los grupos en riesgo, ya sea directa o indirectamente y un número significativo de proyectos han contribuido a la formulación de políticas y a la elaboración de leyes a nivel nacional.

7. Conclusiones:

Ni el Tratado de la Unión Europea ni la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea recogen explícitamente la «violencia de género». Tenemos que recurrir a los valores fundamentales de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad y defensa de los derechos humanos para luchar y prohibir la práctica de la curación.

Tradicionalmente no se consideraba que la MGF fuera un problema para Europa, además se entendía vinculado a las tradiciones y a la cultura y no se entendía una práctica que violentara los derechos, por ello durante años la MGF, como otros muchos actos de violencia perpetrados contra las mujeres dentro del ámbito de la familia o de la comunidad, han permanecido invisibles al ser considerados asuntos privados y, por lo tanto, ignorados como actuaciones de violencia y como actos que vulneran los derechos humanos.

La tardanza de las instituciones comunitarias en responder ante este tipo de prácticas se refleja en la debilidad de los instrumentos que actualmente se recoge, ya sea para prevenir o proteger, tales como, recomendaciones, conclusiones, dictámenes, etc. todos ellos sin carácter vinculante para los Estados miembros.

La escasa normativa vinculante que encontramos en la UE en relación con el tema de la MGF está vinculada al derecho de asilo y no ofrece una protección absoluta a las posibles víctimas, porque advierte que su concesión estará vinculada no sólo a la situación de violencia sino también a los caracteres de «seguridad» del país de origen, lo que deja en manos de los Estados la decisión en torno a si el país de origen es «seguro» o no.

La normativa nacional que desarrolle la regulación comunitaria existente respecto a la MGF podría mejorar sustancialmente el régimen comunitario, teniendo en consideración que estamos ante normas que sólo marcan mínimos de actuación a los Estados.

Referencias bibliográficas:

- AA.VV, (2014), «Protección de las víctimas de violencia de género en la UE», editoras T. FREXE y L. ROMAN, ed. Universitat Rovira y Virgili, Tarragona, 2014, revisado en http://158.109.137.58/epogender2/images/news/Handbook/epogender_cast_web.pdf
- García García-Cervigón, J. (2011), «La mutilación genital femenina en el ordenamiento jurídico: ¿violencia intrafamiliar, delito de lesiones o violencia de género?», *La Ley Penal*, num. 78.
- Kaplan, A. y Nuño Gómez, L. (2017), *Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina*, Dickinson, Madrid.

- Monereo Pérez, J.L. (2017) «Refugiados y derechos humanos: el estatuto de los refugiados y el asilo como derecho humano», *Nueva Revista Española de Derecho del Trabajo*, num. 194.
- Quicios Molina, M.S., (2017), «Protección en España de las niñas en riesgo de sufrir mutilación genital», *Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil*, num.4.
- Luaces Gutierrez, A.I., (2016), «Los derechos en la ley 4/2015, de 27 de Abril, del estatuto de la víctima del delito: especial consideración a la participación de la víctima en la ejecución penal», *Revista de derecho penal y criminología*, núm. 15,
- Rico, N., (1996) «Violencia de género: un problema de derechos humanos», serie *Mujer y desarrollo*, n.º 16, revisado en: <https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27403/violenciadegenero.pdf>
- Román, D., (2016), «Le droit d’asile pour les victimes de mutilations génitales féminines», *Recueil Dalloz*, n° 21, p. 1215-1219.
- Selden, A. (2017), «Compulsory health checks, female genital mutilation and rights balancing at the European Court of Human Rights», *European human rights law review*, n.º 5, p. 480-491.
- Vallejo Peña, C., «Mutilación genital femenina: violencia de género con nuevas trabas para su persecución en España», *Revista de Estudios Jurídicos*, n.º 14/2014, Versión electrónica: rej.ujaen.es
- Ventura Franch, A., «El convenio de Estambul y los sujetos de la violencia de género. El cuestionamiento de la violencia doméstica como categoría jurídica», *Revista de Derecho Político*, n.º 97, 2016.

Documentos consultados:

- Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE) (2007)
- Consejo de la UE adoptó el Programa de Estocolmo: «Una Europa abierta y segura que sirva y proteja al ciudadano (2010-2014)»
- Consejo de la UE «Conclusiones para la erradicación de la violencia de género contra las mujeres» (2010)
- Consejo de la UE, Pacto Europeo por la Igualdad de Género (2011-2020)
- Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951
- Comisión de la UE, Comunicación de la Comisión de 1 de marzo de 2006 titulada «Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010»
- Comisión de la UE, Comunicación «Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina» (2013)
- Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados de 28 de julio de 1951
- Directiva 2013/32/EU, de 26 de junio de 2013, sobre procedimientos comunes para la garantía y retirada de protección internacional
- Directiva 2013/33/UE, sobre normas para la acogida de los solicitantes de protección internacional
- Directiva 2011/36/UE, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas desde la perspectiva de género
- Directiva 2011/99/EU, sobre la Orden europea de protección
- Directiva 2012/29, del Estatuto de la víctima del delito

- Directrices de la Unión Europea sobre la violencia contra las mujeres y la lucha contra todas las formas de discriminación contra ellas, (2008)
- Parlamento Europeo y del Consejo, Decisión n.º 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2007, por la que se establece, para el período 2007-2013, un programa específico para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (programa Daphne III) integrado en el programa general Derechos fundamentales y justicia.
- Protocolo relativo al estatuto de refugiado, 1967
- Reglamento 604/2013 del parlamento Europeo y el Consejo sobre criterios y mecanismos de determinación del Estado miembro responsable del examen de solicitud de protección internacional
- Reglamento 603/2013 del Parlamento Europeo del Consejo relativo a la creación del sistema «Eurodac» para comparación de impresiones dactilares
- Tratado de la Unión Europea (TUE) (2007)

V.

Políticas y marco de actuación en España

PATRICIA FERNÁNDEZ DE CASTRO

Universidad de Castilla-La Mancha

1. Políticas nacionales

Tal y como se explica en el capítulo precedente, más allá de la protección de las víctimas y la promoción de las políticas contra la MGF por parte de la comunidad internacional y los organismos internacionales, el papel de los Estados en la intervención, protección y persecución de esta práctica es primordial. En el escenario español, además del ámbito nacional, la responsabilidad de las comunidades autónomas juega también un papel muy relevante, de modo que, en el presente capítulo, trataremos de ofrecer un panorama al respecto.

Nos referiremos a políticas públicas que incluyan todas aquellas disposiciones emanadas por los poderes públicos en las que se contemple la MGF, ya tengan o no carácter vinculante, sean disposiciones normativas o planes y protocolos de intervención sobre la problemática. Por tanto, en el análisis que aquí se presenta tan relevante es la mención de la MGF en una norma con rango legal como la existencia de un Plan específico dirigido a eliminar la MGF, siendo ambos instrumentos complementarios, máxime cuando suelen ser aquellas las que protegen el derecho y éstos los que regulan el modo de llevarlo a cabo.

Por otra parte, siendo esta práctica una forma de violencia de género, creemos que el hecho de que se encuentre recogida y regulada dentro de las políticas de igualdad de género (y de eliminación de violencia contra las mujeres) es incuestionable. La MGF pone de manifiesto la desigualdad entre ambos sexos y la discriminación de las mujeres, que en este caso se muestra evidenciada a través de una violencia extrema sobre las mismas. Pero si el principio de transversalidad de género es clave en las políticas de igualdad, la relevancia de tomarlo en consideración respecto de la MGF es vital. Las siguientes líneas tratan de argumentar esta idea que, además, obedece a los criterios metodológicos de análisis aquí utilizados, ordenando las políticas estudiadas en diversas categorías que se detallarán más adelante.

Es la propia Constitución Española de 1978 la que dispone el mandato dirigido a los poderes públicos para el logro de una igualdad real y efectiva (art. 14 y 9.2 CE), siendo las políticas de igualdad el instrumento necesario para el cumplimiento de tal fin. Pero las políticas específicamente dirigidas a la igualdad de género sólo son la primera piedra en la construcción de sociedades igualitarias, siendo necesario integrar la perspectiva de género en el conjunto de políticas públicas. Así, el principio de transversalidad de género está presente y consolidado en las políticas de la Unión Europea y también en el contexto español. Tras la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en Pekín en el año 1995, el Cuarto programa para la igualdad de oportunidades (1996-2000) de la UE reforzó las acciones llevadas a cabo en materia de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres con la inclusión, dentro de su programa de acción, del principio de transversalidad de género, siendo desde ese momento una constante en el diseño de las políticas de igualdad. En España, aunque ya aparece recogido en planes de igualdad de mujeres anteriores, la consolidación definitiva del principio de transversalidad se produce a partir de la aprobación de la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres en marzo de 2007, que establece el principio de transversalidad como criterio de actuación general de todos los poderes públicos en la planificación y desarrollo presupuestario de todas las políticas. Así, la incorporación de la perspectiva de género en todos los ámbitos de la agenda política, considerando en cada uno los temas de género que puedan afectar a la desigualdad entre mujeres y hombres, es esencial en el logro de la igualdad entre mujeres y hombres.

Basándonos en el principio de transversalidad de género, este estudio parte de una premisa previa que ordena nuestras categorías de análisis. Es necesario incorporar la mutilación genital femenina de manera expresa en el conjunto de políticas públicas en las que pueda verse afectada. Las consecuencias de la MGF afectan a todas las esferas de la vida de mujeres y niñas y durante diferentes periodos de sus vidas. Las víctimas muestran necesidades de salud específicas durante toda su vida, pero también tienen necesidades relacionadas con su integridad personal, autonomía para la toma de decisiones y bienestar emocional. Demuestran problemas en su identidad, desde una perspectiva sexual y de autoimagen, etc. Pero también hay consecuencias para aquellas niñas y mujeres que se oponen a la mutilación y que deben enfrentar el rechazo y el aislamiento de sus comunidades. Dada la complejidad del problema, la MGF debería estar presente, al menos, en los siguientes ámbitos: asilo, ámbito penal, protección de menores, salud, educación, servicios sociales y género.

Además de detectar las políticas en las que se contempla la MGF o aquellos ámbitos en los que la misma está ausente, se mostrará el análisis de las principales medidas contenidas en cada uno de los instrumentos estudiados. Para ello, las categorías de análisis utilizadas se diferencian en medidas de prevención, de protección y de persecución de la MGF.

Por **medidas de prevención** entendemos todas aquellas acciones dirigidas a evitar la MGF y eliminar el riesgo de la misma (prevención primaria) así como aquellas otras dirigidas a reducir sus efectos después de la práctica (prevención secundaria). Las medidas de prevención tienen una perspectiva más comunitaria, siendo la comunidad, o los grupos específicos afectados directamente por la problemática, los destinatarios de este tipo de acciones.

Las **medidas de protección y asistencia** ponen el énfasis en el apoyo a las víctimas, y en consecuencia, se dirigen a las mujeres y niñas que han sido o están en riesgo de ser mutiladas. En este caso, las medidas están orientadas a la protección en caso de una mutilación inminente o ante el riesgo de padecerla, pero también pueden referirse a todas aquellas acciones que guarden relación con las necesidades de atención que presentan las víctimas de la mutilación genital femenina a lo largo de su vida y en los diferentes escenarios en los que las consecuencias se manifiestan.

Finalmente, las **medidas de persecución** se dirigen al enjuiciamiento del delito, poniendo el foco en las personas responsables de haber practicado y/o consentido una mutilación genital a una mujer o niña.

1.2. *Ámbito penal.*

La MGF es delito en España desde 2003. Atendiendo a las exigencias y criterios establecidos por la propia Unión Europea, 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**, modificó el art. 149 del Código Penal. El segundo apartado de este nuevo artículo queda redactado de la siguiente manera:

«El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce 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 cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.»

Desde este momento, la MGF es recogida expresamente en el Código Penal español como delito, siendo castigada para quien la practique con penas entre los seis y los doce años y pudiendo suponer la inhabilitación del ejercicio de la patria potestad para los progenitores de niñas sometidas a esta práctica.

Por otra parte, la **Ley de Enjuiciamiento Criminal** (Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal) recoge en su artículo 262 la obligación de aquellos profesionales que por razón de

su cargo, profesión u oficio conocieran de algún delito, de denunciar a las autoridades competentes (Ministerio Fiscal, tribunal competente, juez de instrucción o policía). Tanto los profesionales sanitarios, como de la educación o de servicios sociales, por tanto, están obligados a denunciar si tuvieran noticia de que una mujer o una niña corre el riesgo de ser mutilada o ya le ha sido practicada la misma.

Posteriormente, en aplicación del principio de justicia universal, se permitió la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero. **La Ley Orgánica 3/2005, de 8 julio** modifica la Ley Orgánica del Poder Judicial añadiendo un nuevo epígrafe g) al Art. 23.4.º, de manera que la jurisdicción española es competente, desde ese momento, en aquellos casos en los que se haya practicado, fuera del territorio nacional, una mutilación genital femenina por parte de españoles o extranjeros, eso sí, en el caso de la MGF, siempre que los responsables se encuentren en España. Esta reforma de la LOPJ ofrece respuesta a dos realidades relativas a la MGF. La primera, es el reconocimiento de la práctica como una violación de derechos fundamentales de las mujeres y de las niñas que ataca de una forma tan grave la integridad física, psicológica y social de las mujeres que permite la extensión de la aplicación del Derecho penal español aunque el delito no se haya cometido en este territorio. En segundo lugar, responde a una realidad cotidiana que obliga a tomar medidas en este sentido. Como hemos visto, la gran parte de las mutilaciones practicadas a niñas que residen en territorio español se producen aprovechando viajes o estancias en los países de origen.

Sin embargo, la **Ley Orgánica 1/2014, de reforma de la Ley Orgánica del Poder Judicial relativa a la justicia universal** va a modificar sustancialmente el panorama de la persecución extrajudicial para los delitos de mutilación genital femenina. Con el Partido Popular en el Gobierno, se aprueba en el Congreso una reforma exprés de la LOPJ que va a reducir al mínimo la justicia universal en España y en particular, la persecución de los delitos de mutilación genital. La Ley modifica el citado artículo 23 de la LOPJ dejando de mencionar expresamente (tal y como aparecía recogido en la redacción anterior) la mutilación genital femenina como delito en el que es competente la jurisdicción española aun siendo cometido fuera del territorio nacional. No obstante, sí quedan dentro del artículo 23 los delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), por lo que esta práctica seguiría quedando dentro de los delitos perseguibles por el principio de justicia universal, pero con limitaciones. Podrán conocer los jueces casos de mutilaciones hechas fuera de España siempre que el procedimiento se dirija contra un español, se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España o la víctima tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España en el momento de la comisión del delito (y en este último caso, siempre que la persona a la que se

impute el delito se encuentre en España). Estos requisitos limitan la posibilidad de actuación de los jueces en algunos casos. Por ejemplo, aún cuando la víctima fuese española, si el autor no es español y no se encuentra en España, no sería posible denunciar en España bajo el paraguas de la jurisdicción universal. Como hemos visto, este supuesto entraría dentro de la mayoría de la casuística sobre mutilaciones genitales femeninas practicadas a niñas en los viajes a su país de origen.

Pero el Derecho penal y las medidas de persecución del delito no son suficientes. Es imprescindible rechazar la práctica de la mutilación genital femenina a través de su prohibición específica en la legislación penal, pero este tipo de medidas no resuelven el problema, ni protegen a la víctima ni reparan el daño causado y sus consecuencias. Creemos que tampoco es útil desde un punto de vista preventivo, en el sentido de utilizar el derecho sancionador como vía para disuadir al individuo de la práctica de la mutilación, dado que se trata de una práctica cultural y, como tal, aún hoy no es percibida como algo nocivo en la gran mayoría de situaciones.

1.3. *Asilo y extranjería*

La protección a través del derecho de asilo es un derecho humano fundamental (Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 14) desarrollado en la Convención de Ginebra sobre los Refugiados de 1951, que señala que el estatuto de refugiado se aplicará cuando existan fundados temores de ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas y, estando fuera de su país, no pueda acogerse a su protección ni pueda regresar debido a esas razones. La Constitución Española lo reconoce en su artículo 13 y se regula en la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria.

Aunque la Convención no menciona expresamente la mutilación genital femenina (ni siquiera la persecución por motivos de género) como motivo de protección internacional, no podemos entender esta declaración de manera restrictiva. Es mayoritariamente aceptado que la persecución por motivos de género constituye persecución y por tanto entra dentro de los motivos de protección de la Convención de Ginebra. La Agencia de la ONU para los Derechos Humanos (ACNUDH, 1990) se ampara, en primer lugar, en el Derecho internacional y regional de derechos humanos. El reconocimiento de asilo protege del peligro de violación de derechos humanos fundamentales como el de protección frente a la violencia física, el derecho a la salud, a no ser sometido a tratos humanos y degradantes y, en definitiva, el derecho a la vida. Pero además, se considera una forma específica de persecución de las niñas, afectándolas a ellas de manera especialmente gravosa. Por otra parte, la Ley 12/2009, que regula en derecho de asilo en

España reconoce expresamente la condición de refugiado por motivos de género, lo que ha supuesto un avance importante en el reconocimiento y la exigencia de protección de las situaciones de discriminación y violencia de género.

Sin embargo, al contrario de lo que ocurre con otros motivos recogidos en la citada Ley, el de género no puede dar origen a una persecución por sí solo, sino que dependerá de las circunstancias imperantes en el país de origen, debiendo poder probar la persona solicitante de asilo un temor fundado a ser perseguida por su condición de mujer. En general esta situación resulta difícil para la totalidad de los casos de violencia de género. En particular, respecto de los casos de mutilación, habiendo prohibido la práctica de la mutilación genital femenina en muchos de los países en los que aún sigue siendo comúnmente practicada, y realizándose en contextos familiares, de manera clandestina, en muchas ocasiones, es evidente que dificulta las posibilidades de prueba a la hora de la concesión del asilo por parte de la autoridad competente. No obstante, es necesario apuntar que España ha ido progresivamente aceptando el estudio de casos de personas huyendo de violencias llevadas a cabo por la comunidad o en el ámbito familiar³, pero la realidad es que es necesaria una mejor recopilación de datos estadísticos sobre las peticiones de asilo por motivos de género y en particular por casos de mutilación genital femenina. Aún estando prohibida en sus países de origen, la MGF sigue constituyendo un problema real, continúa practicándose y siguen vulnerándose derechos humanos fundamentales de niñas y mujeres, que debieran ser objeto de protección por parte del derecho internacional.

Por otro lado, aunque su articulado no menciona la MGF, la **Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social**, además de proteger el derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria y a la Seguridad Social y los servicios sociales y sus prestaciones básicas, prevé la promoción de la integración de los extranjeros en la sociedad española por parte de los poderes públicos (art. 2 ter), que deberá llevarse a cabo con carácter transversal a todas las políticas y servicios públicos.

1.4. Protección de menores

Entre otros motivos, la MGF se ha practicado con el objetivo de marcar el paso de las niñas a la edad adulta, siendo un rito asociado a celebraciones por parte de la familia y la comunidad. La prohibición de la práctica y, afortunadamente, la sensibilización de mujeres sobre las consecuencias de esta práctica y sobre las «sinrazones» de la misma ha cambiado la forma de practicarla en algunos contextos, pasando a ser un acto clandestino y más alejado de ceremo-

³ La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria cita expresamente a los agentes no estatales entre los agentes de persecución.

nias públicas. Tal situación ha hecho descender en algunos contextos la edad en la que se practica la mutilación, produciéndose, en estos casos, a una edad más temprana (Médicos del Mundo, 2017). Por otra parte, las niñas que residen en España procedentes de países en los que se practica la MGF, son objeto de especial preocupación en el momento en el que viajan a sus países de origen, ya sea de vacaciones o por estancias más prolongadas en el tiempo, que corren el riesgo de regresar a España habiendo sido cortadas.

Atendiendo a la legislación española, la protección de las niñas víctimas de mutilación genital está garantizada con 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**. La citada ley menciona la MGF expresamente en su articulado, siendo un principio rector de la acción administrativa de las Administraciones Públicas la protección contra toda forma de violencia, entre las que incluye esta práctica (art. 11). Así, las niñas que estén en riesgo de ser mutiladas o hayan sido sometidas a la práctica debieran ser sujeto del amplio marco jurídico de protección que propugna la Ley y que vincula a todos los Poderes Públicos, a las instituciones relacionadas con los menores, a los padres y familiares y a la ciudadanía en general. La citada Ley regula los principios generales de actuación frente a situaciones de desprotección social, que incluyen la obligación de la entidad pública de investigar los hechos que puedan ser constitutivos de desprotección de los menores y la intervención de los Servicios Sociales, la asunción de la tutela de la menor en caso de que sea necesario y la obligación de comunicación del hecho a la autoridad por parte de toda persona que detecte una situación de riesgo o desamparo de la menor. Además, esta protección alcanza específicamente a los menores extranjeros que se encuentren en España, que tienen derecho a la asistencia sanitaria y servicios y prestaciones sociales básicas, en las mismas condiciones que los menores españoles. Y en este sentido, la Administración Pública está llamada a velar especialmente por menores extranjeros que puedan ser especialmente vulnerables, como aquellos que presenten necesidades de protección internacional y otros abusos cuya protección está prevista en la ley en cumplimiento de los derechos protegidos en la misma (art. 10.3).

Pero la ley va un paso más allá al reconocer que, en los términos establecidos en la **Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social**, los poderes públicos han de tener como objetivo el logro de la plena integración en la sociedad española de los menores extranjeros. En definitiva, las niñas en riesgo de ser mutiladas debieran ser objeto de protección y asistencia integral por parte de las autoridades sanitarias y de los servicios sociales, pero además, y en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley, la atención a las necesidades de integración social, que están presentes en las niñas y mujeres víctimas de mutilación genital o en riesgo de estarlo, debiera de ser objeto de políticas públicas en las que se adopten medidas de prevención

(y no solo de protección y asistencia) para solucionar esas dificultades de integración social derivadas de esta práctica.

Si bien la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, recoge el marco de protección general de los y las menores en España, respecto del desarrollo de marcos de trabajo específico a la hora de declarar medidas de protección (riesgo o desamparo) concretas en caso de maltrato infantil, habremos de atender a la legislación específica de las Comunidades Autónomas así como a sus planes, programas y protocolos de actuación, dado que son ellas quienes poseen competencias en temas de protección del menor.

No obstante, a nivel nacional se han adoptado también planes y protocolos dirigidos a la protección de menores a los que debemos hacer referencia en el marco de este estudio. El **Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil adoptado en 2007**, aunque no menciona en su texto la MGF, a tenor de la normativa advertida sobre protección del menor, debemos entender que incluye también la intervención en los casos en que se haya realizado (o esté en riesgo) esta práctica a una menor. El objetivo de este documento es establecer un protocolo de actuación en los casos de maltrato infantil, garantizando la coordinación de las actuaciones de las instituciones competentes en un intervención social dirigida a víctimas de maltrato infantil. Para ello, el documento establece la necesaria implicación de instituciones responsables de los cinco ámbitos relacionados con la infancia: educativo, sanitario, policial, social y judicial. No obstante, la MGF es desconocida en España para un gran número de profesionales que trabajan en tales ámbitos de intervención, por lo que no incluirla expresamente en este tipo de documentos es, sin duda, negativo de cara a su erradicación y posible trabajo de asistencia y prevención.

Este es también el caso del **II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016**, aprobado por Acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013. Dicho Plan, que nace con la vocación de servir de instrumento integrador de las políticas de infancia y adolescencia en España, no menciona la MGF en ninguno de sus apartados y objetivos. Pero en este caso, es mucho más difícil de entender porqué no se cita ni se aborda la cuestión de manera expresa. Si bien pensamos que el Protocolo de maltrato infantil de 2007 al que nos referimos más arriba debería haber incluido la MGF, este es, sin embargo, un instrumento en el que se establecen líneas prácticas de actuación para que la coordinación entre instituciones sea la más eficaz en la protección de los menores, sin entrar a detallar cuestiones conceptuales sobre qué constituye y qué no maltrato. Pero no es este el escenario del II Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia adoptado en 2013. Dicho Plan contempla directrices políticas sobre ámbitos como la promoción de la infancia, protección e inclusión social de menores, salud, educación, prevención de situaciones de conflicto social o participación infantil y desarrollo de entornos adecuados para los menores. Además, en numerosas ocasiones se hace referencia a los menores nacidos en el extranjero, destacando su propor-

ción cada vez mayor en España y atendiendo a sus posibles circunstancias específicas como elementos de especial atención, como en el caso de los menores extranjeros no acompañados, la prevención de enfermedades o los problemas de inclusión en los centros educativos y en la sociedad española en general. En definitiva, era éste el contexto adecuado para mencionar la MGF de manera expresa, entendiéndola como una problemática también creciente en nuestro país que requiere de protocolos de actuación específicos y de un cuidadoso trabajo de coordinación entre instituciones.

Este es el argumento que se adoptó tras la aprobación del **Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar de 2014**, adoptado por el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Este documento trata de actualizar el Protocolo Básico de intervención contra el Maltrato Infantil de 2007, incluyendo la dimensión familiar e incorporando formas de violencia contra las niñas, citando expresamente la mutilación genital femenina como una de ellas. El Protocolo pretende mejorar la detección precoz del maltrato infantil, perfeccionar la coordinación interinstitucional e incluir en su ámbito de aplicación a los menores de edad expuestos a la violencia de género. Tal y como recogía el Protocolo precedente, el de 2014 describe las situaciones de desprotección en función de la intensidad del maltrato, catalogándolas como de maltrato leve o moderado y maltrato grave. En esta ocasión, la posibilidad de ser víctima de mutilación genital femenina se incluye dentro del concepto de situaciones de maltrato grave objeto de protección, situándolo al mismo nivel que los casos de violencia de género o casos de maltrato o explotación que pongan en peligro la integridad y el bienestar del menor. Siguiendo con el mismo argumento ya utilizado antes, aunque la MGF es reconocida ya como una situación de violencia de género por declaraciones y normativa internacional, parece que citar de manera expresa la MGF, situándolo al mismo nivel que los supuestos de violencia de género pero diferenciando una de otra, obedece a un intento (creemos que acertado) por visibilizar una problemática aún desconocida en nuestro país y alertar a autoridades y profesionales sobre la misma.

1.5. Servicios Sociales

Las políticas públicas relacionadas con los Servicios Sociales son uno de los ámbitos en los que debiera regularse la intervención en casos de mutilación genital femenina. Sin embargo, las competencias en esta materia están transferidas a las Comunidades Autónomas (art. 148.20 CE) y es en este marco en el que se fueron promulgando las respectivas Leyes Autonómicas de Servicios Sociales, que promueven una red de equipamientos y servicios en cada región. Siendo así, este estudio no puede ofrecer un panorama sobre el abordaje de los Servicios Sociales en materia de MGF, aunque aludiremos a este ámbito más adelante, al

analizar los protocolos específicos sobre MGF en los que se planifican actividades de coordinación con los servicios sociales.

1.6. *Sanidad*

En el ámbito sanitario encontramos el mayor desarrollo sobre regulación en materia de mutilación genital femenina en el contexto nacional. En el año 2012 se adoptó el **Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género**. Este documento se sitúa en la línea que se había establecido ya un año antes en el Convenio de Estambul de 2011, y la que se está considerando mayoritariamente en los últimos tiempos en las políticas adoptadas sobre violencia de género, y que parece ser la tendencia del legislador actualmente. Nos referimos a la asunción de un concepto amplio de violencia de género que incluya distintas formas de violencia más allá de las específicas de las relaciones de pareja, entendido pues como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino. En este sentido, el Protocolo al que venimos aludiendo recoge la mutilación genital femenina como una forma de violencia sexual contra las mujeres, pero al mismo tiempo prevé, no obstante, la necesidad de adoptar otros protocolos específicos debido a las especiales características del problema.

Este Protocolo hace especial consideración en el tratamiento de mujeres víctimas de violencia de género que estén en situaciones de especial vulnerabilidad. Tal puede ser el caso de las mujeres inmigrantes, sobre las que se describe la siguiente situación: «A la consulta sanitaria pueden llegar niñas y mujeres que han sufrido además, otra de las formas de violencia de género, como es la mutilación genital (MGF), hecho altamente traumático con profundas huellas emocionales y graves consecuencias en todos los ámbitos de la salud. El estigma y la vergüenza son factores poderosos que muchas veces frenan a estas mujeres a la hora de buscar ayuda». Por tanto, el protocolo alerta al personal sanitario sobre una problemática que es desconocida en gran medida y a la que deben atender. En ese sentido, el protocolo recuerda que entre las obligaciones del personal sanitario está la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo (art. 355 LECrim), tal y como es el caso de la violencia de género y de la mutilación genital femenina en particular.

Actualmente, el documento de referencia en materia de mutilación genital femenina se adopta en el marco de las políticas sanitarias. Nos referimos al **Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina**, adoptado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015, y responde a una necesidad ya manifestada en el *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género de 2012* que hemos mencionado, que es la pretensión de adoptar protocolos específicos sobre MGF, independientemente de que la problemática se mencione en otros más genéricos como los referidos

a violencia de género. El Protocolo nace con el objetivo de servir de herramienta para la sensibilización y formación de profesionales en la lucha contra la MGF y, al mismo tiempo, para orientar actuaciones homogéneas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. También establece entre sus objetivos el de prevención y detección del riesgo de su práctica en niñas.

En este instrumento se establecen las bases para una intervención integral, multidisciplinar e interdisciplinar, que abarca desde la atención primaria a la especializada (pediatría, ginecología, obstetricia, urología, psicología, trabajo social, etc.) y alcanza a todo el personal sanitario que pueda estar implicado, incluido el personal de admisión y citación. Aunque no se adoptan medidas concretas al respecto, el Protocolo también contempla (y otorga especial importancia) al trabajo en red con otros profesionales y organizaciones como son los servicios sociales, la comunidad educativa, el sistema de protección de menores, fiscalía, mediación intercultural, ONGs, etc.

El Protocolo tiene tres partes diferenciadas. En la primera parte, se realiza una exposición detallada sobre el concepto de MGF así como las causas, los tipos y las consecuencias de su realización. La epidemiología a partir del análisis de los países en los que originalmente se lleva cabo la práctica y los y las residentes de esos países en España y el marco jurídico en el que se sustentan las acciones dirigidas a su erradicación. Esta primera parte teórica es importante para cualquier tipo de actuación, pero es fundamental cuando, como venimos argumentando, el desconocimiento por parte de los profesionales es elevado. Aunque no es la forma óptima de sensibilización, sí es útil para alertar sobre un problema que, en muchas ocasiones, ni siquiera existe en el imaginario social de los profesionales de la salud.

La segunda parte del documento es en sí el protocolo de actuaciones sanitarias a poner en funcionamiento en los casos de MGF. Las medidas y actuaciones que aquí se consideran parten de un abordaje integral, y por tanto pretende instruir en medidas específicamente de prevención y medidas de intervención y atención en los casos de riesgo de MGF o en los supuestos en que la misma ya se haya realizado, todo ello diferenciando las acciones en función de la edad de las víctimas (mujer adulta, mujeres jóvenes mayores de 18 años o niñas).

En cuanto a las **medidas de prevención**, podemos distinguir dos sujetos que son objeto de las mismas: los profesionales y las familias.

Respecto de los profesionales, se persiguen los objetivos de sensibilización y formación, siendo población diana para sensibilizar y capacitar los profesionales de la Atención Primaria (pediatras y enfermeras de pediatría, matronas, medicina de familia y enfermería de familia así como trabajo social), los de especialidades médicas como ginecología, obstetricia, urología, pediatría, salud mental, urgencias e incluso otros profesionales como el personal de los centros de vacu-

nación internacional o personal administrativo y/o de admisiones de los centros hospitalarios.

La sensibilización y formación de los profesionales a través de los Planes y Programas de Formación habrá de llevarse a cabo, fundamentalmente, a través de tres herramientas esenciales:

- a) el trabajo en red con otros profesionales y organizaciones (comunidad educativa, trabajo social / servicios Sociales comunitarios, departamentos de protección de Infancia/ Fiscalía / Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, mediadores culturales, asociaciones de personas inmigrantes, ONGs).
- b) Un registro constante (salvaguardando la confidencialidad) de todas las actuaciones propias y de las derivadas de la coordinación con otros profesionales.
- c) La mediación intercultural siempre que sea necesaria.

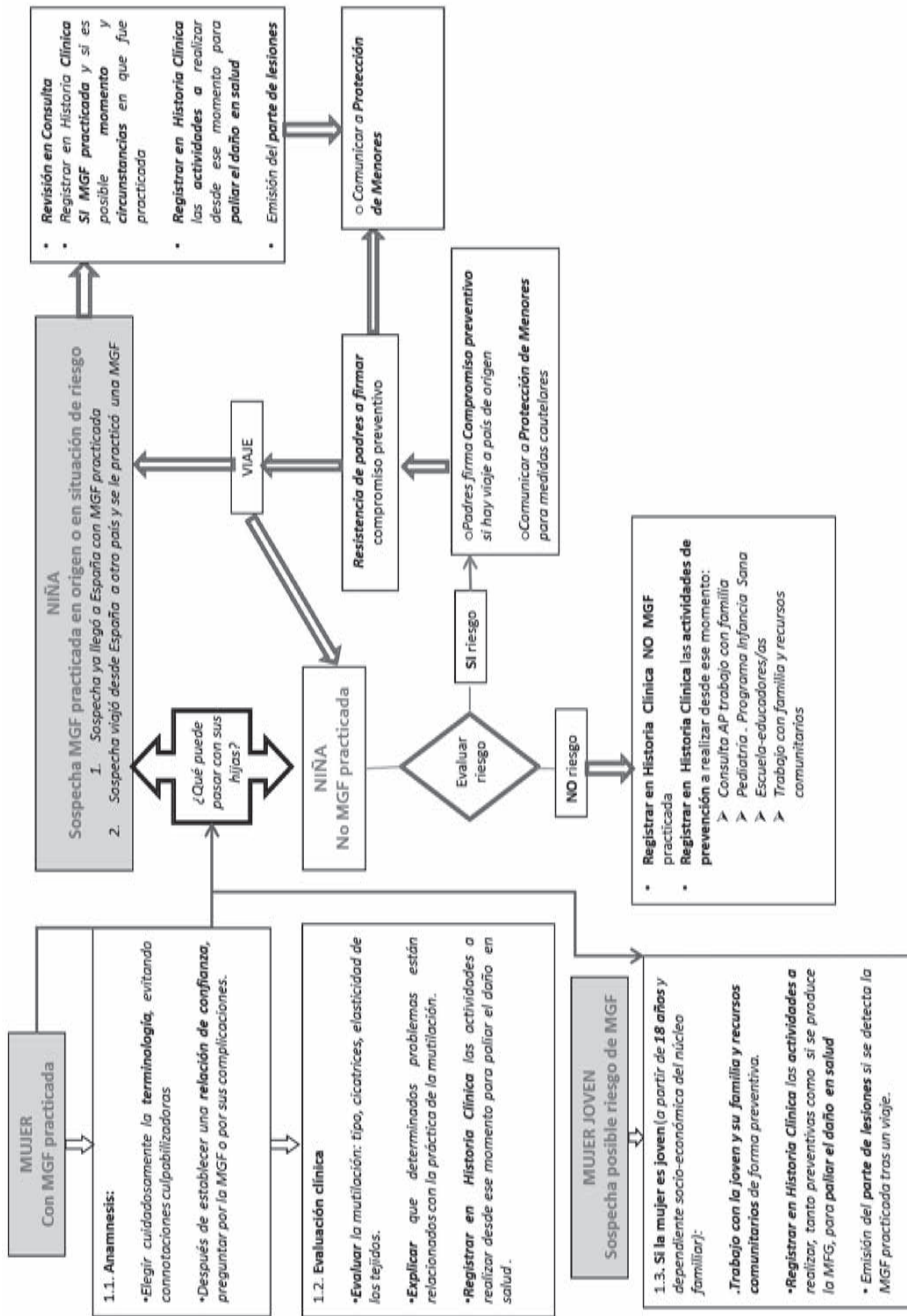
Respecto de las familias, dos son los objetivos de prevención: el de información/sensibilización y el de detección de las situaciones de riesgo. Se prevé la realización de esta actividad preventiva con las familias en varios momentos:

- a) En las actividades de educación sanitaria (atención primaria y salud comunitaria).
- b) En las consultas programadas o protocolizadas (por ejemplo, dentro del programa de promoción de la salud infantil).
- c) De manera puntual antes del viaje de la niña al país de origen.

Aunque no se plantea como medida dentro del protocolo, se explica la necesidad esencial de involucrar a los individuos de las comunidades afectadas. Así, el protocolo alude a la corresponsabilidad de las organizaciones de la sociedad civil en estas tareas de prevención vinculadas con acciones dirigidas a la sensibilización de la ciudadanía en general y de las comunidades específicas. Pensamos que esta es una acción clave de prevención que tendría que ser liderada por parte las Administraciones, contando, eso sí, con la acción indispensable de organizaciones privadas. Los programas de salud comunitaria y los de servicios sociales comunitarios son herramientas ideales para iniciar un trabajo sólido y fructífero de prevención con la comunidad, siempre haciendo partícipes al resto de instituciones y organizaciones a través del trabajo en red.

Por otra parte, las medidas que establece el Protocolo respecto de **la intervención o asistencia con las víctimas** a las que se les ha practicado la mutilación o están en riesgo de padecerlo, se encuadran en cuatro momentos de intervención distintos que requieren actuaciones específicas cada uno de ellos y que, como decíamos, se ordenan en función de la edad de la persona que lo está sufriendo (ver *Ilustración 1*):

Ilustración 1. Mapa de intervenciones en casos de MGF



Fuente: Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la MGF (2015).

a. Confirmación de MGF practicada en mujer adulta.

En los casos de detección con mujeres que han sufrido una MGF se habrá de realizar un abordaje tanto preventivo como terapéutico. El trabajo preventivo se fundamenta en que una familia en la que haya una mujer con la MGF practicada y tenga hijas o niñas a su cargo, es una familia con factores de riesgo. Será en las consultas con ella donde los profesionales sanitarios tratarán de establecer una relación de confianza con la familia que permita crear el marco idóneo para una actividad preventiva general. Dentro de esta acción preventiva, el Protocolo establece que se trata de informar y sensibilizar a la familia sobre las consecuencias de la MGF, incluyendo estrategias de colaboración con otros recursos y servicios de la zona. En estos supuestos, además, es muy importante la figura del trabajador social del recurso sanitario, que será el enlace con los servicios comunitarios y con las ONG.

Además de la acción terapéutica para reparar el daño causado por la MGF practicada o para la atención específica en caso de que la mujer esté embarazada (sobre la que se detalla un minucioso procedimiento y consejos de cara a la actuación), en el Protocolo se considera esencial registrar la información en la historia clínica de la manera más detallada posible y, en el caso en que la mujer tenga hijas, se debe comunicar a pediatría para iniciar las actividades preventivas necesarias.

b. Existencia de factores de riesgo en mujeres jóvenes mayores de 18 años que siguen dependiendo socioeconómicamente de su familia.

El Protocolo distingue esta situación de otras dado que estas mujeres pueden encontrarse en una situación especial de riesgo con ocasión de realizar un viaje a su país de origen. Como hemos apuntado, la MGF es uno de los requisitos para poder contraer matrimonio en algunas culturas, y estas jóvenes son especialmente vulnerables como posibles víctimas dada su edad. En ese caso, si el personal sanitario conoce de la preparación del viaje en una familia con factores de riesgo, el Protocolo recomienda una actividad preventiva pre-viaje (que explicamos más adelante) y además citar a la joven a una consulta programada para ofrecer información sobre las consecuencias de la MGF y tratar de sensibilizarla sobre los perjuicios de su práctica.

c. Existencia de factores de riesgo o situación de riesgo inminente en niña.

Por las particularidades que presenta este tipo de violencia, la actuación preventiva respecto de las niñas pertenecientes a familias con factores en riesgo es

fundamental. Esta acción preventiva, como hemos dicho debiera extenderse a todos los miembros de la unidad familiar y también a la comunidad.

De cara a la detección, el Protocolo explica la relevancia respecto de la identificación correcta de las niñas en riesgo, siendo imprescindible para ello la formación de los profesionales. Éstos, tienen que conocer y reconocer cuál es la población más susceptible de ser mutilada a partir del estudio y formación sobre los países en los que es practicada, la prevalencia o características concretas de cada comunidad. Pensamos que tal recomendación es particularmente importante en el trabajo de prevención para la erradicación de esta práctica, pero, como hemos explicado, y aún siendo conscientes de que esto entraña mayores dificultades, es básico que los estudios sobre población de riesgo en España se basen, además de en la información sobre el país de origen, en la etnia cultural a la que pertenecen. Dentro de cada país son las etnias, en muchas ocasiones, las que determinan las diferencias en la forma de practicar la MGF. Conociendo estas diferencias de forma precisa, el trabajo de prevención con las comunidades afectadas se ajustará a las necesidades específicas que presenten las personas de esa etnia logrando así que las acciones sean más efectivas.

En estos casos, es de particular importancia la exploración física rutinaria de los genitales dentro de los programas de salud infantil. El Protocolo establece que en estas consultas la Historia clínica de las niñas extranjeras que sean población de riesgo deberá registrar tanto la no existencia de MGF como la existencia de la misma, poniendo en funcionamiento, en este último caso, las medidas legales establecidas de notificación a la autoridad competente.

Una vez detectada la situación de riesgo, el Protocolo insiste en este punto en la importancia trascendental de abordarlo desde el establecimiento de acciones de coordinación entre el sistema sanitario, los servicios sociales y el judicial. Pensamos que es importante incluir aquí, como actor relevante en las tareas de prevención, al sistema educativo. Tanto el profesorado como los equipos de orientación de los colegios se encuentran en una posición privilegiada para conseguir el éxito en las intervenciones de sensibilización programadas, siendo también primordial de cara a la detección de familias con factores de riesgo.

El Protocolo establece actuaciones específicas en caso de que los profesionales tengan constancia de que una familia con factores de riesgo está preparando un viaje al país de origen. En ese caso se recomienda una *actividad preventiva pre-viaje*, ideada para prevenir la práctica. El personal sanitario citará a la niña o a la joven menor de edad a una consulta programada con la finalidad de ofrecer información a la familia sobre las consecuencias legales y para la salud de la MGF. Después ofrecerá a la familia la firma del *compromiso preventivo*, haciendo constar el compromiso de los padres respecto de la integridad de los genitales de la niña. Este documento es útil, en primer lugar, para saber cuál es el posicionamiento de los padres al respecto. Además, los padres pueden hacer uso del

mismo durante el viaje como elemento de apoyo en su decisión de que a su hija no le sea practicada la mutilación.

Finalmente, además de la consulta antes del viaje, el personal sanitario también habrá de programar una visita médica al regreso del viaje, en la que se constatará si se ha practicado o no la MGF y se actuará en consecuencia.

d. Confirmación de MGF practicada en niña.

Una vez que se ha confirmado que una niña ha sido víctima de una MGF, el Protocolo establece las medidas de asistencia a la víctima, que se centran en la realización de todas aquellas acciones terapéuticas que sean necesarias desde el punto de vista sanitario. Más relacionado con medidas legales, ha de elaborarse el parte de lesiones para poner el hecho en conocimiento de las autoridades competentes.

Respecto del parte de lesiones, el documento advierte sobre la dificultad y el conflicto ante el que pueden encontrarse los profesionales derivado de la colisión entre la obligación de comunicar a las autoridades competentes y los principios éticos de la profesión sanitaria relacionados con cuestiones de confidencialidad, pérdida de la confianza en el profesional o en el sistema o los posibles perjuicios sobrevenidos tras la denuncia, aclarando, no obstante, que el art. 262 de la LE-Crim establece el deber general de denuncia en caso de sospecha de la comisión de un delito, como es el caso de la práctica de la MGF.

Finalmente, el Protocolo tiene una tercera parte destinada a mostrar una Guía de recursos correspondiente al ámbito nacional. En el mismo documento se señala la necesidad de que existan guías de recursos específicos para cada Comunidad Autónoma. A nuestro modo de entender, siendo la MGF una práctica altamente desconocida en España, pensamos que la guía de recursos a nivel autonómico y local es incuestionable y absolutamente necesaria. Pero esta necesidad no la presentan solamente los profesionales sanitarios o de otros ámbitos de intervención, sino que es una herramienta muy útil de ayuda para las comunidades de inmigrantes y la población considerada de riesgo.

Siendo este documento un Protocolo de alcance nacional, planifica las acciones de intervención en el ámbito de la salud de una manera convenientemente detallada, poniendo de manifiesto la perspectiva integral de atención a la población afectada en el contexto sanitario. Estimamos que es un buen punto de partida para la planificación y desarrollo de acciones en el ámbito autonómico y local, que entendemos es absolutamente necesario para ofrecer una respuesta eficaz a la población afectada y al conjunto de la ciudadanía, y prevenir y erradicar la práctica. Por otra parte, el Protocolo evidencia la necesidad de realizar un abordaje integral en el que se precisen, de igual modo, medidas de intervención y

prevención en cada uno de los ámbitos posibles de intervención. Como señala el mismo protocolo, la coordinación entre recursos y servicios es fundamental, de modo que si no existe un protocolo minucioso sobre el modo de proceder en cada uno de los ámbitos de intervención, la situación puede derivar en desatención a las víctimas. La población de riesgo suele presentar un perfil de vulnerabilidad social que requiere de un acompañamiento profesional muy cercano y de la atención coordinada de los distintos sistemas de protección, reduciendo así el riesgo de que las víctimas puedan salirse del sistema.

1.7. Políticas de género

La **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género** constituyó un hito fundamental en la lucha contra la violencia sobre las mujeres en nuestro país. Introduce por vez primera la perspectiva de género para analizar el problema de la violencia de los hombres sobre las mujeres como problema social y cultural, y sirvió de referente también por su enfoque multidisciplinar más allá de la respuesta penal. No obstante, define la violencia de género como aquella que es ejercida en el ámbito de la pareja o expareja, haciendo uso de un concepto limitado de la violencia de género que no está en sintonía con las políticas internacionales que han ido surgiendo con posterioridad, y que describen la misma como la violencia sobre la mujer por el mero hecho de serlo, admitiendo diversas formas de violencia más allá de la intrafamiliar. Pero en este contexto de la L.O. 1/2004 a la que estamos haciendo referencia, no se menciona la mutilación genital femenina como forma de violencia de género.

A pesar de lo innovador de la Ley 1/2004, la evolución legislativa posterior a su aprobación, tanto en algunas comunidades autónomas como en el plano internacional, ha avanzado por una línea distinta, reconociendo distintos tipos de violencia contra las mujeres más allá de la ejercida contra las parejas. Así, hemos visto como el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011 y ratificado por España en 2014, reconoce otras formas de violencia de género especialmente degradantes tales como los matrimonios forzados o la mutilación genital femenina, entre otras. Así, pensamos que esta es, sin duda, la postura a adoptar en las futuras políticas sobre violencia de género en España en los próximos años. En este sentido, tal argumento es el que se menciona en la *Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* publicado por el Observatorio contra la Violencia doméstica y de género y aprobada por el grupo de expertas y expertos en violencia doméstica y de género del CGPJ, en octubre de 2016, al señalar que «más de diez años después de la entrada en vigor de la *Ley Integral*,

es llegado el momento de visibilizar y dispensar también con el enfoque integral y multidisciplinar que se ha demostrado como la única respuesta eficaz, la protección adecuada a las víctimas de estas diferentes violencias que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo». Así, la Guía expone que «España debería realizar el esfuerzo de incluirlas en la *Ley Integral*, si se quiere llegar a cumplir las disposiciones del Convenio de Estambul (...)». Como se advierte en las siguientes líneas, esta forma de definir la violencia de género se va a extender al conjunto de políticas sobre género adoptadas en los últimos años.

En 2013 se aprueba la ***Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016)*** incluyendo la MGF como forma de violencia de género. La Estrategia plantea como uno de sus objetivos generales la visibilización y atención a otras formas de violencia sobre la mujer, en cuyo contexto reconoce la necesidad de afrontar formas de violencia tales como los matrimonios forzados, la mutilación genital femenina, la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, el acoso y las agresiones sexuales. Con tal fin, la Estrategia recoge una serie de medidas que responden a la necesidad de otorgar visibilidad a estas prácticas y diseñar medidas concretas para que puedan conocerse y poder erradicarlas y que se basan en tres ejes transversales de actuación que afectan al conjunto de la Estrategia: la formación y sensibilización de agentes, la mejora de la coordinación y el trabajo en red y el aumento de la calidad, la evaluación y el conocimiento en materia de violencia de género.

Para visibilizar este tipo de prácticas (entre las que se incluye la MGF), la Estrategia plantea 33 medidas concretas. De ellas, solo 7 medidas se dirigen a la MGF, siendo la gran mayoría acciones pensadas para las víctimas de trata con fines de explotación sexual. Las medidas específicamente destinadas al trabajo de visibilización de la MGF son las siguientes:

- Incluir información acerca de las distintas manifestaciones de violencia contra la mujer en el Plan de Convivencia y Seguridad Escolar (medida 164).
- Sensibilizar a los distintos profesionales implicados en la lucha contra la violencia de género acerca de estas formas de violencia contra la mujer (medida 165).
- 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).
- Articular mecanismos de colaboración con asociaciones de inmigrantes para informar y sensibilizar acerca de estas formas de violencia (medida 167).
- Realizar actividades de sensibilización sobre estas formas de violencia contra la mujer, con la colaboración de la Escuela Diplomática y la Oficina

de Derechos Humanos del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (medida 168).

- Fomentar acciones para la conmemoración del Día Mundial de Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina, que se celebra el día 6 de febrero (medida 176).
- Promover la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina (medida 185)⁴.

A pesar de la relevancia de que se mencione la MGF y de que algunas de las medidas en ella contenidas trajeron como consecuencia la adopción del *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina de 2015*, nos parece que la Estrategia es una oportunidad perdida para haber concretado importantes medidas de sensibilización relacionadas con la investigación (dado el desconocimiento y la dificultad que entraña la recogida de información sobre este tema) u otras medidas importantes como la adopción de un registro de casos de MGF o la incorporación de la población de las comunidades afectadas en el trabajo de sensibilización. Además, solo dos de las siete medidas hacen referencia expresa a la problemática de la MGF, estando el resto de las medidas enfocadas a la sensibilización de todas estas nuevas formas catalogadas como manifestaciones de violencia de género de manera genérica, con lo que ello implica respecto a la falta de profundidad y desarrollo en su abordaje.

El **Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016** es el instrumento político que define los objetivos y medidas prioritarias para eliminar la discriminación por razón de sexo y fomentar la igualdad en el contexto español, sirviendo como hoja de ruta a las políticas públicas de igualdad de género para el periodo 2014-2016. El Plan establece seis ejes, tres de ellos de carácter prioritario, entre los que figura el objetivo de erradicar la violencia que sufren las mujeres por el hecho de serlo. Dentro de este Eje de acción, el Plan adopta como objetivo específico el de visibilizar otras formas de violencia contra las mujeres, haciendo referencia expresa a los matrimonios forzados, la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, la mutilación genital y las agresiones sexuales. Sin embargo, las medidas sobre MGF establecidas en el Plan son prácticamente inexistentes. Son dos las líneas de actuación planteadas para el cumplimiento del citado objetivo específico: una alude a la visibilización, en general, de estas otras formas de violencia contra las mujeres, pero sin establecer medidas al respecto; la otra hace referencia expresa a la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, que, como ya se reflejaba en la *Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016)*, es la forma de violencia sobre la que más se planifican acciones a desarrollar, muy por delante de las establecidas para la MGF o los matrimonios forzados, por ejemplo.

⁴ que culminó con el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina de 2015.

Advertimos, pues, que el hecho de incluir la MGF como forma de violencia de género en las políticas públicas más recientes tiene un lado muy positivo (además de ser incuestionable), y es que la protección que las políticas contra la violencia de género dirigen a las víctimas es integral y, afortunadamente, cada vez menos cuestionada. Así, las víctimas de MGF tendrían a su disposición los recursos y servicios reconocidos en el Estado español para las víctimas de violencia de género. Pero por otra parte, pensamos que, en el caso de la MGF, la inclusión dentro de las políticas sobre violencia de género puede jugar en su contra. Esta forma de violencia requiere el diseño de medidas específicas que poco o nada tienen que ver con las necesidades que pueden plantearse en la intervención con otras formas de violencia de género. La particularidad viene asociada, en primer lugar, a la creencia de que la práctica es buena para las mujeres y para las niñas. En segundo lugar, a que la intervención en España exige una formación y capacitación muy específica hacia profesionales de distintos ámbitos para la prevención, la detección de situaciones de riesgo o de una MGF practicada, y para la intervención social y terapéutica de las mujeres y niñas víctimas de la misma. En el caso de los dos últimos instrumentos analizados, hemos visto como las acciones dirigidas expresamente a la MGF se diluyen entre otras más generales, dirigidas a la sensibilización sobre «otras formas de violencia de género».

El Gobierno de España, las Comunidades autónomas y los ayuntamientos aprobaron en diciembre de 2017 el **Pacto de Estado en materia de violencia de género**⁵. Se trata de la aprobación de 213 medidas orientadas a la lucha contra la violencia de género en España. El Pacto continúa el camino iniciado en el diseño de las políticas de género adoptadas tras la aprobación del Convenio de Estambul en 2011. Se declara que «la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación, y comprende todos los actos de violencia basados en el género que implican o puedan implicar para las mujeres, daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, así como cualquier otra forma de violencia que afecte a las mujeres de forma desproporcionada». Así, se establece la ampliación del concepto de violencia de género a todos los tipos de violencia contra las mujeres contenidos en el citado Convenio, entre los que, como sabemos, se incluye la MGF de manera expresa, «incluso en los casos en que no exista con el agresor la relación requerida para la aplicación de la Ley Orgánica 1/2004».

La trascendencia de esta declaración respecto de los casos de MGF es importante, puesto que, según lo indicado en el Pacto de Estado, «...la atención y recuperación, con reconocimiento de derechos específicos de las mujeres víctimas de cualquier acto de violencia contemplado en el Convenio de Estambul, y no

⁵ Acuerdo de la Comisión de Igualdad, en relación con el Informe de Subcomisión para un Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, número 200, de 8 de agosto de 2017. «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, número 203, de 1 de septiembre de 2017. (Número de expediente 154/000002).

previsto en la Ley Orgánica 1/2004, se registrará por las leyes específicas e integrales que se dicten al efecto de adecuar la necesidad de intervención y de protección a cada tipo de violencia. Hasta que se produzca este desarrollo normativo, las otras violencias de género reconocidas en el Convenio de Estambul, recibirán un tratamiento preventivo y estadístico en el marco de la Ley Orgánica 1/2004». Aun siendo innegable que este resultado parecía inevitable tras la ratificación del Convenio de Estambul por parte del Gobierno de España y las políticas adoptadas con posterioridad, tanto a nivel nacional como en las comunidades autónomas, es un paso importante para las personas afectadas. El reconocimiento expreso de que las mujeres víctimas de MGF tienen derecho a las mismas prestaciones y atención que las víctimas a las que protege la Ley 1/2004 plantea un panorama de mayor seguridad jurídica a la hora de reivindicar esos derechos en el proceso de intervención con las mujeres y niñas mutiladas o aquellas que estén en riesgo de sufrirlo.

Sin embargo, poco más podemos encontrar en el documento que haga referencia expresa a la MGF. Otras medidas que hacen alusión directa a esta práctica son:

- Generalizar la aplicación de la circunstancia agravante del artículo 22.4 del Código Penal para los casos de mutilación genital femenina.

Respecto de las medidas dirigidas al perfeccionamiento de la asistencia, ayuda y protección a las víctimas en el ámbito de la sanidad:

- Evaluación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la posibilidad de introducir en la cartera de servicios la cirugía restauradora para aquellas víctimas de violencia de género que puedan precisarla.
- Elaboración de programas de formación, dotados con recursos, para dar a conocer la mutilación genital femenina y sus formas, especialmente en menores, a todos los y las profesionales sanitarios, para que sean capaces de prevenir y detectar situaciones de riesgo y /o posibles casos.

Entre las medidas dirigidas a la visibilización y atención a otras formas de violencia contra las mujeres no hay referencia expresa a la MGF, pero dado que esta práctica es una de esas formas de violencia, es indudable que puede hacer alusión a la misma. No obstante, la mayoría de medidas contempladas se dirigen expresamente a la trata de mujeres y niñas y a la prostitución, excluyendo por tanto a las otras formas de violencia. Algunas genéricas de las que los casos de MGF pueden beneficiarse son:

- Diseñar programas de prevención, detección y protocolos especializados o actualizar los existentes en atención y actuación, adaptándolos a las especificidades de las diferentes violencias sexuales. Asimismo desarrollar protocolos de intervención y detección precoz en todos los ámbitos de la Educación Infantil, Primaria y Secundaria, así como en el ámbito universitario.

- Elaborar campañas y materiales informativos contra la violencia sexual, las violencias sexuales y las diferentes realidades de las mujeres (edad, procedencia o situación de diversidad funcional/ discapacidad), con el objetivo de que exista una mayor conciencia social sobre estas formas de violencia de género.

Es evidente que otras medidas referidas a la violencia de género de manera genérica también pueden tener como objeto la intervención sobre la práctica de la MGF, pero tal y como indicábamos más arriba, pensamos que la solución y erradicación de esta práctica pasa por visibilizarlo de manera expresa. Es esta una problemática de carácter cultural, pero de ámbito intrafamiliar. Es una práctica de la que no se habla, que no se conoce, que sólo repercute y afecta a quien la sufre (mujeres y niñas inmigrantes) y de difícil detección por parte de profesionales que no están familiarizados con tales prácticas. En definitiva, si no se habla de la MGF, no existe.

De acuerdo con el establecimiento de medidas de prevención dirigidas a la formación y capacitación de profesionales (por cierto no solo de los sanitarios, sino también de los de otros sistemas de protección social, de agentes educativos o de los miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad), las medidas de sensibilización de la ciudadanía, las de prevención dirigidas a las comunidades de inmigrantes (haciéndoles además partícipes del proceso de cambio), reforzar la investigación y la mejora de las estadísticas sobre casos de MGF y el establecimiento de medidas de coordinación entre los distintos recursos de protección social, son fundamentales para la erradicación de esta práctica. Por supuesto, a estas consideraciones ha de añadirse una premisa que es válida para todas las violencias señaladas en el Pacto de Estado: garantizar las partidas presupuestarias para las medidas planteadas y que el desarrollo de las mismas lleve aparejados plazos de ejecución de las mismas. Corren tiempos inciertos en este sentido. Los recortes y la prórroga de los presupuestos generales pueden hacer que todo el esfuerzo destinado al diseño del Pacto de Estado en materia de violencia de género quede siendo finalmente papel mojado.

Ilustración 2. Resumen de Medidas de Persecución en España

MEDIDAS DE PERSECUCIÓN CONTRA LA MGF EN ESPAÑA	
ÁMBITO PENAL	<ul style="list-style-type: none"> - pena de prisión por MGF (CP). - Inhabilitación patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por MGF (CP). - Persecución extraterritorial del delito de MGF (2005). Limitado desde 2014. - Cualquier profesional que tuvieran noticia de algún delito público, estará obligados a denunciarlo a las autoridades competentes (LeCrim)

MEDIDAS DE PERSECUCIÓN CONTRA LA MGF EN ESPAÑA	
PROTECCIÓN DE MENORES	<ul style="list-style-type: none"> - obligación de la ciudadanía de comunicación de situación de riesgo o desamparo (Ley del menor 1/1996) - obligación de la Administración pública de investigar los hechos (Ley del menor 1/1996).
SANIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - obligaciones del personal sanitario de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo (Le-Crim).
GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> - Generalizar la aplicación de la circunstancia agravante del artículo 22.4 del Código Penal para los casos de mutilación genital femenina (Pacto de Estado VG).

Fuente: *elaboración propia*

Ilustración 3. Resumen Medidas de Protección en España

MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LA MGF EN ESPAÑA	
ASILO Y EXTRANJERÍA	<ul style="list-style-type: none"> - No hay reconocimiento expreso de la MGF como motivo de asilo. La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, reconoce, con limitaciones, el motivo de género.
PROTECCIÓN DE MENORES	<ul style="list-style-type: none"> - intervención de Servicios Sociales (Ley del menor 1/1996). - asistencia sanitaria (Ley del menor 1/1996). - derecho a prestaciones básicas (Ley del menor 1/1996). - intervención integral y coordinada de distintas administraciones para casos de maltrato grave, siendo la MGF uno de los supuestos (educativo, sanitario, policial, social y judicial) (Protocolo maltrato infantil 2014).
SANIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - acción terapéutica completa para reparar el daño causado por MGF y atención específica en caso de embarazo. - coordinación entre el sistema sanitario, los servicios sociales y el judicial en caso de detección de familia en riesgo.
GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la posibilidad de introducir en la cartera de servicios la cirugía restauradora para aquellas víctimas de violencia de género que puedan precisarla (Pacto de Estado). - Elaboración de programas de formación, dotados con recursos, para dar a conocer la mutilación genital femenina y sus formas, especialmente en menores, a todos los y las profesionales sanitarios, para que sean capaces de prevenir y detectar situaciones de riesgo y /o posibles casos (Pacto de Estado).

Fuente: *elaboración propia*

Ilustración 4. Resumen de Medidas de Prevención en España

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA MGF EN ESPAÑA	
PROTECCIÓN DE MENORES	<ul style="list-style-type: none"> - diseño y elaboración de políticas públicas para la plena integración social de los menores extranjeros (Ley del menor 1/1996).
SANIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - sensibilización y formación de los profesionales a través de trabajo en red, registro de actuaciones y mediación intercultural. - información y sensibilización en actividades de educación sanitaria y en consultas programadas o protocolizadas y antes del viaje de la niña. - actividad preventiva pre-viaje para niñas y jóvenes en riesgo (compromiso preventivo). - formación de los profesionales sanitarios para correcta identificación de la población de riesgo. - exploración rutinaria en programas de salud infantil.
GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> - información acerca de las distintas manifestaciones de violencia (MGF) contra la mujer en el Plan de Convivencia y Seguridad Escolar. - Sensibilizar a los distintos profesionales implicados en la lucha contra la violencia de género acerca de MGF. - Elaborar un documento informativo sobre la mutilación genital. - Articular mecanismos de colaboración con asociaciones de inmigrantes para informar y sensibilizar acerca de MGF. - actividades de sensibilización con la colaboración de la Escuela Diplomática y la Oficina de Derechos Humanos del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. - Fomentar acciones para la conmemoración del Día Mundial de Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina. - Promover la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina.

Fuente: *elaboración propia.*

2. La MGF en las políticas de las Comunidades Autónomas

Dadas las características de la MGF y los modos en que se debe intervenir con sus consecuencias así como en las situaciones de riesgo de padecerla, la existencia de protocolos y guías de actuación para profesionales en las Comunidades autónomas es una pieza clave en los trabajos de prevención y asistencia a las víctimas con la finalidad de erradicar dicha práctica. Como hemos tenido ocasión de mostrar, el mismo **Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina** de 2015 establece la necesidad de adoptar protocolos

y guías de actuación que concreten más el tipo de actuaciones a llevar a cabo en los contextos autonómicos e incluso locales.

Actualmente, existen diez Protocolos de actuación en las Comunidades Autónomas de España, que indicamos a continuación por orden cronológico de aparición:

- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina Cataluña (2007).
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra (2013).
- Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia desarrollado por la Consejería de Salud (2015).
- Protocolo de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina de la Consellería de Sanitat Pública de la Generalitat de Valencia (2016).
- Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario en Euskadi (2016).
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón (2016).
- Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid (2017).
- Protocolo para la Prevención e Intervención en Mutilación Genital Femenina Extremadura (2017).
- Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha (2017).
- Protocolo de prevención e intervención ante la mutilación genital femenina en La Rioja (2018).

Una vez mostrado el periodo en el que cada uno de estos instrumentos ha ido adoptándose, es conveniente dividirlos en dos grupos de cara a su análisis. Por una parte vamos a tratar de analizar los Protocolos que plantean actuaciones únicamente en el ámbito sanitario y, por otra, aquellos protocolos y guías que abordan la problemática desde una perspectiva integral.

2.1. Protocolos sanitarios en el ámbito de las comunidades autónomas

Respecto de los protocolos cuyo abordaje se plantea en el ámbito sanitario, todos ellos tratan de desarrollar las actuaciones previstas en el protocolo sani-

tario de ámbito nacional. No obstante, todos revisten particularidades respecto aquel, bien por la inclusión de agentes de intervención, bien por la introducción de enfoques de intervención más integrales o por incluir de manera más específica niveles de intervención que trascienden el individual y/o familiar. Sobre las recomendaciones generales de actuación y la asistencia e intervención terapéutica, todos los protocolos sanitarios autonómicos coinciden (algunos detallando más acciones a implementar) con el de ámbito nacional. En las siguientes líneas nos centramos en la descripción de estas características diferenciales, más allá de estas medidas que reproducen las establecidas en el ámbito nacional.

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LA REGIÓN DE MURCIA DESARROLLADO POR LA CONSEJERÍA DE SALUD (2015)

Como todos los protocolos que vamos a analizar en este apartado, tiene toda una primera parte destinada a la información sobre la MGF y otra de actuación de la atención primaria y las distintas especialidades, detallando algún aspecto más que en el Protocolo nacional (y siendo más escueto en otras partes) pero en la misma línea que este. Como cuestiones singulares respecto aquel, tiene una parte dedicada al seguimiento y evaluación del Protocolo (p. 43).

La Comisión de Seguimiento del Protocolo tiene como finalidad la implementación y difusión del mismo en el ámbito sanitario y el establecimiento de un modelo de recogida de datos informático. Se encarga de la implementación de los programas de sensibilización y formación a los profesionales sanitarios, previendo también la evaluación de los conocimientos adquiridos. Además, también se establece un programa de sensibilización para la ciudadanía en general. Dentro del programa de sensibilización a los profesionales, cabe destacar la previsión de crear una guía de actuación y de recomendaciones, que entendemos será más específica de la que se recoge en el Protocolo. Por otra parte, en el Programa de Formación, se plantea la inclusión en la formación universitaria, en las unidades sanitarias especializadas y ámbitos sanitarios que el mismo Protocolo contempla como destinatarios del mismo.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DE LA CONSELLERÍA DE SANITAT PÚBLICA DE LA GENERALITAT DE VALENCIA (2016)

El Protocolo se dirige al desarrollo de acciones de sensibilización, prevención, y tratamiento de la mutilación genital femenina en el ámbito sanitario, definiéndolas como actuaciones de carácter multidisciplinar. Este instrumento también contempla acciones destinadas a la detección, detección precoz y una atención integral psicológica, social y médico-quirúrgica a las víctimas que hayan sido mutiladas, así como la formación y sensibilización del personal sanitario. Al

igual que el Protocolo anterior, implementa su evaluación periódica a través de una comisión específica creada al efecto. Se evaluará periódicamente tanto la implantación del protocolo como los resultados de la detección precoz y de la reconstrucción genital a través de la Comisión de Seguimiento de la Actuación Sanitaria ante la MGF en la Comunitat Valenciana.

Este protocolo diferencia los grupos poblacionales de atención de modo diferente a como lo establece el plan sanitario de ámbito nacional: niñas menores de 15 años en situación de riesgo, mujeres jóvenes a partir de 15 años en situación de riesgo, mujeres menores de 18 años que han sufrido MGF y mujeres que han sufrido MGF. La diferencia estriba en la edad, que desciende a los 15 años. Diferencia las acciones de intervención según la víctima tenga más o menos de 15 años, siendo el corte de edad en el protocolo nacional de 18 años.

Como particularidad respecto del anterior Protocolo, destacamos la prevención de las comunidades en riesgo tanto en su entorno familiar como en el educativo. En este sentido, es interesante, a pesar de que el marco de actuación es el sanitario, el establecimiento en el protocolo de un sistema de coordinación con otras administraciones (educativa, social, judicial y policial). Como novedad también relevante, entre los objetivos se contempla la sensibilización y formación a Agentes de Salud de Base Comunitario para la prevención en grupos étnicos y de nacionalidad con gran implantación en la región.

El protocolo prevé acciones de coordinación con otros ámbitos ajenos al sanitario. Ya dentro de la actuación en atención primaria, se establece la figura del trabajador social como elemento principal para la coordinación con Servicios Sociales y Fiscalía, en su caso. Fuera del ámbito de actuación de atención primaria y atención especializada, otros ámbitos que intervienen en el proceso son: Centros de salud sexual y reproductiva (con acciones, fundamentalmente, de sensibilización e información a las víctimas), Salud pública (para la dinamización de la salud comunitaria en general, la identificación de grupos de riesgo y la sensibilización y formación a Agentes de Salud de Base Comunitaria) y la Colaboración intersectorial (implementando acciones concretas para los ámbitos educativo, de Servicios Sociales y de Justicia y Cuerpos de Seguridad).

Aunque es un protocolo diseñado para implementarse en el ámbito sanitario, tiene vocación multidisciplinar y se contempla, de manera muy acertada a nuestro modo de ver, la actuación en red desde distintos ámbitos de actuación, detallando acciones concretas de coordinación en cada uno de esos ámbitos.

GUÍA DE ACTUACIONES RECOMENDADAS EN EL SISTEMA SANITARIO EN EUSKADI (2016)

Aunque la guía de actuaciones de Euskadi se planifica desde el ámbito sanitario y es éste el centro neurálgico de las operaciones contra la MGF, consideramos

que tiene un carácter integral y multidisciplinar, de modo que la gran mayoría de medidas en ella contenidas no pueden entenderse sin el trabajo en red con el resto de ámbitos de intervención. La guía es una herramienta de trabajo que se dirige a los profesionales de la salud y a quienes trabajan en el área sociosanitaria, pero al mismo tiempo, reconoce la exigencia de contar con el conjunto de sistemas y áreas de protección. Así se advierte ya en la presentación de la guía, en la que se asegura pretender evitar dar una visión del problema solo desde el punto de vista sanitario porque la MGF es resultado de creencias y aspectos culturales que no pueden pasarse por alto para hacerse cargo de la salud de la persona.

En la guía se presta, pues, especial atención al trabajo en red y la coordinación entre los distintos ámbitos de actuación, en el que incluye a profesionales de la salud, educación, servicios sociales y también a entidades de inmigrantes y/o entidades que trabajan con la población inmigrante procedente de países con prevalencia en MGF y al movimiento asociativo, como aspecto fundamental para el desarrollo general del programa.

La inclusión de entidades de inmigrantes y del movimiento asociativo se entiende como elemental para uno de los principios básicos de actuación que integra, y que nos resulta clave: el trabajo comunitario e intercultural con la intención de abordar la prevención de manera conjunta, prestando especial importancia al hecho de que sean estas comunidades quienes tengan herramientas para enfrentarse al problema, «trabajando con y desde los hombres y las mujeres migrantes», proceso en el cual se plantea que la implicación de los padres y hacer protagonistas a las madres de las niñas y adolescentes en riesgo es clave. En este mismo sentido, otro principio básico de actuación pasa por empoderar a las mujeres y niñas a través del conocimiento. En definitiva, la guía se posiciona como una herramienta de trabajo no solo válida para las intervenciones individuales y familiares, sino como una intervención comunitaria de prevención en la que se involucre a la comunidad en su conjunto, tanto a hombres como a mujeres, y especialmente a estas a través de la estrategia del empoderamiento. Y todo ello, desde una mirada transversal que abarque una perspectiva de género, por un lado, y una transcultural, por otro.

Otro aspecto que nos parece fundamental de la guía vasca es la definición de los agentes implicados en el proceso, que responde claramente a la idea de interdisciplinariedad y a la necesidad de un abordaje integral en el problema y se vincula con estrategias de intervención basadas en el empoderamiento individual y colectivo:

- Titulares de derechos: quienes sufre la vulneración de derechos, que son, además, parte activa en el proceso de cambio (mujeres y niñas que han padecido MGF y/o que estén en riesgo de padecerla).
- Titulares de obligaciones: las instituciones que tienen obligaciones respecto del cumplimiento de esos derechos (Sistemas públicos de salud,

educación y justicia además de todas las autoridades que representan al Estado en un momento dado así como Organismos Internacionales).

- Titulares de responsabilidades: sujetos que tienen que aplicar las normas y protocolos establecidos para el cumplimiento de esas obligaciones (Familias, autoridades y líderes tradicionales (civiles y religiosos) y «Circuncidadoras», profesionales del sector salud, jueces y fiscales, sociedad Civil Organizada y medios de comunicación).

Podemos hablar, por tanto, del establecimiento de una corresponsabilidad de todos y cada uno de los agentes relacionados con la problemática, de modo que solo desde una perspectiva integral y contando con la responsabilidad de todos se consigue una intervención eficaz en la erradicación de la MGF.

Las actuaciones de prevención se protocolizan de forma distinta según sean los factores de riesgo. Se centran en facilitar información e intervención educativa sobre las consecuencias y la red de recursos disponible para la comunidad en riesgo y capacitación específica de los profesionales, considerando siempre la posibilidad de trabajar con líderes comunitarios y/o mediadores culturales y asegurando la derivación a Servicios Sociales en caso de detección de riesgo en una familia o a Protección de Menores o Fiscalía en su caso, y siempre integrando al padre de la niña en riesgo en el proceso de intervención.

Por otra parte, la guía establece un procedimiento muy detallado de actuación según los puntos de detección: ginecología, obstetricia, pediatría, medicina familiar o comunitaria y el equipo de trabajo social sanitario y servicios sociales. Como cuestiones angulares en todos los procesos, podemos hablar de la necesidad de que los profesionales estén formados, la coordinación constante entre servicios y ámbitos de intervención (destacando el papel fundamental de los trabajadores sociales del ámbito sanitario y los equipos de atención primaria socio-sanitaria) y la necesidad de otorgar un papel activo al padre de la menor en todo el proceso de intervención.

La perspectiva integral también está pensada respecto de otras necesidades sociales básicas que puedan presentar las víctimas de MGF. La precariedad económica es una variable frecuente en la población en riesgo, y desde el trabajo social se habrá de abordar esta circunstancia, dado que en esa situación, seguramente no contemplan la MGF entre sus prioridades vitales. El trabajador social, por tanto, tiene intervención directa con las personas afectadas y es, además, el nexo de unión entre el personal sanitario y el resto de ámbitos (Servicios Sociales, Colegios, Protección de menores...).

La guía de Euskadi, como estamos mostrando, es una excelente herramienta para la resolución integral de la problemática y, por ende, las medidas y protocolos establecidos para cada actuación son minuciosos y ofrecen una valiosa información. Además, en la insistencia de dar relevancia a la coordinación, advierte

que, pese a que se detallan los caminos de conexión con los otros ámbitos, es igualmente importante que se desarrollen protocolos específicos en cada uno de ellos que puedan conectar con la guía del ámbito sanitario.

GUÍA DE ACTUACIONES SANITARIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA MGF EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2017)

En la presentación de la guía se establecen, a priori, principios similares a los de la guía del País Vasco que acabamos de mostrar. Se parte de una perspectiva de género y de interculturalidad como un primer paso en la articulación de una respuesta colectiva, integradora e institucional dentro del ámbito sociosanitario. Las recomendaciones ofrecidas para la intervención terapéutica tienen, como el resto de protocolos, procedimientos de actuación similares a los del protocolo sanitario del ámbito nacional. Sin embargo, en cuanto al enfoque de actuación comunitario y las pautas para las tareas de coordinación con otros ámbitos, las recomendaciones y actuaciones son más escuetos que los recogidos en otros protocolos autonómicos de esta misma índole, estableciendo más bien líneas generales de actuación.

Así, respecto al enfoque comunitario, la guía prevé un abordaje integral que implique tanto a profesionales como a la propia comunidad, estableciendo acciones de salud comunitaria a través de la promoción y educación para la salud, para lo que son necesarios, según la guía, equipos cualificados. Como decimos, la guía identifica algunas recomendaciones generales en determinadas líneas de actuación (coordinación, participación grupal, actividades de sensibilización, elaboración de materiales didácticos y difusión, recomendación de utilización de la mediación cultural), las cuales hacen referencia a: las familias y las redes de apoyo social, las personas que ejercen un liderazgo en la comunidad, organizaciones sociales, agentes de salud, centros educativos y servicios sociales y otros sectores.

Por otra parte, de modo similar al desarrollo de otros protocolos, la guía establece los pasos a seguir por parte del sistema sanitario, ahora con mayor precisión y detalle, respecto de la actuación con las mujeres procedentes de países con riesgo de MGF, actuación en casos de embarazo, parto y posparto y pasos a seguir en la actuación específica con niñas. Como particularidad, la guía destina un apartado a la actuación con los hombres. En este caso, el documento indica los pasos a seguir por cualquier profesional sanitario que atienda a hombres de una manera continuada y pueda ser lugar para establecer una relación de confianza con ellos. Sin embargo, hace referencia a la intervención individualizada con ellos, pero éstos no están incluidos como sujetos activos de intervención en los procesos familiares tras la detección de riesgo o de mutilación practicada en mujeres o niñas (elemento en el que insistía, por ejemplo, la guía de Euskadi).

De modo diferente a como se planifica en la mayoría de los protocolos sanitarios, las medidas sobre coordinación se refieren, fundamentalmente, a las necesarias para tal objetivo dentro del mismo ámbito sanitario, es decir, hace referencia a la coordinación interprofesional, pero no tanto a pautas y recomendaciones sobre el trabajo en red con otros ámbitos distintos de actuación.

Por último, como cuestión novedosa respecto de otros protocolos sanitarios, la guía recoge los principios necesarios para realizar una entrevista motivacional, clave para lograr la sensibilización y relación de confianza entre el profesional y las personas afectadas. Indica distintas habilidades personales y profesionales así como estrategias de intervención a poner en juego en una entrevista de este tipo, necesarias para el abordaje de la MGF y la exploración de actitudes, valores y sentimientos de las personas entrevistadas.

2.2. *Protocolos integrales en el ámbito de las comunidades autónomas.*

PROTOCOLO DE ACTUACIONES PARA PREVENIR LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DE CATALUÑA (2007)

Cataluña tiene un largo recorrido en la adopción de políticas públicas vinculadas con la MGF. Ya en el año 2002 se presentó el Protocolo de prevención de las mutilaciones genitales femeninas, y el propio Parlamento de la comunidad autónoma aprobó en 2001 la Resolución 832/VI sobre la adopción de medidas contra la práctica de mutilaciones rituales genitales femeninas. Como se ha mostrado, con posterioridad a esta fecha se tipifica como delito en el Código Penal (2003) y se modifican los criterios de extraterritorialidad en la ejecución del delito (2005). Así, se estima necesario revisar el Protocolo y se adopta el Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina de Cataluña en el año 2007. Habrán de pasar seis años hasta que se adopta otro instrumento similar en el territorio español, y ocho hasta que se apruebe el protocolo sanitario de aplicación nacional.

Al definir la MGF como una forma de violencia contra las mujeres, el objetivo del Protocolo es el de ofrecer una respuesta integral a las mujeres que sufran cualquier situación de violencia machista, por lo que se complementa con el protocolo destinado a la intervención contra la violencia machista de la región que estaba en aquel momento en proceso de elaboración, haciendo suyas también las medidas y mecanismos de apoyo en él establecidos.

El documento establece una serie de recomendaciones generales en relación con los profesionales (abordaje transversal como mejor estrategia de intervención, formación e información), en relación con la comunidad (participación activa, sensibilización y papel principal de las mujeres africanas pero con es-

pecial interés para los hombres) y para las familias y personas en riesgo o con MGF consumada (sensibilización y formación, intervención con el padre y con la madre y soporte psicológico). Pero dentro de ese carácter transversal e integrador del protocolo, se presta especial atención a la intervención (en los casos preventivos, en casos de situación de riesgo y en casos de detección de MGF practicada) en función de los distintos ámbitos de intervención, que habrán de actuar, siempre, de manera coordinada. Los profesionales a los que se dirige el protocolo son:

- Sanitarios.
- De los servicios sociales de atención primaria.
- De centros docentes.
- De atención a los menores en riesgo.
- De los cuerpos de seguridad.
- De asociaciones que trabajan para la prevención de las MGF.

Se prevén medidas diferenciadas según la situación presentada o los objetivos de la intervención. Así, hay medidas dirigidas a la información/formación, medidas para las situaciones de riesgo y para la sospecha de consumación, siendo los profesionales del ámbito sanitario los que más responsabilidades tienen en los procesos de prevención y atención a las víctimas.

Dentro de las medidas de información a realizar por los diferentes sectores profesionales, tanto el ámbito sanitario, como los servicios sociales y las asociaciones que trabajan para la prevención de la MGF habrán de elaborar material informativo para la ciudadanía y los distintos colectivos con los que intervienen, pero todos tienen tareas de sensibilización, información y asesoramiento a la población afectada sobre la problemática.

También es una constante que se repite la de la formación y capacitación de los distintos sectores, en cada caso, haciendo hincapié en determinadas cuestiones, como en el caso de los cuerpos de seguridad, que se aproximarán a la problemática en el marco de la formación en multiculturalidad que reciben, o el de los profesionales sanitarios, sobre los que se prevé la realización de cursos específicos así como la elaboración de una guía para los profesionales. Si bien, es llamativo que en los centros educativos, la orientación y asesoramiento se facilitará solamente cuando el centro lo demande. Pensamos que es importante de cara a la prevención que los profesionales del sector educativo dispongan de la misma información y conocimiento sobre MGF. Son un actor importante de sensibilización, que en muchas ocasiones interviene de manera conjunta con las menores y sus familias. Los tutores y los equipos de orientación pueden ser un elemento importante para un abordaje integral de la problemática. Sin embargo, en el protocolo, la intervención de los profesionales de los centros educativos se

limita a la comunicación a las instancias pertinentes en caso de detección de MGF o con riesgo de sufrirla por parte de alguna menor.

La coordinación y comunicación entre todos los sectores de intervención se plantea a lo largo del conjunto de medidas previstas en el protocolo, si bien, en la mayoría de las ocasiones, se plantea la necesidad de comunicar y contactar con los otros ámbitos de actuación más que describir en qué consisten las tareas de coordinación y la asignación de funciones a cada uno.

Este protocolo es relevante por dos motivos: el primero porque es el primero que se adopta sobre la materia y plantea cuestiones que son, al mismo tiempo, novedosas en los últimos tiempos. El segundo, porque prevé un abordaje integral, planteando intervenciones simultáneas desde los distintos sectores y señalando de manera clara las responsabilidades de cada uno. Sin embargo, pensamos que el planeamiento de acciones solo puede responder al primer nivel de planificación, dado que la falta de minuciosidad del documento exige el posterior desarrollo de planes de actuación concretos en cada una de las áreas de intervención.

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN NAVARRA (2013)

El punto fuerte del Protocolo de Navarra está en la planificación de la coordinación entre distintos ámbitos y el establecimiento del trabajo en red, de modo que las acciones previstas para cada uno de los sectores de intervención no tiene sentido de manera aislada, siendo absolutamente fundamental la conexión entre todos. Así, los objetivos generales del instrumento son el establecimiento del marco de coordinación para la prevención e intervención, y proporcionar conocimientos sobre MGF a los profesionales así como indicadores de detección y pautas de actuación protocolizadas, siendo dirigida la intervención a todo el núcleo familiar, incluyendo tanto a hombres como a mujeres.

Desde una posición más coercitiva que preventiva, el protocolo indica una serie de medidas cautelares a adoptar en los casos en los que se tenga conocimiento de la voluntad de alguno de los progenitores de llevar a cabo la MGF de una menor: información y medidas educativas, prohibición de trasladar a la menor fuera del territorio español, acordar la presentación periódica de la menor, inhabilitación para el ejercicio de la potestad.

La colaboración entre profesionales sanitarios y de otras disciplinas como trabajo social, mediación intercultural, educación social, abogacía, servicios sociales de atención a menores y a las mujeres, organismos de igualdad, policía, asociaciones civiles es fundamental, pero son cuatro los ámbitos de intervención a los que se destinan prioritariamente las medidas establecidas en el protocolo:

- Sistema de servicios sociales.
- Sistema sanitario.
- Sistema educativo.
- Asociaciones y ONGs vinculadas a la Comunidad de Navarra que trabajan en los países en los que se practica la MG.

El documento establece varios niveles de intervención en los que se planifica la coordinación y actuación entre los diferentes ámbitos de intervención, de manera que «cada uno de los sistemas implicados deberá coordinarse activamente, de tal forma que la detección en cada uno de ellos conlleve actuaciones de intervención y reparación, prevención y educación en los siguientes». Si bien, el protocolo se centra, fundamentalmente, en describir las acciones de coordinación, pero no tanto detallar las acciones y recomendaciones concretas en cada uno de los niveles y cada uno de los sectores de intervención. Los niveles son:

- NIVEL I. Identificación y detección de las niñas en riesgo (sistemas sanitario, educativo, judicial y de servicios sociales).
- NIVEL II. Detección, intervención y reparación del daño de mujeres afectadas (sistemas sanitario y de servicios sociales).
- NIVEL III. Prevención y educación (sistema de servicios sociales y sistema educativo).
- NIVEL IV. Formación a profesionales.

En cuanto a los niveles I y II, el protocolo incorpora un circuito de actuaciones coordinadas ante situaciones de MGF, en el que se detalla la coordinación de todos los sectores en cada nivel, de modo que las acciones de cada uno de los ámbitos de intervención no pueden entenderse como actuaciones independientes.

Hemos de señalar que, ni siquiera en el nivel de prevención y educación a grupos de riesgo vemos que se establezcan estrategias de intervención en las que se involucre de manera activa a la propia comunidad, a las mujeres en particular y también a los hombres y líderes de estas comunidades. Incluso en este nivel de intervención, el enfoque de las actuaciones planteadas tiene un tinte coercitivo que pensamos que no favorece el objetivo de prevención de la problemática, desde la participación activa de la población, el empoderamiento o la sensibilización para el cambio de mentalidades desde el respeto y el principio de no juzgar a la víctima. Así, sobre medidas de prevención, el protocolo señala solamente que «Los países receptores de inmigración están obligados a abordar el problema de la MGF por razones legales, de defensa de los derechos humanos y culturales», frase que nos parece que se puede percibir desde posiciones enfrentadas a la víctima, no de apoyo y de intervención desde procesos participativos.

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ARAGÓN (2016)

El protocolo de Aragón de 2016 presenta una estructura similar al de Cataluña de 2007, aunque está destinado prioritariamente al sistema sanitario, al educativo y al sistema de servicios sociales, obviando otros sectores que el protocolo de Cataluña sí contempla dentro de su marco de actuación. Además de las recomendaciones generales y otras específicas destinadas a cada ámbito de intervención, el protocolo aragonés planifica la intervención desde los distintos sistemas de protección en función de tres momentos de intervención: la detección de factores de riesgo, situaciones de riesgo inminente y MGF practicada, estableciendo de manera paralela las actuaciones por parte de cada uno de los ámbitos e integrando, en su caso, las labores de coordinación necesarias entre todos. En este caso, la intervención se centra en el núcleo familiar, incluyendo al padre y a la madre en el proceso.

Igual que advertimos en el análisis del protocolo catalán, las medidas previstas están coherentemente estructuradas, pero falta desarrollo en la explicación de cada uno de los momentos de intervención. Por eso, al igual que sugerimos con el de Cataluña, el protocolo de Aragón puede ser un buen punto de partida para diseñar la planificación detallada en cada uno de los ámbitos de intervención y manteniendo dicho protocolo como la herramienta fundamental para las tareas esenciales de coordinación.

Por otra parte, aunque solo realiza planteamientos generales, el protocolo aborda la prevención desde un enfoque integral y desde la perspectiva de violencia de género. Considera también fundamental el trabajo en red entre todas las instituciones implicadas, siendo clave la prevención a través de la información y la educación y tomando las medidas judiciales como último recurso. Aunque no hay desarrollo al respecto, el protocolo prevé que las medidas en él contenidas vayan acompañadas de otras medidas orientadas a la mejora de la situación social y económica de las mujeres, como ya estableciera la guía de Euskadi.

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DE EXTREMADURA (2017)

En febrero de 2017 se adopta el Protocolo para la Prevención e Intervención en Mutilación Genital Femenina de Extremadura, que persigue como objetivos específicos la sensibilización y formación de los profesionales, potenciar la coordinación interdisciplinar y establecer las pautas de intervención en cada uno de los sistemas de intervención así como los mecanismos de seguimiento del protocolo.

Son cuatro los destinatarios a los que se dirige el protocolo: sistemas judiciales, sistemas de protección del ámbito social, sistemas sanitario y educativo, desarrollando fundamentalmente la intervención en los tres últimos según cuatro momentos de intervención, que coinciden con los identificados en el protocolo sanitario nacional: confirmación de MGF practicada en mujer adulta, riesgo en mujeres jóvenes mayores de 18 años que dependan socioeconómicamente de su familia, riesgo o situación de riesgo inminente en una niña y confirmación de MGF practicada en una niña.

Las actuaciones planificadas desde el ámbito sanitario coinciden también con las que se previeron en el protocolo sanitario de ámbito nacional, pero a diferencia de éste, y dado su carácter multidisciplinar, señala también las actuaciones paralelas en cada momento de intervención respecto de los otros dos sistemas de protección. De modo contrario a cómo se recogía en otros protocolos de ámbito comunitario, el papel de los profesionales del ámbito educativo va más allá de la mera comunicación/coordiación con los otros sistemas e instituciones que intervienen. Así, en la mayoría de los supuestos se plantea la realización de actividades preventivas, muchas veces en coordinación con los otros dos sistemas de protección. En el caso de la intervención en el ámbito social, también se prevé la intervención, tratando de incluir siempre al conjunto de la unidad familiar (trabajo con el padre y con la madre) así como las acciones de coordinación correspondientes con los otros sistemas.

Las acciones sobre la intervención preventiva con la comunidad son muy escasas, señalando tan solo recomendaciones generales de actuación, entre las que podemos destacar la propuesta de participación de agentes activos de la comunidad para acciones de sensibilización e información, y la búsqueda de la participación activa del conjunto de la comunidad en el proceso, aunque sin concretar los modos ni los actores involucrados en el mismo.

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN CASTILLA-LA MANCHA (2017)

El protocolo multidisciplinar de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha plantea como objetivos los de sensibilización, información y capacitación a todos los profesionales implicados, la articulación de un sistema de intervención integral para la población en riesgo y mitigar los efectos de quienes han sufrido la MGF, así como establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de las acciones contempladas en el citado instrumento.

En cuanto a las acciones de sensibilización y formación de los profesionales, el documento prevé la distribución de las mismas a través de diversos canales, asegurando la difusión a partir de la planificación de acciones de comunicación muy concretas:

- Ámbito educativo: difusión del protocolo, jornadas formativas y talleres.
- Ámbito sanitario: difusión del protocolo, plataforma de formación on-line del sistema de salud pública de la Comunidad, sesiones clínicas.

- **Ámbito de bienestar social:** difusión del protocolo, reuniones plenarias.
- **Ámbito universitario:** formación en grados y posgrados.
- **Entidades y asociaciones:** talleres, charlas, seminarios, fórums a población y sensibilización y formación a profesionales de diversos ámbitos.
- **Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha:** difusión del protocolo, difusión de su red de recursos, formación al personal de estos recursos.

En cuanto a la primera fase de intervención (detección de factores de riesgo), las recomendaciones son demasiado genéricas y, al no establecer una distinción en función del ámbito de intervención, esto puede generar cierta confusión entre los profesionales.

La segunda fase plantea el abordaje interdisciplinar ante situaciones de riesgo en niñas, estableciendo el papel y las acciones de coordinación entre los ámbitos educativo, de servicios sociales, sanitario y de asociaciones o entidades especializadas en MGF y el Instituto de la Mujer, en la misma línea en la que lo hacen la mayoría de los protocolos de estas características. Si bien, podemos apuntar que en las pautas de intervención destinadas a las asociaciones, no se prevé la coordinación con servicios sociales, cuestión que entendemos fundamental para la intervención preventiva con la comunidad (que, por cierto, prácticamente no se aborda en el protocolo).

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LA RIOJA (2018)

Recientemente se ha adoptado un protocolo contra la MGF en La Rioja (febrero 2018), que, como los demás instrumentos de esta índole, dedica parte de su contenido a la descripción detallada de la problemática, el marco normativo y las consecuencias de la práctica así como un mapa de la población en riesgo en La Rioja.

En cuanto al protocolo de actuación planteado, diferencia las acciones según sean de prevención, de detección de casos de MGF y de intervención. La primera parte, destinada a la prevención, aunque no ofrece medidas concretas de actuación, procura el marco general de actuación para el desarrollo de programas y/o acciones de prevención y sensibilización con la comunidad, en el que se alude a la intervención con agentes activos de la propia comunidad, contando con la actuación concreta de las mujeres africanas y también la de los hombres e incorporando el trabajo realizado por parte del Tercer Sector.

Respecto de los casos de detección de situaciones de riesgo, el protocolo se ciñe a detallar los modos de comunicación de la situación de riesgo y los agentes implicados en el proceso, diferenciando si la detección se realiza desde el ámbito de salud o desde fuera de éste y centralizando las actuaciones de notificación y derivación en el profesional de Trabajo Social del centro de salud de atención primaria.

Finalmente, las medidas de intervención se limitan solamente (diferenciando los casos en que sea una mujer o una menor la víctima) a exponer la tarea del trabajador social, dirigida a valorar las secuelas físicas y psíquicas y remitir informe a la Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito para intervenir con la menor en las consecuencias de la victimización sufrida.

Para finalizar, aunque nos hemos centrado en herramientas adoptadas desde las Instituciones públicas en respuesta de la responsabilidad que tienen respecto la prevención y erradicación de las problemáticas, España dispone de algunos instrumentos relevantes adoptados por organizaciones privadas que son y han sido, en muchas ocasiones, referente para los profesionales de las instituciones públicas y privadas que intervienen en la prevención de la MGF. Entre los más importantes, podemos citar los siguientes:

- Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina (ACNUR)⁶.
- Política de médicos del mundo España sobre mutilación genital femenina (Médicos del Mundo)⁷.
- Mujeres plenas. Notas sobre MGF (Fundación CEPAIM)⁸.
- Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención (UNAF)⁹.
- Manual de prevención de la MGF y buenas prácticas (Confederación Nacional Mujeres en Igualdad)¹⁰.

⁶ Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2009). *Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina*. Sección de Políticas de Protección y de Asesoramiento Jurídico División de Servicios de Protección Internacional. Ginebra. Recuperado de http://www.acnur.es/PDF/solicitudes_relativas_mutilacin_genital_20130218112611.pdf

⁷ Médicos del Mundo. (2017). *Política de médicos del mundo España Sobre Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Política Institucional. Aprobado por la Asamblea General de Socios y Socias de MdM (10/06/2017). Recuperado de <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjlrzv10YLaAhVCxxQKHb3RBzgQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.medicosdelmundo.org%2Ffile%2F1538%2Fdownload%3Ftoken%3DemlXjKM&usg=AOvVaw2DqGEjIgXbnyMyjLQaFIMN>

⁸ Cepaim. (2014). *Mujeres plenas. Notas sobre MGF*. Recuperado de http://cepaim.org/th_gallery/mujeres-plenas-mutilacion-genital-femenina/

⁹ UNAF (2016). *Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención*. Recuperado de: <https://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/unaf-actualiza-la-guia-para-profesionales-la-mgf-en-espana-prevencion-e-intervencion/>

¹⁰ Confederación Nacional Mujeres en Igualdad (2016). *Manual de prevención de la MGF y buenas prácticas*. Recuperado de: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi-gZuO1oLaAhXFuhQKHYhCDfEQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mujeresenigualdad.com%2Ffiles%2Fportalmenus%2F205%2Fdocumentos%2FManual.pdf&usg=AOvVawObjOuBri4abnyNlxUDROTO>

3. Conclusiones

En el contexto nacional, el instrumento de referencia para la protección e intervención con la mutilación genital femenina es el protocolo de actuación sanitaria adoptado en el año 2015. Como se ha apuntado, es un documento en el que se detalla de manera muy precisa la actuación desde el ámbito sanitario, incluyendo además la posibilidad de coordinación con otros ámbitos. Sin embargo, es necesaria la adopción de instrumentos que aborden la problemática desde una perspectiva integral. Pensamos que es importante que se precisen las medidas de protección y prevención necesarias desde todos los ámbitos posibles de intervención, de manera conjunta y combinada, en un único documento. Como es obvio, es esta una limitación que encontramos en el protocolo de actuación sanitario actual, no porque el instrumento en sí presente deficiencias, sino porque es una herramienta de planificación en el ámbito sanitario.

Desde la adopción de algunas importantes normas internacionales sobre violencia de género, tales como el Convenio de Estambul, de 2011, aprobado por el Consejo de Europa, es cada vez más incuestionable que la MGF es una forma de violencia de género. Desde esta premisa, pensamos que una buena forma de regular la protección e intervención con las víctimas de MGF de manera transversal, es hacerlo a partir de la incorporación de esta problemática en las políticas de igualdad violencia de género, y este es el enfoque que creemos acertado para el diseño de estas políticas. Sin embargo, tal y como se ha mostrado, la inclusión de la MGF en las políticas de lucha contra la violencia de género, ha supuesto, en ocasiones, un perjuicio para la protección y prevención de la problemática. Incluirlo como una forma más de violencia de género, ha tenido como efecto que, en la implementación de determinadas medidas, se ha priorizado la regulación de otras formas de violencia sobre la MGF. Este es el caso de otras de las nuevas formas de violencia de género incluidas en las políticas de igualdad, como es la trata de mujeres y la prostitución, a las que, por ejemplo, el Pacto de Estado recientemente aprobado dedica muchas más medidas que a la MGF.

Celebramos, de cualquier modo, la consideración de la MGF como forma de violencia de género en las políticas públicas españolas, dado que las víctimas tienen, desde ese momento, derecho a los recursos y servicios disponibles para tales casos, razón por la cual incluir la MGF dentro de las políticas contra la violencia de género nos parece absolutamente necesario, siempre y cuando eso no signifique que la protección de las víctimas de MGF habrá de hacerse, exclusivamente, desde instrumentos dirigidos a la atención de la violencia de género de una manera genérica. La mutilación genital femenina, por sus especiales características, por las causas por las que se produce, por sus consecuencias y por el alto grado de desconocimiento en España, requieren necesariamente el abordaje de una manera independiente e intersectorial. Ésa es, precisamente, la principal necesidad que encontramos en las políticas a nivel nacional y que tratan de suplir

alguno de los instrumentos analizados en el ámbito de las comunidades autónomas. Así, en el contexto regional, hemos visto algunos protocolos de actuación en los que se realiza un abordaje integral de la problemática y desde un enfoque interdisciplinar. No obstante, la gran mayoría de estos documentos no detallan las actuaciones del modo en que creemos debiera hacerlo un instrumento de ámbito regional dirigido a protocolizar las actuaciones de los distintos sectores profesionales implicados en el proceso de intervención. El mayor nivel de detalle de la mayoría de los protocolos presentados se corresponde con las actuaciones a desarrollar en el ámbito sanitario, reproduciendo (incluso de forma más genérica) lo dispuesto en el protocolo sanitario nacional, por lo que aporta poco o nada a la actuación en tal ámbito de intervención.

Por otra parte, la mayor parte de instrumentos adolece de medidas de prevención desde una perspectiva comunitaria, planteando en la mayoría de las situaciones, si acaso, principios de actuación de carácter general. Pensamos que la erradicación de la MGF no puede entenderse sin políticas integrales de prevención en las que se incluya el trabajo con la comunidad, pero un protocolo de actuación en este sentido exige la implementación de más medidas que las dirigidas a la coordinación interdisciplinar e intersectorial. Se requieren líneas de actuación precisas sobre los modos de realizar el estudio y diagnóstico de la comunidad previo a la intervención y los profesionales responsables del mismo, la protocolización de pautas y líneas de actuación acordes al diagnóstico concreto, las herramientas más adecuadas sobre cómo intervenir (de acuerdo a la estrategia de empoderamiento, por ejemplo) y los modos de evaluar el proceso de intervención, detallando el trabajo en red entre todos los sectores implicados. Finalmente, y dadas las particularidades de la MGF en España, encontramos falta de desarrollo respecto de las medidas de formación, sensibilización y capacitación de profesionales. La mayoría de los protocolos establecen como medida la de formación en MGF a los diversos profesionales que intervienen en los procesos, pero sin concretar la forma de implementarlo. La formación y sensibilización por parte de los profesionales no puede circunscribirse a la información aportada por el protocolo de referencia, siendo necesario que éstos incluyan medidas sobre cómo abordarlo.

Referencias bibliográficas

- Agencia de la ONU para los Derechos Humanos (ACNUDH), 1990. Comité sobre la eliminación de la discriminación contra las mujeres, *Recomendación General No. 14: Circuncisión femenina*, 1990, (A/45/38). Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3567.pdf?view=1>
- Médicos del Mundo, 2017. Política de Médicos del Mundo España sobre Mutilación Genital Femenina. 2017. Recuperado de:

<https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/politica-mutilacion-genital-femenina-de-medicos-del-mundo>

Documentos consultados

- Acuerdo de la Comisión de Igualdad, en relación con el Informe de Subcomisión para un Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, número 200, de 8 de agosto de 2017. «BOCG. Congreso de los Diputados», serie D, número 203, de 1 de septiembre de 2017.
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.
- Comité sobre la eliminación de la discriminación contra las mujeres, Recomendación General No. 14: Circuncisión femenina, 1990, (A/45/38), Recuperado de: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/453882a30.html>;
- Decisión del Consejo, de 22 de diciembre de 1995, relativa a un programa de acción comunitario a medio plazo para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (1996-2000) (Diario Oficial n° L 335 de 30/12/1995 p. 0037-0043).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948. París.
- Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. Recuperado de <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/docs/Estrategia-NacionalCastellano.pdf>
- Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina (ACNUR). Sección de Políticas de Protección y de Asesoramiento Jurídico División de Servicios de Protección Internacional. Ginebra. Recuperado de http://www.acnur.es/PDF/solicitudes_relativas_mutilacin_genital_20130218112611.pdf
- Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario en Euskadi. Emakunde. Gobierno Vasco. 2016. Recuperado de: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/mutilacion_genital_femenina/es_def/adjuntos/guia-mutilacion-genital-femenina.pdf
- Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Consejería de Políticas sociales y familia. Comunidad de Madrid. 2017. Recuperado de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGuia+De+Actuaciones+Sanitarias+MGF+CM+2017.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352933791640&ssbinary=true>
- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/II_PLAN ESTRATEGICO INFANCIA.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. BOE (17/01/1996).
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE (12/01/00).

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE (29/12/2004).
- 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. BOE (09/07/05).
- Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE (23-03-07).
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. BOE (30-09-07).
- Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal. BOE (14/03/14).
- Manual de prevención de la MGF y buenas prácticas. Confederación Nacional Mujeres en Igualdad. 2016. Recuperado de: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi-gZuO1oLaAhXFuhQKHhYhCDFEQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mujeresenigualdad.com%2Ffiles%2Fportalmenu%2F205%2Fdocumentos%2FManual.pdf&usg=AOvVaw0bJouBrI4abnyNlxUDROTO>
- Mujeres plenas. Notas sobre MGF. Fundación CEPAIM. Recuperado de http://cepaim.org/th_gallery/mujeres-plenas-mutilacion-genital-femenina/
- Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Recuperado de: <http://www.inmujer.gob.es/actualidad/PEIO/docs/PEIO2014-2016.pdf>
- Política de médicos del mundo España Sobre Mutilación Genital Femenina (Médicos del Mundo). Política Institucional. Aprobado por la Asamblea General de Socios y Socias de MdM (10/06/2017). Recuperado de <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjlrzv10YLaAhVCxxQKHb3RBzgQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.medicosdelmundo.org%2Ffile%2F1538%2Fdownload%3Ftoken%3DdemlJXjKM&usg=AOvVaw2DqGEjIgXbnyMyjLQaFIMN>
- Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. Aprobado en el Pleno del Observatorio de la Infancia de 22-11-2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007. Recuperado de: <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/ProtocolointervencionM.pdf>
- Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Recuperado de: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitario-VG2012.pdf>
- Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar de 2014. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Recuperado de: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf
- Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina Cataluña. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Catalunya. 2007. Recuperado de:

- http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra. Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. Gobierno de Navarra. 2013. Recuperado de: <https://www.navarra.es/NR/rdoonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/257636/Protocolo25junio.pdf>
- Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia. Consejería de Salud. 2015. Recuperado de: <http://ivg.carm.es/documents/202699/6215794/Protocolo+para+la+prevención+y+actuación+sanitaria+ante+la+mutilación+genital+femenina+en+la+Región+de+Murcia/87f1d498-6027-413c-86b3-86321c1be27b?version=1.0>
- Protocolo de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Valenciana. Consellería de Sanitat Pública de la Generalitat de Valencia (2016). Recuperado de: http://www.san.gva.es/documents/151311/6735740/Castellano_Protocolo_MGF.pdf
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón (2016). Recuperado de: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilación_1.pdf
- Protocolo para la Prevención e Intervención en Mutilación Genital Femenina Extremadura. Junta de Extremadura. 2017. Recuperado de: <https://ciudadano.juntaex.es/documents/1062609/0/Protocolo+MGF+Febrero+2017.pdf/3a7de712-62dd-4ed5-acd2-f5ed3c988585>
- Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha. Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha. 2017. Recuperado de: http://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/destacados/protocolo_mgf.pdf
- Protocolo de prevención e intervención ante la mutilación genital femenina en La Rioja. 2018. (material facilitado por la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia del Gobierno de La Rioja).
- Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE (17/09/82).
- UNAF (2016). Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención. UNAF. 2016. Recuperado de: <https://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/unaf-actualiza-la-guia-para-profesionales-la-mgf-en-espana-prevencion-e-intervencion/>

VI.

El tratamiento judicial de la MGF desde la protección y la persecución del delito

JUANA M.^a SERRANO GARCÍA

Universidad de Castilla-La Mancha

La mutilación genital femenina es la forma de discriminación más agresiva que sufren las mujeres y una modalidad más de violencia de género, por tanto, no queremos poner el acento en la sanción penal de estas conductas, sino que queremos insistir en la necesidad de su erradicación desde la prevención y la protección de las víctimas.

No se trata, por tanto, de garantizar una persecución más rigurosa de estos delitos, o de incrementar las penas de prisión, sin perjuicio de que estas conductas deban ser sancionadas, sino de evitar que éstos lleguen a producirse.

La penalización de esta práctica es una buena noticia siempre que, efectivamente, ello contribuya su desaparición, ahora bien, en la medida que sólo conlleve ocultación de estos actos delictivos por parte de la población, las leyes estatales sancionadoras no estarán surtiendo sus efectos.

La existencia de leyes sancionadoras de la MGF en los países de origen ha justificado el rechazo del asilo por parte de los países en los que se está solicitando, sin que éstos estén teniendo en consideración que, de forma oculta, se continúa produciendo. Un ejemplo sería el caso de Nigeria, donde está legalmente prohibido este tipo de práctica, aunque, de hecho, se siga produciendo, no obstante, la legalidad vigente ha justificado que algunos tribunales nacionales denieguen el asilo a mujeres que lo han solicitado porque se considera que ya no corren riesgo en ese país. Nada más lejos de la realidad, porque estas leyes sólo conllevan el ocultismo de estas prácticas en dichos Estados, situación a la que se refiere AC-NUR en varias sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH).

1. La Jurisprudencia internacional en la materia

La mutilación genital femenina es perseguible, como ya hemos visto, en 50 Estados africanos, en todos los Estados europeos que han ratificado el Convenio

de Estambul, y, por supuesto, en todos los Estados miembros de la UE. Ahora bien, al Tribunal Europeo de Derechos Humanos o al Tribunal de Justicia de la Unión Europea solo llegan este tipo de asuntos desde la perspectiva del asilo. En la jurisprudencia internacional el tratamiento que se hace de la MGF es básicamente de carácter protector, en tanto en cuanto, este tema llega a los tribunales internacionales por denegaciones de asilo.

En el estudio de las sentencias dictadas sobre esta materia se observa que en todas ellas el TEDH reconoce que la mutilación genital atenta al art. 3 de la Convención de Derechos Humanos Fundamentales, sin embargo, dependiendo de la situación legal del país de origen del nacional que solicita el asilo, se pronuncia en un sentido u otro. En el Caso *R.B.A.B. and others versus the Netherlands*, de 7 de Junio 2016 (Application n.º 7211/06), los padres, originarios de Sudán, donde está prohibida esta práctica, en algunas provincias, aunque no hay una ley general, solicitan asilo en Holanda y el TEDH estima que no hay riesgo de MGF, y admite la denegación del asilo porque en la provincia en la que viven está prohibida la práctica, por tanto, no encuentra situación de riesgo. En un sentido parecido se pronunció el TEDH en el caso *Emily Collins et Ashley Akaziebie versus Suecia*, de 8 marzo 2007 (Application n.º 23944/05) en la que también se denegó el asilo porque el Tribunal estimó que «el hecho de que las circunstancias de los demandantes en Nigeria pudieran ser menos favorables que en Suecia no puede suponer la aplicación del art. 3 de la Convención de Derechos Humanos»; en el mismo sentido se pronuncia el TEDH en el Asunto *Salkic and Others versus Suecia*, de 29 June 2004 (Application n.º 7702/04), también en el Asunto *Mary Magdalene OMEREDO versus Austria* de 20 September 2011 (Application n.º 8969/10), el Asunto *Omeredo versus Austria*, de 20 Septiembre 2011, (Application n.º 8969/10), o en el Asunto *Enitan Pamela Izevbekhai y otros versus Ireland*, de 17 de Mayo de 2011, (Application n.º 43408/08), en este último asunto además de citarse la prohibición del FGM en Nigeria se hace referencia a la situación familiar de las niñas, teniendo en consideración el elevado nivel social de la familia y la negativa de los padres a esta práctica.

2. La jurisprudencia nacional sobre MGF

La MGF además de ser perseguida como delito por la jurisccción penal española, que lo castiga con pena de prisión de 6 a 12 años; también es considerada una situación por la que, la niña o mujer afectada, debe recibir protección y para ello en el orden jurisdiccional civil, se pueden adoptar medidas preventivas –imposibilidad de salir de la niña a su país de origen cuando las probabilidades de sufrir la ablación sean altas–; o solicitar asilo, siendo la MGF una causa para su concesión, aunque no siempre encontremos una posición administrativa clara al respecto y, en muchas ocasiones, se requiera que intervenga el tribunal del orden contencioso-administrativo.

Para la búsqueda de jurisprudencia española en materia de «mutilación genital femenina», se han introducido exactamente los citados estos términos en la base de datos de Aranzadi y se han encontrado 99 sentencias en las que se ha abordado este tema, aunque no siempre la MGF ha sido era el tema central del pronunciamiento.

Del número global de sentencias dictadas, más de la mitad corresponden al orden Contencioso-Administrativo, es decir, más del 50% aprox. son resoluciones que resuelven los tribunales sobre inadmisiones a trámite de solicitudes de asilo pedidas por mujeres que se consideran posibles víctimas de MGF, si continúan viviendo en su país. El 40% restante, las resuelve el orden jurisdiccional civil y sólo un 10% han sido resueltas por el orden penal.

Así pues, la mayoría de las resoluciones judiciales encontradas abordan si la causa alegada por la demandante de asilo, vinculada al riesgo de sufrir mutilación genital femenina ha sido suficientemente justificada o no.

2.1. La MGF debería justificar la concesión del asilo

Debería ser obvio que, dado que con esta práctica se violan derechos humanos fundamentales, como el derecho a la vida, a la integridad física, a la salud, a la no discriminación, etc., aquellas mujeres y niñas que estén en riesgo de sufrirla accedieran sin discusión al asilo, cuando lo solicitaran en cualquiera de los países de la UE, sin embargo, no siempre es así.

En la jurisprudencia española, nos encontramos numerosos pronunciamientos del Tribunal Supremo y de otros tribunales inferiores en los que se resuelven asuntos vinculados a la admisión o inadmisión de solicitudes de asilo vinculadas al riesgo de sufrir MGF.

El Tribunal Supremo (TS) en sentencia de 6 de octubre de 2006 (sala Contencioso-Administrativa), se pronuncia respecto del derecho de asilo de una mujer nigeriana que llega a Valencia huyendo de la posible mutilación que puede sufrir en su país. Y en ella el tribunal admite que pertenece a una nacionalidad y a una etnia de alta prevalencia de MGF, lo que se considera es suficiente para conceder el asilo por este motivo.

Es doctrina jurisprudencial reiterada de la citada sala del Tribunal Supremo (sentencias de 15 de febrero de 2007 y de 11 de mayo de 2009), que en aquellos supuestos en que se acredite la existencia de «indicios suficientes», según las circunstancias de cada caso, de que una mujer sufra persecución por su pertenencia al género femenino, que le ha supuesto la imposición de prácticas contrarias a la dignidad humana, como el matrimonio forzoso o la mutilación de un órgano genital, eso sí, y siempre que el régimen legal del país de origen no ofrezca una

protección jurídica eficaz, que se proceda a la concesión del derecho de asilo a la luz de lo dispuesto en los artículos 3 y 8 de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado.

En el mismo sentido, la posterior sentencia de 15 de junio de 2011, de la misma Sala del Tribunal Supremo, en la que se acepta la solicitud de asilo solicitado por una mujer de nacionalidad argelina, que ya había sido víctima de la MGF, desestimando la oposición de la Abogacía del Estado –según la cual se producía una aplicación indebida de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, porque, bajo el criterio judicial seguido, podría entenderse entonces que todas las mujeres maltratadas tiene derecho de asilo en España–; el Tribunal considera que la persecución por motivos de género resulta incardinable en las persecuciones sociales, en referencia a la «pertenencia a un grupo social», a las que se refiere el artículo 3 de la Ley 5/1984, y, por tanto, merece protección al amparo de esta disposición, siempre que se evidencie que la tutela dispensada por las autoridades nacionales del país de origen se revele inútil o ilusoria.

Apoyando la tesis del Tribunal Supremo y en contra de los argumentos de la Abogacía del Estado hay que recordar la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, introdujo una nueva disposición adicional tercera a la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, en los siguientes términos: «Lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 3 será de aplicación a las mujeres extranjeras que huyan de sus países de origen debido a un temor fundado a sufrir persecución por motivos de género". Actualmente, la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, recoge expresamente en su artículo 3 la persecución por razón de género, como causa para la obtención de la condición de refugiado y por consecuencia, del derecho de asilo: «La condición de refugiado se reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y, no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país...».

No obstante, esta tesis respecto al derecho de asilo no está plenamente asentada en la jurisprudencia de los tribunales inferiores como la Audiencia Nacional (sala Contencioso-Administrativa), que en sentencia de 15 de Septiembre de 2010 se deniega el recurso de solicitud de asilo porque el tribunal estima que en Nigeria esta práctica está prohibida legalmente, sin tener en consideración, que ello no es óbice para que esta práctica siga existiendo en la clandestinidad.

Es habitual que los tribunales inferiores que resuelven sobre las denegaciones administrativas del asilo sean excesivamente escrupulosas en la solicitud de indicios suficientes para la justificación del asilo por esta causa (denegando los

recursos interpuestos por asilo: sentencia de la Audiencia Nacional (sala Contencioso-administrativo) de 28 de Mayo 2010 o sentencia de la Audiencia Nacional de 2 de Febrero de 2005, de la misma sala.

2.2. *La protección del menor ante el riesgo de mutilación*

En el orden judicial civil también encontramos pronunciamientos sobre este tema, dado que el art. 158 Código Civil (CC), regula específicamente medidas que permitan una protección inmediata, efectiva y adecuadas de las menores expuestas a situaciones de riesgo.

Tras la reforma de este precepto por la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria –LJV–, se dispone que el Juez, de oficio o a instancia del propio hijo, de cualquier pariente o del Ministerio Fiscal, dictará las disposiciones que considere oportunas, a fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios en su entorno familiar o frente a terceras personas. El proceso en el que cabe adoptar las medidas de protección previstas por el art. 158 CC puede ser penal, civil o el de la jurisdicción voluntaria. Ésta última es la vía natural cuando estamos ante medidas del número 6º del art. 158 CC, y, en particular, cuando se trata de proteger a niñas en riesgo de sufrir mutilación genital, sin estar sus padres procesados en la jurisdicción penal, en ella las reglas procedimentales específicas son pocas, a pesar de que la nueva LJV dedica una sección a las medidas de protección relativas al ejercicio inadecuado de la potestad de guarda o de administración de los bienes del menor, dentro del capítulo sobre la intervención judicial en relación con la patria potestad. Para este procedimiento no es preceptiva la intervención de Abogado ni de Procurador. El juez adoptará las medidas procedentes en el caso conforme a lo establecido en el artículo 158 CC (art. 88 LJV).

En la práctica judicial encontramos casos de actuaciones iniciadas por el Ministerio Fiscal para prevenir la MGF de niñas en riesgo, ya sea como consecuencia de la existencia de un proceso penal o porque ha sido informado por los profesionales sanitarios siguiendo instrucciones del Protocolo sanitario contra la Mutilación Genital Femenina (2015). El Ministerio Fiscal, con arreglo a su Estatuto Orgánico (art. 3.7 Ley 50/1981, de 30 de diciembre), cumple un papel fundamental de defensor del menor en la prevención de la mutilación genital femenina, porque el peligro está en la propia familia de las menores. Existen padres con por convicciones culturales muy asentadas, que pueden no garantizar la seguridad e integridad física y moral de sus hijas, en definitiva, pueden incumplir la obligación de velar por sus hijos (arts. 110 y 154 CC).

Las medidas más habituales que se han adoptado al respecto, cuando existen indicios suficientes de riesgo de mutilación, suelen ser: la prohibición de salida

del país hacia su país de origen retirándoles el pasaporte (Sentencias de la Audiencia Provincial de Barcelona de 11 de Mayo de 2010, de 13 de Marzo de 2012; o sentencia de Audiencia Provincial de Lleida de 10 de Julio de 2017, o el Auto de la Audiencia Provincial de Zaragoza, de 13 de mayo de 2005 o el Auto de la Audiencia Provincial de Girona de 2 de julio de 2007).

A esta medida de prohibición de salida puede acompañarle la obligación de acudir al juzgado cada seis meses para que el médico forense explore a las menores, así se prevé en el caso del Auto Audiencia Provincial de Girona de 26 de enero de 2004, medida muy atinada para evitar el riesgo de mutilación, no solo con ocasión de un viaje, sino también en España.

2.3. *La persecución del delito por el orden penal*

Por último, hay que llamar la atención sobre las escasas sentencias del orden jurisdiccional penal dictadas por la comisión de este delito, si comparamos con el número de niñas en situación de riesgo en nuestro país. En este orden penal nos llama la atención algunos criterios asentados por los diferentes tribunales.

1. No se admite la justificación de esta práctica basándose en motivos religiosos, culturales, etc., así la sentencia del TS 835/2012, de 31 de Octubre de 2012, deja claro que las tradiciones y las culturas tiene como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos que actúan como mínimo común denominador exigible en todas las culturas, tradiciones y religiones. La ablación del clítoris no es cultura, es mutilación y discriminación femenina, destaca esta resolución judicial. Esta sentencia recuerda la Exposición de Motivos de la Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que acordó perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina: «...La mutilación genital femenina constituye un grave atentado contra los derechos humanos, es un ejercicio de violencia contra las mujeres que afecta directamente a su integridad como personas. La mutilación de los órganos genitales de las niñas y las jóvenes debe considerarse un trato «inhumano y degradante» incluido, junto a la tortura, en las prohibiciones del art. 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos....».

La sentencia (AP de Barcelona n.º 42/2013 de 13 de Mayo, posteriormente, impugnada y resuelta por sentencia del Tribunal Supremo 399/2014 de 8 de Mayo, en la que se reafirma la condena de los padres) se insiste en esta tesis: «El Estado no puede admitir, bajo el alegato de la libertad de conciencia o al abrigo de la tradición y al amparo de la costumbre, todas las actuaciones que según criterios individuales sean conformes a los dictados de la conciencia, ya que ello supondría olvidar la afectación de bienes jurídicos de fundamental importancia y trascendencia que constituyen un referente universal, tales como la vida, la integridad física, la indemnidad sexual (...) la mutilación genital femenina de

mujeres y niñas constituye una práctica que debe combatirse (...) erradicada, con la máxima firmeza, sin que pueda en absoluto justificarse por razones pretendidamente religiosas o culturales. España se ha convertido en un Estado de acogida para personas procedentes de otros países, con otras costumbres, tradiciones y creencias. Sin embargo, el respeto de tales costumbres y tradiciones tiene su límite allí donde se produzcan comportamientos aberrantes e inaceptables para nuestro entorno cultural». En este asunto, se ha condenado a los padres a 6 años de prisión dado el incumplimiento de su deber de guarda, su deber de amparo de las hijas sujetas a la patria potestad (establecido en el art. 154 CC). No obstante, el alcance de este deber de guarda y amparo de los padres no se entiende de igual manera en las sentencias penales revisadas.

2. Existe autoría del delito tanto por acción, como por omisión. El delito puede ser cometido mediante dolo directo, o de primer grado, o, por dolo indirecto, eventual o de segundo grado, siendo en este último caso relevante la posición de garante de los familiares más directos de la menor, víctima de la ablación.

La mayoría de los imputados por esta práctica alegan haber sufrido un error de prohibición (consiste en el convencimiento de que la conducta era lícita), y se ha estimado que concurre –aun vencible– cuando la madre llevaba muy poco tiempo en España, sin hablar el idioma, y comunicándose solo a través de su marido (STS, Sala de lo Penal, 835/2012, de 31 de octubre), que por ello se desestima el recurso de casación interpuesto contra la sentencia de la Audiencia Provincial de Teruel 26/2011, de 15 de noviembre), en este asunto la madre había llegado a España al poco tiempo de nacer la niña en Gambia, y antes del año se le había practicado la extirpación total del clítoris. El padre, que desde hacía 10 años residía en España, en la provincia de Teruel, fue condenado a 6 años de prisión; la madre, al apreciarse que concurría la atenuante de error de prohibición vencible, fue condenada a 2 años de prisión. Este caso nos exige preguntarnos sobre la protección de las niñas víctimas de la ablación cuando sus padres son condenados, en qué situación quedan tras la entrada en prisión de los dos progenitores, quién puede y debe cuidar de ellas que resulte más conveniente para el interés superior de la menor (Quicios Molina, 2017).

En otras ocasiones, el tribunal ha estimado que debe absolver a los padres si no han sido autores materiales ni han consentido esta práctica porque se les haya ocultado (sentencia de la Audiencia Nacional 5/2014 de 24 de Febrero). Esta sentencia sirve de ejemplo para señalar los fallos del sistema de prevención. La madre había comentado el inminente viaje al país de origen en la consulta del pediatra, y a las niñas se les había hecho un examen ginecológico antes de viajar a Gambia, informándole a la madre de las consecuencias sanitarias y legales de la práctica de la mutilación genital femenina. No consta en la sentencia si se firmó un «compromiso preventivo» de los previstos en los protocolos de prevención de la mutilación femenina, pero evidentemente no sirvió para nada el conocimiento

por los servicios sanitarios del proyectado viaje de las menores a Gambia. Los profesionales no apreciaron que hubiera riesgo grave e inminente, pero la pregunta es ¿tendría que haberse puesto en conocimiento del Ministerio Fiscal la intención de la madre de viajar a Gambia con sus hijas, esto es, a un país donde un porcentaje muy elevado de las mujeres sufre MGF, para que fuera él quien valorase la existencia o no de riesgo inminente de ablación y, en su caso, solicitase la medida cautelar de prohibición de salida del territorio español?

Al tratarse de una víctima menor de edad, existe la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad por tiempo de 4 a 10 años, como condena accesoria, pero no es automática, pues dispone el art. 149.2 CP que se aplicará si el juez lo estima adecuado al interés del menor (STS, Sala de lo Penal, 8 mayo 2014). Téngase en cuenta que habría que apreciar el interés superior del niño que debe plantearse como una preocupación fundamental a lo largo de cualquier procedimiento penal (desde la investigación hasta la condena), porque habría que evitar que una niña se convierta en víctima dos veces, primero sufriendo la ablación y posteriormente, por la retirada de la guarda y custodia de los padres.

3. Límites a la persecución del delito cometido fuera del territorio español

El delito de MGF es perseguible fuera del territorio español desde la aprobación de la Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (LOPJ), que añadió al artículo 23.4 LOPJ un apartado g), con el fin de poder perseguir extraterritorialmente la práctica de la MGF, en él se acepta que la jurisdicción española sea competente para conocer una serie de crímenes internacionales con independencia de la nacionalidad de las víctimas y de los presuntos responsables y del lugar de la comisión del delito.

Esta Ley introdujo la persecución de la práctica de la MGF, con amparo en el principio de jurisdicción universal. Esta situación se vio alterada, como ya se ha señalado, tras la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal, que reforma los apartados 2, 4 y 5 de su artículo 23 e introduce un nuevo apartado 6.

La reforma introducida por la Ley 1/2014, empleando una técnica legislativa casuística, delito por delito desde las letras a) a la o) del apartado 4 del artículo 23, introduce particulares requisitos para el ejercicio de la jurisdicción en cada uno de los delitos contemplados. Este apartado 4 finaliza, en su letra p) en la que se incluye con una cláusula general de remisión al Derecho Internacional convencional, para requerir que la jurisdicción universal siga actuando en todos aquellos delitos contenidos en los Convenios Internacionales.

Con esta reforma, la MGF ya no es nominada expresamente como tipo penal para su persecución por la jurisdicción española. Ahora, se entiende incluida en el artículo 23.4, subapartado 1), que se remite al marco de los delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que se encuentre en alguna de estas circunstancias: 1.º el procedimiento se dirija contra un español; 2.º el procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España; o, 3.º 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.

Esta reforma compromete la posibilidad de enjuiciamiento de determinadas causas sobre las que, anteriormente, los tribunales españoles venían conociendo, ya que la práctica de la MGF, muy frecuentemente, se produce fuera del territorio español. Como se señalaba en la Exposición de Motivos de la Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, que introdujo la persecución universal en España del delito de MGF, su objetivo fue el de «posibilitar la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país».

Ello, en tanto en cuanto, la víctima podría encontrarse residiendo habitualmente en España y ser sometida a esta práctica con motivo de un viaje a su país de origen o una estancia temporal en él, o que la víctima ya haya sufrido la mutilación cuando entra por primera vez en territorio español.

En este caso, que es bastante frecuente, particularmente en el caso de víctimas menores de edad, porque uno de sus progenitores se ha instalado previamente en España, y después de obtener la correspondiente residencia permanente en España, o incluso la nacionalidad española, consigue el reagrupamiento familiar del cónyuge y de los hijos que han permanecido en el país de origen, las hijas son sometidas a esta práctica por el propio progenitor que las trae consigo o con su consentimiento, e incluso con el consentimiento del progenitor ya residente en España, pero al exigirse la nacionalidad española o la residencia habitual en España de la víctima, en el momento de comisión de los hechos, ahora quedaría impedida la persecución del delito. Así sucedió, en el asunto juzgado por la Audiencia Nacional, en sentencia 9/2013, de 4 de abril de 2013.

4. Conclusiones

La jurisprudencia no es un reflejo de la realidad que sufren las mujeres y niñas en riesgo de sufrir MGF. No se trata de un tema que tenga una especial re-

levancia en los juzgados porque sigue perteneciendo a la esfera privada de las familias y se sigue percibiendo en la sociedad como una costumbre o un rito propio de otras culturas. A las citadas razones que mantienen oculta la práctica se añade la escasa edad de las niñas que la sufren o la lejanía del lugar donde se practica.

Nuestro Código Penal sanciona esta práctica desde 2003 y, sin embargo, son muy escasos los asuntos que han llegado a los tribunales y no porque se haya dejado de practicar, sino porque, como se ha señalado, se oculta su realización. No se trata, por tanto, de incrementar penas o facilitar la persecución de este delito sino de adoptar medidas que eviten estas prácticas o, al menos, que protejan a estas mujeres y niñas de su sufrimiento.

En el campo de la protección puede jugar un papel importante la figura del asilo, convirtiendo a esta causa en razón suficiente para su concesión. La realidad está siendo otra y la jurisprudencia así lo indica, los casos de denegación de la solicitud de asilo son muchos y están llegando a los tribunales internacionales (TEDH) del que esperamos una interpretación flexible y generosa de los Convenios Internacionales que prohíben esta práctica, como es el Convenio de Estambul.

VII.

Políticas públicas para la erradicación de la MGF desde un enfoque integral: Propuesta de Planificación para la Prevención de la Problemática y Protección de las Víctimas

PATRICIA FERNÁNDEZ DE CASTRO, ESTHER PORTAL MARTÍNEZ
y JUANA MARÍA SERRANO GARCÍA

Universidad de Castilla-La Mancha

1. Hacia una política integral contra la MGF

En primer lugar, hay que exigir a la UE el cumplimiento de los Tratados Internacionales a los que se ha hecho referencia en este trabajo, tales como, la DUDH, el PIDCP, el PIDESC o el Convenio Internacional de Derechos del Niño. En segundo lugar, cumplir con su propia normativa –Tratado de la UE y Tratado de Funcionamiento de la UE– en su parte referida a Derechos Humanos Fundamentales, así como, toda el derecho derivado que desarrolla dichos preceptos. En los últimos tiempos, la UE está incumpliendo los Tratados internacionales y su propia normativa respecto de las áreas citadas. Además, no se están adoptando políticas sociales suficientes para la protección de los derechos humanos fundamentales de los refugiados. Esta falta de voluntad política se traduce, como es lógico, en una falta de asignación presupuestaria.

Las políticas internacionales en relación con la MGF han empezado a adoptarse muy tarde, lo que ha provocado un retraso importante en la actuación de los Estados al respecto. Ahora estamos en un momento de crecimiento incipiente de las actuaciones internacionales en este ámbito, pero los Estados deberán responder adecuadamente en sus leyes nacionales de transposición.

Desde la Unión Europea se debería elaborar más normativa vinculante –Directivas y Reglamentos– que obliguen a los Estados no sólo a sancionar la práctica, sino que busquen la prevención y garanticen protección. La falta de Directivas que regulen y definan la violencia contra las mujeres dificulta la erradicación de estas prácticas. Es verdad que la mera existencia de Directivas no asegura una verdadera armonización normativa en los países de la UE, pero siempre se considerará un decidido paso hacia adelante.

La adhesión de la UE al Convenio de Estambul en 2017 supone un gesto político indudable que posiciona a la UE como líder global en la defensa

de los derechos humanos y que puede prevenir las incoherencias y eventuales dobles estándares en el campo de la violencia contra las mujeres. Pero el instrumento más apropiado para avanzar en normativa contra la violencia de género sería la aprobación de una Directiva. Una Directiva europea sobre violencia contra las mujeres tendría la capacidad de crear un entendimiento común, hasta ahora ausente, sobre la definición y el régimen de esta violencia en cada Estado miembro, desplegaría un efecto directo sobre la normativa de los Estados e incorporaría mecanismos de sanción mucho más fuertes que los del Convenio.

El Convenio de Estambul supone un paso adelante en la lucha contra la MGF, pero echamos de menos un mayor detenimiento en el tipo de medidas que son más convenientes adoptar dependiendo del tipo de violencia del que se trate, ya que no pueden ser similares las medidas de prevención que se adopten frente a la violencia sexual en mujeres que frente a la mutilación genital femenina, donde la población afectada suelen ser niñas. Por ello consideramos que los Estados en el cumplimiento de este Convenio deberían atender a esta recomendación.

Desde la UE se deberían promover políticas que favorezcan la acogida e integración de la población inmigrante procedente de países con riesgo, garantizándoles las necesidades básicas –alimento, vivienda, salud, trabajo, seguridad, etc. Las políticas de integración de la inmigración son fundamentales para proteger a la población en riesgo y hasta el momento la Unión Europea viene poniendo más énfasis en las políticas de control de la inmigración que en las políticas de integración. Se necesitaría un giro radical en las políticas de inmigración y asilo, de forma que el inmigrante no se perciba como un agente de riesgo que puede afectar a nuestra seguridad, sino como un sujeto necesitado de protección, sobre todo, cuando sus derechos fundamentales corren peligro.

La perspectiva de género debería incluirse en todas las políticas de la UE, de esa forma la mutilación genital femenina se tendría en cuenta en todas sus dimensiones, tanto en las intervenciones dedicadas a erradicar la práctica, como en las de apoyo, protección y sanción. Téngase en cuenta que en el marco de la UE, la legislación de cada uno de los veintiocho Estados miembros ofrece una protección desigual a las mujeres contra las diferentes formas de violencia basada en el género, que además son abordadas de distinta forma en cada país, y ello debería evitarse desde una norma obligatoria de la UE.

Es importante desarrollar una red de contactos amplia y estable que involucre a instituciones, organizaciones y agentes implicados de diferentes países europeos. Ello facilitaría el intercambio de conocimiento y de buenas prácticas, facilitando la implementación de acciones conjuntas para la prevención y el apoyo a las víctimas y niñas en riesgo.

En materia de asilo la Directiva 2013/32 obliga a los Estados a proteger y dar refugio a aquellos en riesgo de ser torturados o sufrir violencia sexual, sin recoger expresamente el riesgo de MGF, lo cual podría evitarse citando expresamente esta situación. La nacionalidad del solicitante desempeña un papel fundamental en la concesión o denegación del asilo, lo que perjudica la posibilidad de conseguir el asilo de las mujeres y niñas susceptibles de sufrir MGF cuando esté penalizada en su país, porque la Directiva 2013/32 advierte que un aspecto clave para determinar si una solicitud de asilo está justificada es la seguridad del solicitante en su país de origen, por esta razón sería de sumo interés que ante el riesgo de MGF se tengan en cuenta los hechos y no las leyes existentes. Situación que debería ser expresamente recogida en la Directiva y aclarar que el hecho de que el país de origen sancione estas prácticas no justifica la denegación del asilo, siendo necesario el análisis particular de cada caso para averiguar en que medida se cumple o no la Ley nacional.

En el caso concreto de España, la práctica de la MGF está considerada delito, y así lo recoge nuestro Código Penal desde 2003. Mujeres y niñas están protegidas por la jurisdicción penal en los casos en que les haya sido practicada. Sin embargo, el uso del Derecho penal no puede sustituir la intervención y abordaje preventivo de esta problemática, que supone una violación de derechos humanos fundamentales de las mujeres. La MGF ha de ser abordada desde actuaciones sociales, pedagógicas y preventivas concretas, tratando de comprender el problema cultural al que nos enfrentamos y de evitar la estigmatización de las víctimas y de sus comunidades (Kaplan, 2006).

Como consecuencia de la comisión del delito, es indudable que las víctimas han de estar protegidas. Es necesaria la protección de las niñas, salvaguardando derechos de la infancia y su bienestar integral, así como una protección genérica de las personas inmigrantes, que asegure su asistencia y el derecho a las prestaciones básicas de salud y servicios sociales (más allá de la protección específica de las mujeres a través del reconocimiento de su condición de refugiadas). En este sentido, la legislación sobre asilo y sobre extranjería no puede ser restrictiva, debiendo ofrecer un espacio de protección jurídica que permita la cobertura de sus necesidades básicas.

Tampoco puede ponerse en cuestión que la MGF es una forma de violencia de género, y como tal, las víctimas habrán de estar amparadas por la futura ley en la que se aborde esta cuestión, así como en los planes y protocolos que la desarrollen. Las mujeres a las que se les haya practicado la mutilación o aquellas que estén en riesgo, serán así sujetos de pleno derecho de los recursos y servicios destinados al resto de víctimas de violencia de género recogidos en esa ley. Afortunadamente, la MGF como forma de violencia de género es la línea adoptada por las políticas de violencia de género recientemente aprobadas, incluyendo lo dispuesto por el Pacto de Estado en materia de violencia de género de 2017.

Pero como decíamos en capítulos precedentes, las características específicas de esta práctica, sus consecuencias, las especificidades en su intervención y el alto grado de desconocimiento sobre la problemática en España, nos sitúan en la obligación de proponer la adopción de políticas públicas cuyo objeto sea, exclusivamente, la erradicación de MGF. Es decir, es necesario (y urgente a la vez) la puesta en marcha de un desarrollo legislativo y/o de planificación política que permita prestar atención al problema de la MGF desde un enfoque integral. Siendo ambiciosas, habremos de contemplar la posibilidad de adoptar una norma con rango legal, una ley que, desde un enfoque integral, garantice la prevención, sensibilización, protección, asistencia, así como la persecución del delito. Los beneficios de tal propuesta son evidentes. Como en cualquier otra materia, la regulación por vía legal convierte la protección en derecho y sería por tanto exigible ante los tribunales y los poderes públicos en general. Este es el caso de Italia, país que en 2006 adoptó una ley integral de lucha contra la MGF que contiene medidas de persecución del delito, de sensibilización y capacitación de profesionales y también de intervención con las víctimas. En cualquier caso, la adopción de instrumentos de planificación es irrenunciable, dado que son éstos las herramientas adecuadas para desarrollar actuaciones que, en ningún caso, podrían estar contenidas en la ley, y por tanto, el modo de asegurar intervenciones integrales y una cobertura completa a las víctimas. Por supuesto, cualquiera de los dos instrumentos propuestos ha de llevar aparejada una dotación presupuestaria específica para el desarrollo de las medidas en ellos contenidas. En caso contrario, estaríamos ante meras declaraciones de intenciones que ayudarían bien poco en la erradicación de la problemática en nuestro país.

Por otra parte, es necesario que la planificación descienda hasta el nivel regional o incluso local. Los protocolos y planes de actuación específicos en cada región han de estar siempre diseñados en función de las características de la zona, de las comunidades afectadas que en ella se integran y también de los recursos e instituciones que vayan a intervenir en el proceso. Como no hay dos comunidades iguales, no existen dos intervenciones iguales, siendo necesario diseñar cada una desde las particularidades que el diagnóstico comunitario prevé en cada escenario particular.

2. Principios generales de actuación para el diseño de una política integral en España

Podemos esbozar algunas recomendaciones generales para el abordaje de una política integral contra la MGF (*Ilustración 1*). En primer lugar, cualquier medida de planificación política habrá de contemplar una serie de valores superiores que son, al mismo tiempo, principios generales de actuación que habrán de estar siempre presentes:

- En los casos de intervención con niñas, se debe actuar siempre salvaguardando el interés superior de las menores. Así resulta de la interpretación de distintos Tratados y Pactos internacionales suscritos por el Estado español (como la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 3) como de nuestra propia Constitución (art. 39) o de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (art. 2). La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) eleva el interés superior del niño al carácter de norma fundamental, que se proyecta más allá del ordenamiento jurídico e incluye la integración del principio en el conjunto de políticas públicas, orientando el desarrollo de una cultura igualitaria y respetuosa de los derechos humanos, de modo que la protección de los derechos de los niños prima sobre cualquier consideración cultural que pueda afectarlos (Bruñol, 1999). Así, se trata de garantizar el derecho de las niñas a que las medidas judiciales y de cualquier otra índole que puedan afectarlas, protejan sus derechos y su desarrollo integral, tratando de ajustarse a esta condición e interpretando la legislación de manera que sus derechos fundamentales sean siempre garantizados. En las actuaciones en las que se intervenga con niñas, es necesario evitar los procesos de victimización secundaria y reducir o eliminar las intervenciones innecesarias o contraproducentes para ellas (Emakunde, 2016).
- La MGF es una forma de violencia de género y las actuaciones dirigidas a su erradicación se han de realizar siempre desde este enfoque. La perspectiva de género exige diseñar e implementar políticas que partan del reconocimiento de la existencia de sistemas de género que conducen a situaciones de desigualdad y discriminación de la mujer, y a través de los cuales se han ido creando roles y estereotipos de género configurados como construcciones sociales a lo largo de la historia de las sociedades (Fernández de Castro, 2012). Cualquier intervención contra la MGF tiene que ser valorada en este sentido, haciendo explícito que es una forma de violencia contra las mujeres por el hecho de ser mujeres y tomar las medidas adecuadas para la transformación de las maneras de pensar, sentir y actuar que generan desigualdades y discriminación de género.
- Cualquier política de lucha contra la MGF tiene que partir de un enfoque desde los derechos humanos. Se están violando derechos humanos y derechos fundamentales básicos de las mujeres y las niñas, que van desde la integridad física y psicológica hasta el mismo derecho a la vida en algunos casos. Su violación no puede ser justificada desde argumentos relacionados con la cultura, y por tanto, han de estar protegidos bajo cualquier circunstancia. Su protección se convierte en una obligación de los Estados, autoridades locales y organismos internacionales, que han de salvaguardar los derechos básicos de las personas, y en particular, de las mujeres y niñas, que sufren numerosas injusticias sociales en el contexto

de una pluralidad de violaciones de derechos humanos basadas en el género (Amnistía Internacional, 2005).

- El enfoque intercultural en el trabajo con la comunidad es un elemento imprescindible. El contexto de intervención está configurado por comunidades de inmigrantes de distinta procedencia y con culturas y etnias diferentes en muchas ocasiones. El cambio de actitudes perseguido sólo puede lograrse haciendo partícipe a la comunidad en el proceso y, por tanto, adoptando intervenciones interculturales con las que se logre una comprensión plena sobre los fenómenos con los que se va a intervenir. Consideramos ineludible, por una parte, la formación en cuestiones de interculturalidad por parte de los profesionales que intervengan en el proceso. Por otra parte, la participación activa de los hombres y mujeres de estas comunidades es primordial. En este sentido, cualquier actuación con las mujeres procedentes de países en los que se practica la MGF tiene que estar basada en la estrategia del empoderamiento. Se trata de diseñar actividades preventivas que logren ampliar sus conocimientos y modificar actitudes y creencias, de modo que sean capaces de tomar sus propias decisiones y actuar desde el conocimiento y la independencia y autonomía de las mujeres. Para que la estrategia de empoderamiento con las mujeres de las comunidades afectadas sea óptima, tiene que dirigirse a un cambio individual y colectivo al mismo tiempo. Es necesario dirigirse al cumplimiento de tres objetivos simultáneos: aumentar la capacidad individual de las mujeres, el acceso a los recursos y estructuras disponibles en la comunidad y la participación en las estructuras sociales y políticas para modificar las relaciones de poder existentes (Fernández de Castro, 2017). La participación de las asociaciones de mujeres y de las comunidades de inmigrantes es crucial en este sentido.

Cualquier diseño de intervención para la erradicación de la MGF en España debe contemplar tres **niveles de intervención**: individual/familiar, grupal y comunitario. En las intervenciones individuales los profesionales trabajan con las víctimas, es decir, con las mujeres o las niñas que hayan sido mutiladas o aquellas que estén en riesgo de padecerlo. Además de la asistencia integral a las víctimas, el trabajo de prevención y sensibilización se realizará, en la medida de lo posible, con el conjunto de la unidad familiar, y en este sentido, la sensibilización de los padres y/o de las parejas de esas mujeres es importante también.

El nivel comunitario es el más importante desde el punto de vista de la prevención primaria. Como venimos mostrando, se trata ahora de trabajar con la comunidad en su conjunto, desde un enfoque de empoderamiento de las mujeres y de sensibilización de los hombres de las comunidades afectadas.

El nivel grupal puede haber derivado tanto de una intervención comunitaria como de varias individuales, sirviendo de complemento en los objetivos de am-

bas. En este caso, se trata de intervenciones con grupos de hombres o con grupos de mujeres para tratar de sensibilizar sobre la problemática de la MGF. El trabajo en grupo, a través de elementos como la confianza y la cohesión entre sus miembros, refuerza los objetivos y acciones individuales perseguidas, consiguiendo un mayor grado de sensibilización y una consolidación más estable de los objetivos marcados.

La actuación para la eliminación de la MGF en España tiene que ser integral e interdisciplinar. Las necesidades de la población afectada son múltiples y requieren la implicación y trabajo, de manera coordinada y en red, desde distintos ámbitos:

- Salud
- Servicios Sociales
- centros educativos
- Protección de menores
- Fiscalía
- ONG y organizaciones de inmigrantes
- Cuerpos de seguridad
- Organismos de igualdad
- Centros de salud sexual y reproductiva.

3. Medidas de actuación

Las medidas, tal y como se ha venido mostrando a lo largo del libro, se dirigirán de manera integral a tres objetivos clave: medidas de persecución del delito, medidas de protección/asistencia/intervención con las víctimas y medidas de prevención de la MGF.

Las **medidas de persecución del delito de MGF** son necesarias, pero nunca suficientes por sí mismas para el abordaje preventivo de esta problemática. Como hemos visto, además de las penas de cárcel para quien cometiese el delito y las de pérdida o inhabilitación de la custodia de aquellas menores que hayan sido mutiladas, todo ciudadano/a que sepa de la comisión del delito, tiene la obligación de denunciar el hecho a las autoridades competentes. Esta es una obligación específica para aquellos profesionales que tengan conocimiento del hecho, que es de especial relevancia en el caso de los profesionales sanitarios, del ámbito social o de los educadores (*Ilustración 2*). Más allá de los dilemas éticos que pueden plantearse al profesional respecto a la denuncia, es imprescindible combinar

esta medida de persecución con las de capacitación y formación de los profesionales, propia de las intervenciones preventivas. Pero sobre esta idea volveremos en las siguientes líneas. La prevención de la MGF ha de abordarse desde el ámbito educativo y social, procurando evitar la estigmatización de las personas provenientes de países en los que se practica la MGF y sensibilizando a la ciudadanía en general y a los profesionales de modo particular.

Dentro de las **medidas de prevención de la MGF**, los poderes públicos habrán de promover la adopción de políticas públicas de distinta índole y en los contextos nacional, regional y local simultáneamente. Por un lado, es necesaria la adopción de medidas de atención a las necesidades de integración social de los extranjeros. Se trata de la promoción de políticas públicas dirigidas a mitigar las necesidades sociales más básicas del colectivo inmigrante. Como hemos tenido ocasión de apuntar a lo largo del presente trabajo, la falta de necesidades básicas de algunos colectivos de inmigrantes en su llegada a España, puede llevarles a priorizar su cobertura por delante de las generadas concretamente por la MGF. Solamente una política de promoción y atención a la población extranjera que llega a España en situación de carencia, situará las políticas de prevención de la MGF en el mejor escenario de partida para su erradicación en nuestro país, siendo obligación de las administraciones públicas actuar en este sentido, tanto para la cobertura de las necesidades básicas de los inmigrantes como para la integración social de los recién llegados, siempre desde un enfoque de protección de derechos humanos fundamentales.

En cuanto a las políticas públicas de promoción concretamente orientadas a la prevención de la MGF en España, señalamos a continuación las áreas básicas en las que se habría de intervenir (*Ilustración 3*):

- En primer lugar, creemos que es absolutamente necesario que se adopten protocolos de actuación específicos para cada sector, reduciendo al máximo posible (si puede ser, local) el ámbito de intervención de las comunidades afectadas. Pero esos protocolos de actuación según el ámbito de intervención han de estar interconectados unos con otros, de modo que ninguno de ellos tenga sentido de manera independiente y que se logre la planificación de un trabajo en red entre todos los ámbitos implicados. En el mismo sentido, es importante disponer de guías de recursos locales que puedan ser utilizadas por las comunidades afectadas e incluso por los profesionales en el acompañamiento y/o derivación de los casos que atiendan.
- Se requiere la promoción de la investigación sobre MGF. Es necesario mejorar e invertir en recursos destinados a la investigación para el estudio de las causas de MGF en función de la etnia, para el establecimiento de mapas de MGF tanto a nivel de las CCAA como a nivel local en la medida de lo posible así como reforzar el estudio y análisis de las intervenciones

llevadas a cabo en España utilizando las herramientas de seguimiento y evaluación adecuadas. La identificación y localización geográfica concreta de las comunidades donde se practica la MGF sería útil tanto para las actuaciones de intervención con las víctimas como para el establecimiento de medidas de prevención eficaces, según las circunstancias concretas de cada comunidad. Por otra parte, es importante recoger de manera sistemática experiencias innovadoras y buenas prácticas, y compartirlas entre investigadores, profesionales y agentes de intervención. En relación con la sistematización del trabajo, es de capital importancia que se disponga de un registro de casos de MGF.

- Las medidas de información y sensibilización sobre la práctica de la MGF son esenciales para la prevención en España. La MGF, sus orígenes, los motivos por los que se practica, los modos de practicarlo y las gravísimas consecuencias derivadas de su práctica para las mujeres y niñas son desconocidas para una gran parte de la población española. Son tres los destinatarios de estas medidas de sensibilización e información sobre el concepto de la MGF:
 - La ciudadanía en general: la información precisa sobre lo que supone la MGF es necesaria en primer lugar para la población de acogida, que convive y comparte espacios y vivencias, en cualquier caso, con comunidades de inmigrantes. En segundo lugar, la sensibilización de la ciudadanía proveniente de países en los que se practica la MGF es fundamental, dado que son muchas las carencias que presentan en este sentido. Deben tener conocimiento sobre las implicaciones legales, las graves consecuencias para la salud y también sobre las falsas creencias a propósito de los motivos por los que la MGF es practicada.
 - Los profesionales que van a formar parte de cualquiera de los procesos de intervención, tanto para la prevención como para la asistencia a las víctimas, necesitan disponer de información detallada que les ayude a comprender y a guiar a las víctimas, desde el respeto y el no enjuiciamiento de las mismas.
 - Las autoridades y representantes políticos, encargados de la toma de decisiones políticas. La sensibilización respecto de quienes toman la decisión sobre las políticas y actuaciones a implementar para la solución de los problemas de las comunidades de las que formamos parte, es básica para que se tome conciencia de la gravedad de la problemática y se actúe en consecuencia.
- Pero además de la sensibilización e información dirigida de manera genérica a estos tres grupos de destinatarios, los profesionales, que son quienes van a estar en contacto directo con la población, juegan un papel fundamental tanto en la detección como en la asistencia a las víctimas.

Es necesario, por tanto, establecer medidas de formación y capacitación para los profesionales implicados. La formación habrá de ser específica para cada sector y para cada tipo de profesional, dado que las intervenciones, aunque coordinadas, serán siempre diferentes. Además de la formación concreta requerida para cada sector (en este sentido, la capacitación de los profesionales sanitarios habrá de ser bien precisa, tanto para la detección de casos como para las intervenciones terapéuticas), es importante la formación en interculturalidad así como en violencias de género. También es sustancial que conozcan los recursos y medidas a disposición de las víctimas y el establecimiento de la coordinación entre todos ellos. Finalmente, se debe capacitar a los profesionales en la adquisición de determinadas habilidades profesionales y comunicacionales que les sirvan como herramientas en la asistencia a las víctimas.

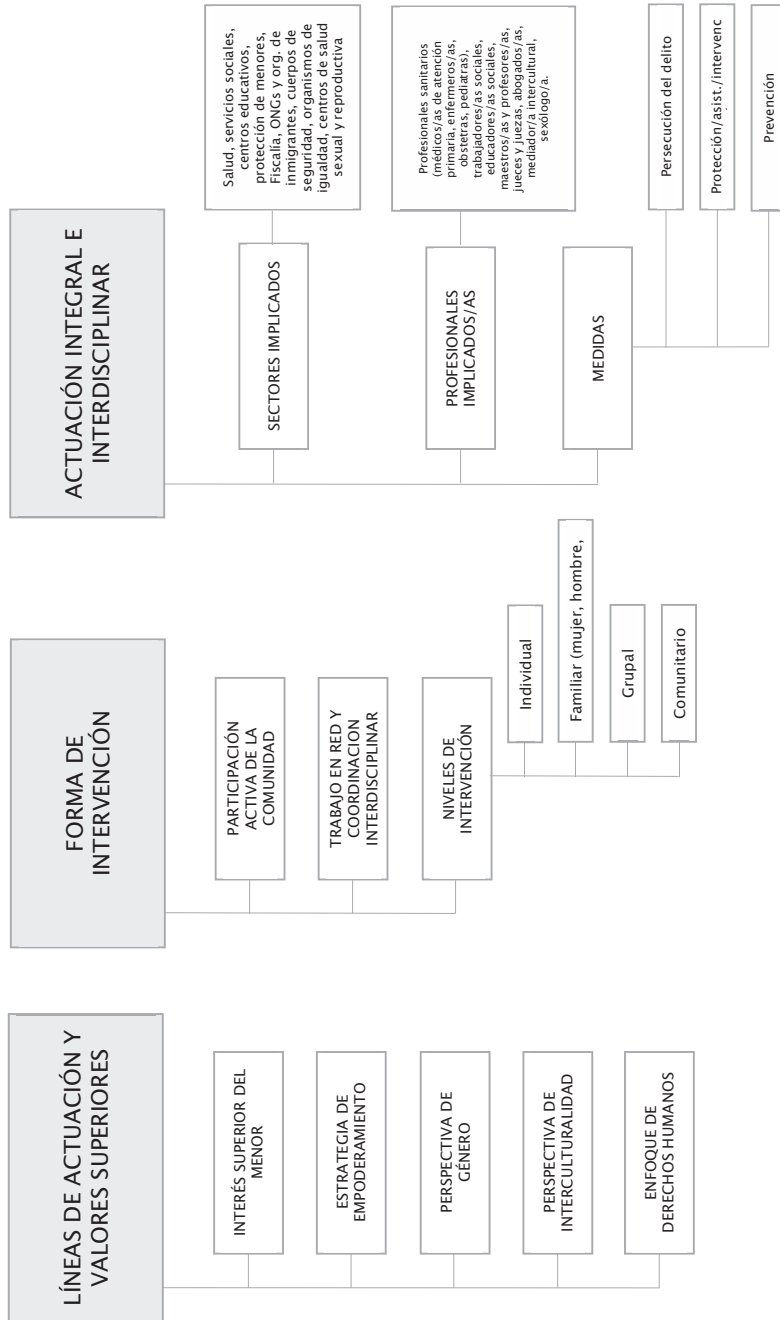
- Uno de los objetivos básicos de las actuaciones preventivas es la detección de los factores de riesgo en cada comunidad. En ese sentido, se realizará una intervención preventiva con aquellas familias sobre las que se ha tenido conocimiento de que está integrada por alguna mujer con la MGF practicada. En estos casos, las actividades preventivas fundamentales pasan por la inclusión de la familia en registros sanitarios que permitan el seguimiento de la misma y la intervención con la familia (madre, padre, niñas) a través de medidas de sensibilización y educación, que debe llevarse a cabo de manera coordinada entre diversos ámbitos de actuación.

En cuanto a las **medidas de intervención con las víctimas y las de protección y asistencia** (*Ilustración 4*), podemos distinguir las generales de protección jurídica de las menores (entendiendo todas aquellas actuaciones dentro del orden civil y penal que se despliegan de modo genérico en las situaciones de riesgo y desprotección de un menor) y, en su caso, las internacionales y nacionales que se desplieguen como consecuencia de haber obtenido la víctima la condición de refugiado. Respecto de las actuaciones cuyo objetivo concreto es la intervención en los casos de MGF, debemos distinguir cuatro momentos principales que habrán de ser detalladamente protocolizados según el ámbito de intervención que corresponda y teniendo siempre presente el trabajo en red de coordinación entre todos ellos y las actuaciones preventivas previas:

- Detección de riesgo de práctica de MGF (consecuencia de las medidas de prevención establecidas en el apartado anterior): todas las medidas a llevar a cabo se relacionan con alguna de las siguientes actuaciones:
 - Actividades preventivas de sensibilización e información con la familia.
 - En el caso de que vaya a haber un viaje próximo al lugar de origen: atención preventiva antes del viaje, firma del compromiso preventivo por parte de los progenitores o tutores de la menor y exploración en consultas antes y después del viaje.

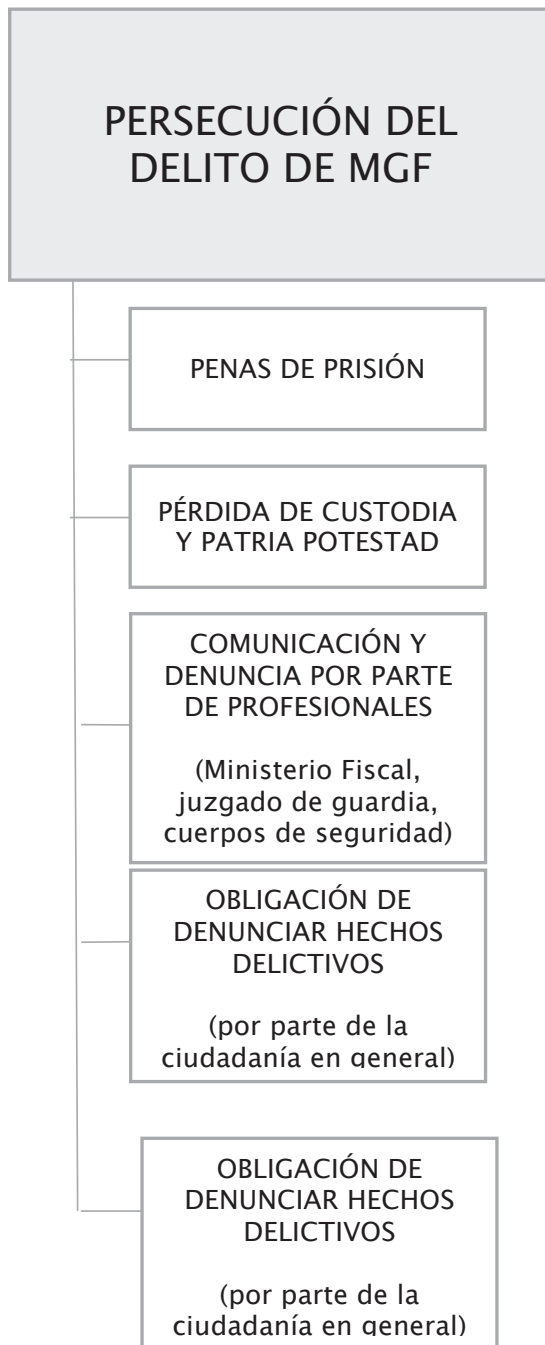
- Confirmación de MGF practicada en niña. En este caso, son los profesionales sanitarios quienes inician el proceso, pero habrán de contar con la participación coordinada del resto de ámbitos:
 - Emitir un parte de lesiones y derivación al Ministerio Fiscal.
 - Intervención terapéutica sanitaria.
 - Asistencia social y psicológica integral (salud, servicios sociales).
- Confirmación de MGF en mujer adulta:
 - Intervención terapéutica sanitaria y cirugía restauradora, en su caso.
 - Asistencia social y psicológica integral (salud, servicios sociales).
 - En los casos en que la mujer esté embarazada, además de la intervención terapéutica requerida, atención psicológica y social integral (salud, servicios sociales).
- Seguimiento y evaluación de la implantación de los protocolos de actuación. Como en toda intervención social, es primordial realizar actividades de seguimiento y evaluación de las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos. Es la evaluación de los casos atendidos lo que permite la sistematización de las prácticas desarrolladas y la modificación de los procesos que no hayan cumplido los objetivos perseguidos. En este sentido, el trabajo en red entre todos los ámbitos de intervención es fundamental. Una comisión de seguimiento creada para tal fin, integrada por representantes de todos los sectores, es una manera de asegurar la eficacia y eficiencia de las intervenciones realizadas.

Ilustración 1. Principios generales de actuación a establecer en un protocolo contra la MGF



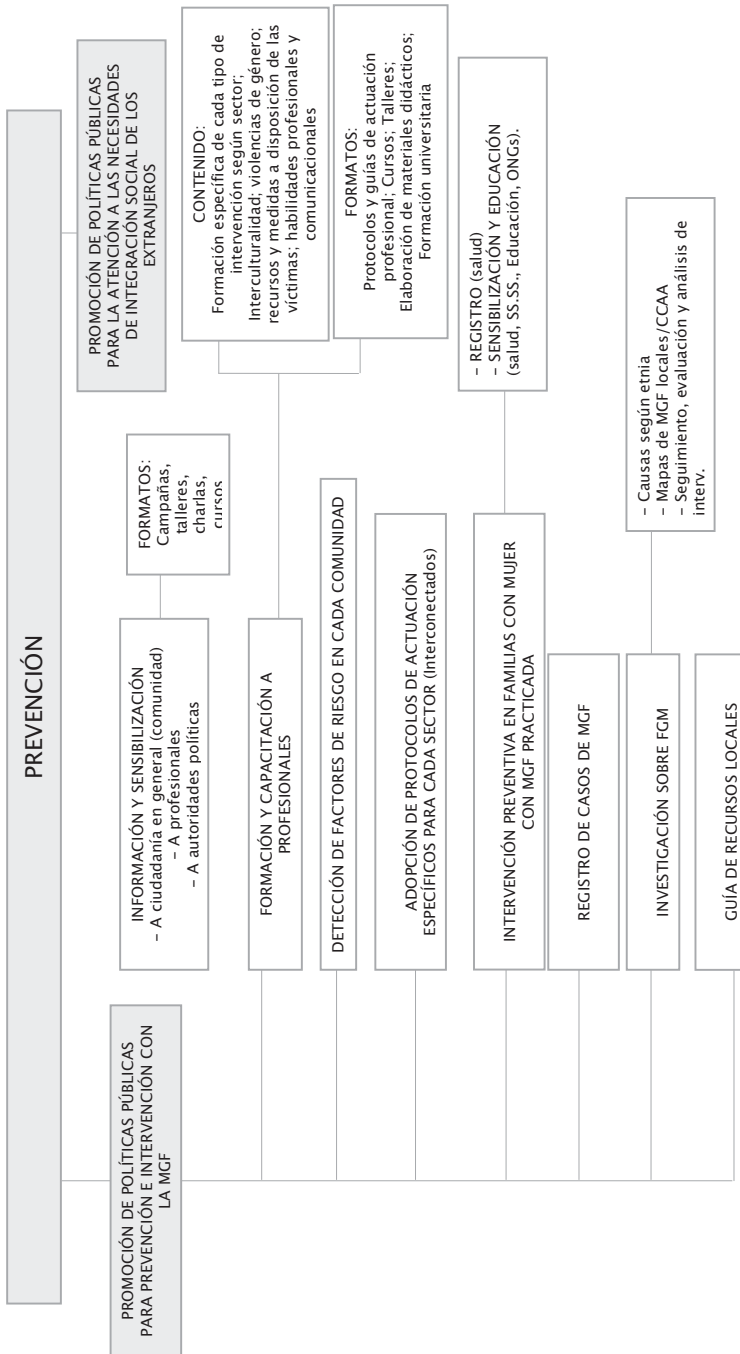
Fuente: *elaboración propia*

Ilustración 2. Medidas de persecución del delito



Fuente: *elaboración propia*

Ilustración 3. Medidas de prevención



Fuente: elaboración propia

Bibliografía

- Amnistía Internacional. (2005). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos*. Amnistía Internacional.
- Bruñol, M. C. (1999). El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. En UNICEF, *Justicia y Derechos del Niño número 9*, (125- 142).
- Emakunde (2016). *Mutilación genital Femenina. Guía de Actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- Fernández de Castro, P. (2012). El camino hacia la transversalidad de género, el empoderamiento y la corresponsabilidad en las políticas de igualdad de género. *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, n. 16, julio 2012, p. 79-104.
- Fernández de Castro, P. (2017). Empoderamiento político de las mujeres: una estrategia integral para políticas públicas. *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, (26), 147-173.
- Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K., & Castany, M. J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (19), 189-217.

**MANTÉNGASE INFORMADO
DE LAS NUEVAS PUBLICACIONES**

**Suscríbese gratis
al boletín informativo
www.dykinson.com**

Y benefíciense de nuestras ofertas semanales