

**ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y LEGALES
DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:
EXPERIENCIAS TRANSNACIONALES
DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN**

Actas del Congreso Internacional

Celebrado en Madrid, 3 y 4 de febrero 2017

DIRECCIÓN ACADÉMICA:

LAURA NUÑO GÓMEZ

Universidad Rey Juan Carlos

ADRIANA KAPLAN MARCUSÁN

Fundación Wassu (Universidad Autónoma De Barcelona)

EDICIÓN:

MAGALY THILL

**SOCIO-CULTURAL AND LEGAL ASPECTS
OF FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING:
TRANSNATIONAL EXPERIENCES
OF PREVENTION AND PROTECTION**

Papers of the International Conference

Held in Madrid, 3rd and 4th february 2017

HEADED BY:

LAURA NUÑO GÓMEZ

King Juan Carlos University

ADRIANA KAPLAN MARCUSÁN

Wassu Foundation (Autonomous University Of Barcelona)

EDITED BY:

MAGALY THILL



MAP-FGM

**MULTISECTORAL ACADEMIC PROGRAMME
TO PREVENT & COMBAT FEMALE
GENITAL MUTILATION / CUTTING**

***ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y LEGALES
DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:
EXPERIENCIAS TRANSNACIONALES DE
PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN***

***SOCIO-CULTURAL AND LEGAL ASPECTS OF
FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING:
TRANSNATIONAL EXPERIENCES OF
PREVENTION AND PROTECTION***

**ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y LEGALES
DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:
EXPERIENCIAS TRANSNACIONALES DE
PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN**

Actas del Congreso Internacional

Celebrado en Madrid, 3 y 4 de febrero 2017

DIRECCIÓN ACADÉMICA:

LAURA NUÑO GÓMEZ

Universidad Rey Juan Carlos

ADRIANA KAPLAN MARCUSÁN

Fundación Wassu (Universidad Autónoma De Barcelona)

EDICIÓN:

MAGALY THILL

**SOCIO-CULTURAL AND LEGAL ASPECTS OF
FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING:
TRANSNATIONAL EXPERIENCES OF
PREVENTION AND PROTECTION**

Papers of the International Conference

Held in Madrid, 3rd and 4th february 2017

HEADED BY:

LAURA NUÑO GÓMEZ

King Juan Carlos University

ADRIANA KAPLAN MARCUSÁN

Wassu Foundation (Autonomous University Of Barcelona)

EDITED BY:

MAGALY THILL

La publicación de las presentes actas ha sido posible gracias a la financiación del Programa europeo de Derechos, Igualdad y Ciudadanía 2014-2020. Los contenidos son responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no se puede de ninguna manera considerar que reflejan las opiniones de la Comisión Europea. La Guía forma parte del Programa Académico Multisectorial para prevenir y combatir la Mutilación Genital Femenina (MGF)/Multisectoral Academic Programme to prevent and combat Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)

This publication has been produced with the financial support of the Rights, Equality and Citizenship Programme 2014-2020 of the European Union. The contents of this publication are the sole responsibility of its authors and can in no way be taken to reflect the views of the European Commission. It is part of the Multisectoral Academic Programme to prevent and combat Female Genital Mutilation (FGM/C).

© The authors / Los autores

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 – 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91544 28 46 – (+34) 91544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>

ISBN: 978-84-9148-385-4
Legal Deposit/ Depósito Legal: M-26794-2017

Preimpresión:
Besing Servicios Gráficos, S.L.
besingsg@gmail.com

Actas del Congreso Internacional
ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y LEGALES
DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:
EXPERIENCIAS TRANSNACIONALES DE
PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

Celebrado en Madrid, 2 y 3 de febrero 2017

DIRECCIÓN ACADÉMICA:

LAURA NUÑO GÓMEZ

Universidad Rey Juan Carlos

ADRIANA KAPLAN MARCUSÁN

Fundación Wassu (Universidad Autónoma De Barcelona)

EDICIÓN:

MAGALY THILL

Armelle Andro

Hazel Barrett

Charlotte Chevalier

Ana Buñuel Heras

Fatoumata Coulibaly

Ana de Miguel Álvarez

Mawaheb El-Mouelhy

Kemo Fatty

Elise Johansen

Sara Johnsdotter

Adriana Kaplan Marcusán

Els Leye

Aina Mangas Llompart

M^a Teresa Martín de Villodres

Agnes K. Meroka

Marycelina Msuya

Laura Nuño Gómez

Julia Pérez Correa

Noelia Rata Cepero

Julia Roperó Carrasco

Nora Salas Seoane

M. Elena Torres Fernández

Índice

Introducción	13
Notas sobre las autoras	15
APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LA MGF	
<i>Introducción a la Mutilación Genital Femenina desde la Antropología</i>	23
Adriana Kaplan Marcusán	
APROXIMACIÓN FEMINISTA A LA MGF	
<i>Mutilación genital femenina. Derechos de las mujeres e igualdad de género en la globalización</i>	29
Armelle Andro	
<i>Perspectivas de género sobre la MGF y la sexualidad en Egipto</i>	35
Mawaheb El-Mouelhy	
<i>Ciudadanía, multiculturalismo y violencia de género</i>	41
Ana de Miguel	
<i>MGF y triple alteridad: la teoría feminista como marco interpretativo superador de la dicotomía etnocentrismo versus multiculturalismo</i>	49
Laura Nuño Gómez	
ASPECTOS LEGALES DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN	
<i>Un análisis crítico sobre el marco legal de Kenia para la prevención y el abandono de la mutilación genital femenina</i>	65
Agnes K. Meroka	

<i>La mutilación genital femenina ante el ordenamiento jurídico español</i>	75
M. Elena Torres Fernández	

<i>Análisis crítico de las medidas legales sobre mutilación genital femenina en Europa</i>	85
Julia Roperro Carrasco	

<i>Protección internacional de menores y mujeres, víctimas o en riesgo de ser perseguidas por motivos de género: las mutilaciones genitales femeninas, un motivo para solicitar asilo</i>	93
Charlotte Chevalier	

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN EN EUROPA

<i>Estimación de la prevalencia de la mutilación genital femenina en Europa</i>	103
Els Leye	

<i>La MGF en Noruega: prevalencia, políticas y tendencias</i>	109
Elise Johansen	

<i>¿El concepto legal de “omisión del deber de cuidado” puede utilizarse como herramienta preventiva en Europa? Potenciales y riesgos de un enfoque novedoso en la protección a niñas de la MGF</i>	119
Sara Johnsdotter	

<i>El trabajo con las comunidades africanas de la UE para acabar con la MGF: el enfoque REPLACE (sustitución)</i>	125
Hazel Barrett	

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN EN ÁFRICA

<i>Experiencia de lucha contra la ablación en Malí</i>	135
Fatoumata Coulibaly	

<i>Prevención y gestión de la MGF en Tanzania (África)</i>	141
Marycelina Msuya	

<i>Poner a prueba los indicios: Estudio aplicado y transferencia de conocimiento en Gambia</i>	143
Kemo Fatty	

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN EN ESPAÑA

<i>La experiencia del Observatorio Wassu para la prevención y la atención de la mutilación genital femenina (MGF) en España</i>	149
Nora Salas Seoane	

<i>La intervención catalana frente a la MGF: una mirada en el espejo</i>	151
Aina Mangas Llompart	

<i>La prevención y la atención de la mutilación genital femenina: Una experiencia local interdisciplinar en Santa Coloma de Gramenet.....</i>	157
M ^a Teresa Martín de Villodres	

<i>La experiencia de la Unión Nacional de Asociaciones Familiares en prevención y atención a mujeres y niñas con MGF.....</i>	165
Julia Pérez Correa	

<i>Mutilación Genital Femenina (MGF): La labor de prevención y sensibilización del Ayuntamiento de Madrid.....</i>	171
Ana Buñuel Heras y Noelia Rata Cepero	

Introducción

Las aportaciones que se compilan en la presente publicación recogen las principales aportaciones del Congreso Internacional “Aspectos socioculturales y legales de la Mutilación Genital Femenina: Experiencias transnacionales de prevención y protección” celebrado en la ciudad de Madrid los días 3 y 4 de febrero 2017 en la sede de su ayuntamiento. El citado Congreso, organizado por el Observatorio de Igualdad de Género de la Universidad Rey Juan Carlos y la Fundación Wassu-UAB, y codirigido por las profesoras Laura Nuño Gómez y Adriana Kaplan Marcusán, representó el primero de los cuatro seminarios académicos previstos en el marco del proyecto europeo MAP-FGM (Programa Académico Multisectorial para la prevención y lucha contra la mutilación genital femenina).

Este encuentro académico internacional constituyó una oportunidad excepcional para reunir investigadoras/es y expertas/os del estado español, la Unión Europea (Bélgica, Francia, Gran Bretaña, Italia, Noruega, Portugal y Suecia) y países africanos (Egipto, Gambia, Kenia, Mali y Tanzania). El Congreso se estructuró en dos ejes temáticos. El primero abordó la MGF desde tres perspectivas o áreas de conocimiento. En concreto, la antropología (a cargo de la profesora Adriana Kaplan), el marco interpretativo feminista (con la participación de Armelle Andro, Mawaheb El-Mouelhy, Ana de Miguel y Laura Nuño Gómez) y los aspectos legales vinculados a la MGF (con las aportaciones de Agnes K. Meroka, M. Elena Torres Fernández, Julia Roperó Carrasco y la jurista Charlotte Chevalier).

El segundo eje se centró en el análisis de las políticas de prevención y protección, con tal finalidad, se dividió en paneles geográficos. Las profesoras Els Leye, Elise Johansen, Sara Johnsdotter y Hazel Barrett presentaron sus trabajos en materia de políticas de prevención y protección en Europa. Las experiencias africanas fueron introducidas por Fatoumata Coulibaly, Kemo Fatty y Marycelina Msuya. Finalmente, Nora Salas Seoane, M^a Teresa Martín de Villodres, Julia Pérez Correa y Ana Buñuel Heras compartieron las diferentes experiencias existentes en el ámbito local español.

Queremos agradecer el apoyo de la DG-JUST de la Comisión Europea, cuya cofinanciación ha permitido la organización de este Congreso internacional, así como la colaboración del Ayuntamiento de Madrid. A su vez, no podemos dejar de agradecer la valiosa colaboración del Comité Académico integrado por las profesoras Clara Carvalho del Instituto Universitario de Lisboa, Gily Coene de

la Vrije Universiteit Brussel, M^a Luisa Femenías de la Universidad de la Plata, Michela Fusaschi de la Universidad Roma Tre, Alicia Puleo de la Universidad de Valladolid, y Concha Roldán del Consejo Superior de Investigaciones Científica, los profesores Enrique Álvarez Conde, Antonio García Jiménez y Ángel Gil de la Universidad Rey Juan Carlos y Miguel Lorente de la Universidad de Granada.

No podemos dejar de reconocer públicamente la profesionalidad y dedicación del equipo y las voluntarias del Observatorio de Igualdad de Género de la URJC y de la Fundación Wassu-UAB. Por último, queremos brindar un especial reconocimiento a todas las ponentes y autoras por la generosidad mostrada al compartir su tiempo, saberes y sus excelentes contribuciones, así como al profesorado, al personal de investigación, las profesionales y activistas y al público asistente cuyas aportaciones y experiencias enriquecieron este primer seminario del proyecto MAP-FGM.

Laura Nuño Gómez

*Directora del Observatorio de
Igualdad de Género.
Universidad Rey Juan Carlos*

Magaly Thill

*Editora de las Actas del
Congreso*

Notas sobre las autoras

Armelle Andro, *Universidad de París I Panteón-Sorbona*

Armelle Andro es Profesora Asistente en Demografía en el Instituto de Demografía de París (IUDP) en la Universidad Panteón-Sorbona en Francia. Sus principales áreas de investigación son la sexualidad y la salud reproductiva, y específicamente las consecuencias de la MGF en la salud sexual y reproductiva en sociedades multiculturales. Como socio-demógrafa, ha participado recientemente en las encuestas Contexto de la Sexualidad en Francia (CSF) y Fertilidad y Disfunciones Sexuales (FeConD). Fue también la Investigadora Principal del Proyecto ExH sobre MGF y Discapacidades (2007-2010). En la actualidad, está implicada en Proyecto europeo FGM-Prev para la medición de la prevalencia de la MGF en la Unión Europea. En paralelo, está coordinando un nuevo proyecto de investigación sobre Legislación y acceso a la salud de las mujeres migrantes, refugiadas y aisladas en Francia (DSAFHIR).

Hazel Barret, *Universidad de Coventry*

Hazel R Barrett es Doctora en Estudios de África Occidental. Durante 14 años, ha sido Profesora en la Universidad de Coventry donde dirige la Cátedra de Geografía del Desarrollo e investigadora del Centro para la Confianza, Paz y Relaciones Sociales. Sus principales áreas de investigación son: los aspectos socioeconómicos del desarrollo, especialmente estudios de género, salud y desarrollo rural en África subsahariana. En los últimos 10 años, sus investigaciones se han centrado en la práctica de la mutilación genital femenina en África y entre la diáspora africana en Europa. Ha sido Directora del proyecto de investigación europeo "REPLACE" sobre MGF Este proyecto multidisciplinar ha desarrollado un nuevo enfoque para afrontar la mutilación genital femenina basándose en actividades de participación y de cambio de comportamiento (Ver Toolkit y Community Handbook). También es experta en métodos de acción participativa e investigación participativa comunitaria.

Ana Buñuel Heras, *Ayuntamiento de Madrid*

Doctora en Sociología (Universidad Complutense de Madrid, 1991), D.E.A. en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de París. Funcionaria del Ayuntamiento de Madrid desde 1987. Jefa del Departamento de Planificación, programación y evaluación del entonces Área de Servicios Sociales, de 1990 a 2003. Asimismo coordinó la puesta en marcha y desarrollo de los Programas de Cooperación al Desarrollo y de Atención a la Inmigración del Ayuntamiento de Madrid (1997-2003). Del 2004 al 2007 fue Subdirectora de la Dirección General de Igualdad de Oportunidades. De 2008 a 2015 fue Subdirectora General de Mayores, y desde julio de 2015 es Directora General de Igualdad entre Mujeres y Hombres del Ayuntamiento de Madrid. Ha colaborado como docente en varios cursos de Postgrado en Servicios Sociales de la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Charlotte Chevalier, *INTACT-Asociación*

Charlotte Chevalier es jurista y tiene un Máster del Instituto de Estudios Europeos de la Universidad Libre de Bruselas (ULB). Es miembro de la asociación sin ánimo de lucro belga

INTACT cuyo cometido es dar asistencia jurídica sobre temas como la mutilación genital femenina y matrimonios forzados. Brinda asistencia jurídica a mujeres y niñas con riesgo de ser sometidas a mutilación genital femenina en su país de origen: Ha desarrollado análisis y herramientas para profesionales: un manual práctico en materia de asilo para abogados o una guía de buenas prácticas para mejorar la prevención y protección de las mujeres y niñas. Además, forma a diferentes profesionales de diferentes sectores, ponencias y cursos sobre los derechos de las mujeres y de las personas extranjeras en Bruselas y en la región valona.

Fatoumata Coulibaly, *Asociación BAMEKO*

Fatoumata Coulibaly es actriz, realizadora, periodista y activista contra la mutilación femenina. Trabaja como periodista en la Oficina de Radio Televisión de Mali (ORTM). Su papel como activista desde hace casi veinte años, ejerciendo como periodista y promocionando programas en la televisión estatal, ha sido fundamental en la visibilización de este problema en Mali. Además, forma parte de la asociación AMSOPT (Asociación de Malí para el Seguimiento y la Orientación de las Prácticas Tradicionales) que lucha contra la MGF y es la fundadora y presidenta de la asociación BEZEKO (Bienestar) cuyo cometido es luchar contra la violencia contra las mujeres, la pobreza y los menores en riesgo. Como actriz, ha sido un símbolo contra la lucha de la MGF dando vida a una mujer víctima de esta práctica en la película "Moolaadé" en la que se muestra la crueldad de esta práctica, una película que ha recibido el premio "una cierta mirada" en el festival de Cannes, entre otros.

Ana De Miguel Álvarez, *Universidad Rey Juan Carlos*

Ana de Miguel es Doctora en Filosofía y Profesora Titular en el área de Filosofía Moral y Política de la URJC. Es Directora en esta universidad del Doctorado Interuniversitario en Estudios Interdisciplinarios de Género. También dirige el Curso de Historia de la Teoría Feminista de la Universidad Complutense de Madrid (26ª edición). Ha liderado varios proyectos de investigación y publicado libros y artículos sobre teoría feminista, especialmente sobre autoras/es como Alejandra Kollontai, John Stuart Mill, Simone De Beauvoir, etc. También ha analizado de forma crítica la socialización de género, el amor romántico y la prostitución. Actualmente está investigando sobre el feminismo como movimiento social y los nuevos marcos teóricos de interpretación.

Mawaheb El Mouelhy, *Consultora independiente*

La Dra. El Mouelhy es ginecóloga, profesional especializada en Salud Pública, investigadora y defensora de la salud y el status de las mujeres. Es Doctora en Medicina por la Universidad de Ain Shams (Egipto), tiene un Diploma en Ginecología de Irlanda y un Máster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Comenzó su carrera en el sector de la Salud Pública hace 22 años, después de varias estancias fuera. Está al origen de iniciativas pioneras en el ámbito de la salud que buscan mejorar la calidad del cuidado y acceso a los sistemas sanitarios para aquellas personas desfavorecidas y marginadas, especialmente mujeres. Sus áreas de interés incluyen la Mutilación Genital Femenina, el matrimonio infantil y otras cuestiones de población y salud reproductiva. Actualmente trabaja como consultora/ formadora freelance e investigadora para diferentes proyectos locales y regionales.

María Teresa Martín de Villodres Pérez, *Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramanet*

M^a Teresa Martín de Villodres Pérez es Licenciada en Filología Hispánica por la Universidad de Barcelona, trabaja desde el año 2006 como técnica de la Oficina del Plan Local por la Inclusión Social (PLIS), en el Departamento de Evaluación de Programas del Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramanet. Desde el año 2015 y en el marco del PLIS, ha

trabajado en el diseño, desarrollo e implementación del *Programa de prevención y atención de la Mutilación Genital Femenina en Santa Coloma de Gramenet*.

Elise Johansen, *Centro Noruego para los Estudios sobre y Estrés Post-traumático*

Elise Johansen es Doctora en Antropología médica por la Universidad de Oslo y trabaja a tiempo completo sobre mutilación genital femenina desde 1997. Durante tres años (2001-2004), estuvo al frente del programa de intervención del gobierno noruego sobre MGF, centrándose en información, formación y capacitación en colaboración con los servicios públicos y grupos migrantes. Desde 2006 hasta 2013 fue responsable de la línea de MGF en la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, donde ha liderado la elaboración de políticas en la materia. Desde 2013, trabaja como investigadora en el Centro Noruego de Estudios sobre Violencia y Estrés Traumático, donde lidera un proyecto sobre la MGF. Su investigación actual se centra en los servicios de asistencia médica y políticas sanitarias para tratar las complicaciones derivadas de la MGF tanto en Noruega como en el resto del mundo.

Sarah Johnsdotter, *Universidad de Malmö*

Sara Johnsdotter es Doctorada en Antropología Social de la Universidad de Lund (2002) y Profesora en la Facultad de Salud y Sociedad en la Universidad de Malmö. Es especialista en Medicina Antropológica y su investigación trata de la ablación femenina y otras modificaciones genitales. Sus principales líneas de interés son los aspectos socio-culturales de la mutilación genital femenina y su debate entre la población sueca, la comunidad somalí y la sociedad en general. Uno de sus estudios actuales se centra en las respuestas legales antes presuntas prácticas ilegales de MGF entre las niñas sueco africanas. Desde 2007, ha trabajado estrechamente con la Prof. Dr. Birgitta Essén, Universidad de Uppsala, en temas de sexualidad y salud reproductiva en el contexto migratorio. En 2015 y junto con la Prof. Ruth Mestre i Mestre de la Universidad de Valencia, ha llevado a cabo un análisis sobre casos judiciales de MGF en Europa para la Comisión Europea.

Adriana Kaplan Marcusán, *Fundación Wassu-UAB*

Adriana Kaplan es antropóloga médica, Profesora del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB, Directora de la Fundación Wassu, Directora de la Cátedra de Transferencia del Conocimiento e Investigadora Principal del grupo de investigación GIPE/PTP. Ha hecho investigación etnográfica en Gambia, Senegal y Guinea Bissau focalizada en los movimientos migratorios y en la MGF. Ha colaborado como investigadora en el Consejo de Investigación Médica de Gambia (*Medical Research Council de Gambia*), es asesora del *Women's Bureau* y consultora de agencias internacionales (UNFPA, UNDP, Unicef, UE). En España, colabora y asesora a Instituciones para planificar e implementar programas para la atención y prevención de la MGF a nivel local, regional y estatal. También es miembro del Comité de Expertos sobre MGF en la OMS.

Els Leye, *Vrije Universiteit Brussel y Universidad de Gante*

Els Leye posee un Máster en Ciencias Sociales y Culturales y obtuvo su doctorado en Ciencias Comparadas de la Cultura en la Universidad de Gante, en 2008, sobre la Mutilación Genital Femenina en Europa. Actualmente es profesora adjunta en Salud Global/Prácticas Relacionadas con el Género en la Facultad de Medicina de la Universidad de Gante y es doctora invitada en el Centro de Género, Diversidad e Interseccionalidad de la Vrije Universiteit Brussel (RHEA-VUB). Su campo de investigación se centra principalmente en las prácticas culturales dañinas (mutilación genital femenina, matrimonios forzados, violencia relacionada con el honor) y la violencia de género en general. Es miembro del proyecto MAP-FGM y lidera un proyecto europeo sobre prevalencia de la MGF en Europa.

Aina Mangas, *Ayuntamiento de Badalona*

Enfermera y antropóloga. Trabaja en el Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento de Badalona. Es investigadora y coordinadora de formación del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Es Master en Investigación Etnográfica, Relaciones Interculturales y Teoría Antropológica en la UAB (2010). Desde 2011, cursa un Doctorado sobre la intervención que se realiza en Cataluña frente a la MGF. Su tesis analiza y evalúa las políticas desplegadas, a partir del primer protocolo autonómico. Como modelo alternativo, propone la metodología diseñada por la Fundación Wassu, implementada en Badalona, como experiencia piloto.

Marycelina Msuya, *Universidad Cristiana Médica del Kilimanjaro*

Marycelina Msuya es Profesora en la Universidad Cristiana de Kilimanjaro. Es Máster en Salud Pública con especialidad en Salud Primaria, Enfermería. Etc. También ha seguido formaciones en atención a las madres y nuevos/as nacidos/as, planificación familiar, MGF, liderazgo, salud global e investigación obstétrica, obteniendo sus títulos de varias universidades: Universidad de Daar El Salam (Tanzania), el Instituto Karolinska (Suecia) y Universidad de Londres. Ha trabajado como Profesora y Decana de la Facultad de Enfermería desde el año 1999, e inició el desarrollo de varios cursos como el de Ciencias Obstétricas que coordina. Ha liderado el grupo de redacción de un manual sobre MGF para Tanzania, que es hoy en día utilizada en las universidades de este país. También ha participado en la revisión de las Guías de la OMS sobre la gestión de las complicaciones provocadas por la MGF.

Laura Nuño Gómez, *Universidad Rey Juan Carlos*

Laura Nuño Gómez es Doctora en Ciencias Políticas y Profesora Titular del Departamento de Derecho Constitucional de la Universidad Rey Juan Carlos, donde es también Directora del Observatorio de Igualdad de Género de la URJC (2015) y de la Cátedra de Género del Instituto de Derecho Público (2005), así como coordinadora del Grado en Igualdad de Género. También es miembro de la Comisión Académica del Doctorado Interuniversitario en Estudios Interdisciplinarios de Género, de la dirección del Máster en Políticas de Igualdad de Género y es vocal del Consejo Estatal de Participación de las Mujeres. Es autora de una amplia gama de libros y artículos sobre desigualdades de género en el ámbito laboral, violencia contra las mujeres, mercantilización de los cuerpos de las mujeres y políticas de igualdad. Es la investigadora principal del proyecto MAP-FGM/C.

Julia Pérez, *Unión Nacional de Agrupaciones Familiares*

Julia Pérez Correa es directora de la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). Desde esta organización sin ánimo de lucro y de Utilidad Pública que trabaja en la promoción de los derechos y el bienestar de las familias, Julia ha dirigido programas y actividades en diferentes ámbitos, como el fomento del asociacionismo, la mediación familiar, la salud sexual o la sensibilización contra la mutilación genital femenina. Ha coordinado diversas publicaciones, como la Guía de familias reconstituidas, la Guía de parentalidad positiva o la Guía para profesionales sobre mutilación genital femenina en España: Prevención e intervención. También es activista en la defensa de la igualdad y los derechos de las mujeres desde la Federación de Mujeres Progresistas.

Julia Roperó Carrasco, *Universidad Rey Juan Carlos*

Julia Roperó Carrasco ocupa en la actualidad el puesto de Profesor Titular de Derecho Penal, en la Universidad Rey Juan Carlos, desde 2012. Es Doctora en Derecho por la Universidad

Complutense de Madrid (2000). Dirige el Grupo de Investigación en Estudios Penales e Internacionales, que forma parte de la Red de Excelencia, del Plan Nacional de I+D+i con el Proyecto "Nuevos desafíos del Derecho Penal Internacional". Es autora de tres monografías y de numerosas colaboraciones en libros colectivos y artículos sobre variados temas de Derecho Penal Internacional. Sus principales líneas de investigación son: multiculturalismo y derecho penal, delincuencia organizada y explotación sexual, armonización jurídica internacional y cooperación judicial, medio ambiente como patrimonio jurídico, enfoque de género en la política criminal, protección de la integridad sexual de las niñas y mutilación genital femenina. Es miembro del proyecto MAP-FGM.

Nora Salas Seoane, *Fundación Wassu-UAB*

Nora Salas Seoane es psicóloga con un Máster en Antropología de la Infancia y la Adolescencia en la Universidad de Brunel (UK). Desde 2007 trabajó como psicóloga con niños de temprana edad y familias. Ha llevado a cabo investigación sobre adolescencia y música en Guinea Ecuatorial y sobre adolescentes mixtos y cohesión social en Cataluña (España). Actualmente es Coordinadora de la Fundación Wassu y gestiona proyectos para la prevención de la MGF. También coordina el grupo de investigación GIPE/PTP del Dpto. de Antropología de la UAB. Es miembro del proyecto MAP-FGM.

APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LA MGF

Introducción a la Mutilación Genital Femenina desde la Antropología

Adriana Kaplan Marcusán

Fundación Wassu-UAB

La Mutilación Genital Femenina (MGF) comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos (OMS, 2016). La OMS clasifica la práctica en cuatro tipos, siendo el más común el tipo I (clitoridectomía) y el tipo II (escisión), de menor extensión anatómica; y menos frecuentes el III (infibulación) y el IV (prácticas que afectan a los órganos genitales femeninos con fines no terapéuticos). La MGF presenta consecuencias perjudiciales para la salud a corto plazo (dolor intenso, hemorragias, estrés traumático, infecciones), y a largo plazo (genitourinarias, sexuales, reproductivas, obstétricas, psicológicas, infecciones y cicatrización anómala).

Según datos de UNICEF (2016), la MGF se realiza en 30 países de África, Oriente Medio y Asia. Se estima que 200 millones de mujeres en el mundo han pasado por la práctica y que cada año, 3 millones de niñas están en riesgo. Es necesario precisar que ni en todos los países africanos se practican las MGF, ni todos los grupos étnicos de un mismo país las llevan a cabo. Las prevalencias de realización de la práctica permiten visibilizar la presencia de ésta en un país en concreto y como se incrementa o se reduce a lo largo del tiempo. Las prevalencias permiten evidenciar, por ejemplo, como la promulgación de leyes que prohíben la MGF en algunos países africanos, no tienen un impacto directo en la reducción o eliminación de la práctica. Es crucial acompañar los marcos legales con un trabajo educativo de prevención y sensibilización.

Con los movimientos migratorios, las personas viajan con su bagaje cultural. Las prácticas tradicionales que se sustentan en un modelo complejo de significados simbólicos y culturales, como la MGF, viajan también con los/as migrantes, de manera que esta práctica se extiende en la diáspora a nivel mundial.

La historia de los flujos migratorios africanos procedentes de Senegal y de Gambia hacia España, y principalmente hacia Cataluña, es relativamente reciente en cuanto a tiempo y “singular” en cuanto a la carencia de lazos

históricos, comerciales o culturales (lingüísticos, religiosos, etc.). Se podrían identificar cuatro etapas migratorias, que han comenzado a partir de finales de los años 70, se han visto incrementadas con nuevos contingentes en los 80 y consolidado a través de la reagrupación familiar en los 90. En los años 2000, el perfil demográfico cambia en función de la zona de origen y empiezan a llegar mujeres nigerianas. Según datos del *Mapa de la MGF en España* del año 2012, residen 57.251 mujeres (un 41% más que en 2008) y un total de 16.869 niñas (un 61,4% más) procedentes de países donde se practica la MGF, principalmente de Gambia, Senegal, Guinea, Nigeria o Ghana.

Las razones que explican la perpetuación de la MGF las encontramos en las estructuras socioculturales de las sociedades practicantes. Es una práctica que otorga identidad étnica y de género a las niñas y se realiza creyendo que ayuda a preservar la virginidad, prevenir la promiscuidad y aumentar las oportunidades matrimoniales. Se relaciona directamente con la belleza y existe la creencia que, si no se realiza, el clítoris puede crecer demasiado. Se considera que tener una MGF es más higiénico, ayuda a mantener una buena salud, potencia la fertilidad y facilita el parto (previniendo la muerte de los recién nacidos).

En algunas comunidades, se realiza en el marco de un rito de paso de la infancia a la edad adulta, iniciando a las niñas al mundo de las mujeres y transfiriendo conocimientos necesarios para su inclusión en la comunidad. Otras veces, se realiza en la creencia que es un mandato religioso. La MGF es una práctica preislámica y aunque no la prescriba el islam, es considerada una Sunna (tradicción o recomendación). También es practicada por cristianas coptas y judías falashas.

Según Arnold Van Gennep (1960), los ritos de paso presentan una estructura común y se encuentran divididos en tres fases. En el caso de la MGF se observa: la fase física, en la que se realiza el corte (de separación); la fase cultural, que dura el tiempo de cicatrización de la herida, momento en que se transfieren los saberes del mundo de las mujeres a las niñas (de marginación); y la fase social, cuando la niña es presentada públicamente a la comunidad, que reconoce su nueva condición y estatus social (de agregación). La propuesta metodológica de "Iniciación sin mutilación"¹ tiene como objetivo conservar las dos últimas fases del ritual, que dan identidad étnica y de género, y eliminar la parte física (cuando se realiza el corte), que atenta contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y niñas a la integridad física y mental y afecta directamente a su salud sexual y reproductiva.

¹ El documental "Iniciación sin mutilación" realizado el año 2004 por Adriana Kaplan, recoge imágenes sobre la estructura y contenidos del rito de paso en Gambia, reconstruyendo el "proceso iniciático", poniendo de relieve los valores que sostiene la tradición, preservando los contenidos sociales y culturales y haciendo propuestas que modifican las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de mujeres y niñas.

BIBLIOGRAFÍA

- Kaplan, A. y López, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 Antropología Aplicada 2. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
- Kaplan, A., Moreno, J. y Pérez, M.j. (coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra.
- Kaplan, A. (2004) "Procesos migratorios: transformaciones culturales e identitarias" en *Revista Electrónica de Ciencias Sociales*. Noviembre 2004.
- Kaplan, A. (2003) "Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas" en Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, nº4, pp. 23-30, Madrid.
- UNICEF (2013) Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York.
- UNICEF (2016) Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. New York.
- Van Gennep, Arnold (1960) *The Rites of Passage*. Chicago: University of Chicago Press.

APROXIMACIÓN FEMINISTA A LA MGF

Mutilación genital femenina.

Derechos de las mujeres e igualdad de género en la globalización*

Armelle Andro

Universidad París I Panteón Sorbona.

El 20 de diciembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una serie de resoluciones con vistas a eliminar las prácticas y violaciones que representan un peligro grave para la salud de las mujeres y niñas. Una de las resoluciones se centraba en la eliminación de la MGF. Esta resolución iba dirigida a los países en los que la MGF se practica de forma tradicional y a los países a los que las mujeres afectadas han migrado. La percepción sobre la MGF ha ido cambiando a lo largo del siglo XXI. Anteriormente se percibía únicamente como un problema africano, mientras que ahora ha pasado a ser un problema global. Esta política internacional, ratificada por los 194 Estados Miembros de las Naciones Unidas, se elaboró de forma muy lenta y en diferentes etapas. Se basa en tres pilares fundamentales del Derecho: los derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos de las mujeres. Estos principios obtuvieron el reconocimiento oficial mediante la adopción de diferentes tratados internacionales ratificados en la última mitad del siglo XX. La emergencia de llegar a un consenso en cuanto a una política internacional en materia de MGF ha sido gradual y ha necesitado cinco décadas para cristalizar.

La historia de la MGF empezó realmente en los años 50. Anteriormente solo se encontraba información en la literatura antropológica como rito de transición, según el modelo interpretativo en tres fases. Hasta los años 50, la MGF estaba estrictamente considerada como la “circuncisión femenina”, descrita como un indicador de género, edad y, a veces, etnicidad. Muchos estudios proporcionaban documentación detallada de las ceremonias de iniciación y enfatizaban los aspectos mitológicos de dichos rituales. Ya en los 50, la Comisión de la ONU sobre Derechos Humanos y el Consejo Económico y Social de la ONU plantearon explícitamente la cuestión de la MGF como un problema para la comunidad internacional, pese a que la Organización Mundial de la Salud rechazó implicarse en dicha cuestión al considerar que la MGF se entendía como una práctica social y cultural que no afectaba al ámbito de la salud. En los 70, tras la apertura de

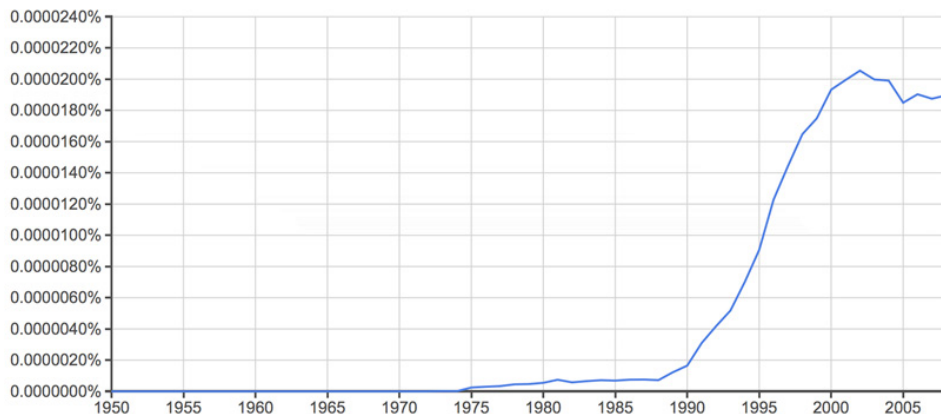
* Texto traducido del inglés. El texto original se puede consultar en este volumen.

los debates sobre las consecuencias de la MGF para la salud, por primera vez la OMS tomó posición y redactó un inventario de las consecuencias para la salud que implicaba una MGF. Dichos debates se basaron ampliamente en el informe de Fran Hosken. En la Conferencia Mundial sobre la Mujer que se celebró en Copenhague en 1980 hubo un debate importante entre las delegaciones europeas y africanas sobre la definición del fenómeno y tuvimos que esperar a la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Nairobi (1985) para empezar a ver cómo emergía un consenso más amplio. Durante los años 90, la posición abolicionista de la ONU se expresó en reiteradas ocasiones con motivo de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y en la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995).

Desde los años 70, la MGF se ha convertido en un tema de actualidad: en Google Books ha habido un enorme aumento de apariciones de las expresiones “MGF” y “MGC” (ambos términos en inglés para referirse a la MGF y la ablación) durante los últimos 30 años (figura 1), con más de 50.000 artículos científicos que hablan de la MGF en Google Scholar y más de 4.000 referencias en Jstor. Esta tendencia se debe principalmente a la movilización de activistas y del activismo especialmente feminista durante las últimas décadas.

Ha habido muchas aportaciones por parte de esta movilización feminista. En primer lugar, la equivalencia entre circuncisión y ablación ha sido ampliamente impugnada y la mutilación genital femenina tuvo que replantearse desde la perspectiva de un problema más amplio relacionado con un sistema de desigualdad de género. En varios de los discursos sobre la mutilación genital femenina, los estudios feministas demostraron que existe una lógica común. Asocia la práctica al control social de la reproducción biológica (a través de la sexualidad), pero también a una preocupación por la reproducción social, ya que esta práctica también marca los roles sociales de cada género. Los estudios feministas destacaron que, en muchas sociedades, el clítoris representa la parte masculina de una mujer. Al extirparlo se la encuadra en una posición social dominada y la violación violenta de su integridad física asociada al dolor forma parte del proceso. Tomando el análisis de Pierre Bourdieu sobre los ritos de institución, la ablación se puede entender como una práctica en tanto que ritual para legitimar la diferencia entre hombres y mujeres que sustenta las relaciones de poder desiguales: la escisión está pensada para “desvirilizar” a las mujeres y así reducir su posición social. Está claro en el discurso político desde finales del siglo XX, que la MGF es una discriminación contra las niñas y una violencia ejercida desde el mundo patriarcal, desmitificando la definición que únicamente la contemplaba como un rito de transición o una tradición familiar. Por último, pero no por ello menos importante, cabe mencionar que la MGF es una institución social que implica a toda una comunidad y no solo una transmisión intergeneracional que afecta únicamente a las mujeres.

Figura 1. Apariciones de “female genital mutilation” y “female genital cutting” en Google Books desde 1950



Fuente: Visualizador de n-grams, marzo 2017

Pese a todo, esta movilización que ha tenido lugar a lo largo de todo este tiempo no siempre ha sido pacífica y lineal, sino que ha habido muchas controversias a lo largo de estas décadas. En primer lugar, el paradigma consensual que denuncia la MGF como una forma de violencia contra las mujeres e incorpora la práctica en la construcción de las relaciones desiguales de género no siempre ha sido totalmente eficaz en la desculturización de la práctica. Si bien el movimiento feminista ha reivindicado los derechos de las mujeres frente a las diferencias culturales y a la autonomía soberana, al mismo tiempo ha reforzado otro sistema desigual de relaciones enmarcado en el contexto poscolonial. Desde la Conferencia de Copenhague y el tenso enfrentamiento entre las delegaciones europeas y africanas, se ha ido cuestionado los motivos que se escondían tras los esfuerzos de los movimientos feministas internacionales para prohibir la práctica. La campaña internacional a veces ha retratado a las mujeres africanas como si toleraran esta tradición sin oponerle resistencia, pese a que pone en peligro la vida de sus hijas. Esta representación reduccionista ha favorecido que la campaña internacional se percibiera como racista y poscolonial, tomando la forma de una cruzada por parte de feministas del Norte que eclipsaba las iniciativas de las sociedades implicadas. De hecho, no se habrían desarrollado ni adoptado los instrumentos legales a nivel internacional de los que hacemos uso hoy en día sin la movilización de los países de origen. Por ejemplo, desde 1984, el papel del Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales ha sido fundamental. Asimismo, el “Protocolo Maputo” de 1981 sobre los derechos de las mujeres de África explicita, en su artículo 5, que queda prohibida y condenada la MGF, así como otras prácticas perjudiciales.

El segundo punto trata sobre la compleja alianza entre los derechos humanos y el derecho a la salud en los debates sobre la MGF. Fue a través del énfasis en los efectos que tenía la MGF en materia de salud que dicha práctica dejó de verse como un ritual y empezó a tratarse como una violación de la integridad física de la mujer. No obstante, el enfoque relacionado con la salud a veces era contraproducente por dos motivos principales. En primer lugar, porque pese a que la mutilación genital estaba reconocida como una práctica perjudicial, dada la falta de estudios clínicos concretos, el conocimiento sobre sus efectos era limitado y la naturaleza perjudicial de los mismos a veces se cuestionaba. En segundo lugar, porque la medicalización de la MGF. En efecto, este procedimiento ha ido aumentando de forma significativa en los últimos años, de tal forma que, en algunos países, entre el 30 % y el 80 % de los procedimientos de MGF los llevan a cabo profesionales de la medicina. Este problema es especialmente grave entre las generaciones más jóvenes, en las que esta tendencia reciente es preocupante ya que puede socavar fundamentalmente el discurso en contra de estas prácticas perjudiciales. La mayoría de profesionales de la medicina han empezado a practicar la ablación genital, e incluso la infibulación, porque las familias les piden que reduzcan la incidencia de las complicaciones.

¿CUÁLES SON LOS RETOS PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS?

La lucha de erradicación de la MGF se basaba en las teorías de las convenciones sociales y el cambio social. Tras 30 años de movilización, sigue siendo difícil determinar si este enfoque ha sido adecuado. El camino hacia el cambio social es lento y medir esos cambios requiere su tiempo. Pero la escala global del fenómeno, vinculada a la circulación de personas e ideas, comienza a estar clara. La lucha contra la MGF tendrá diversas facetas y debe poder adaptarse a las diferentes situaciones, tanto en los países de origen como en los países de llegada. Con nuevas cuestiones como la relacionada con el futuro de las comunidades en sociedades multiculturales. Cabe no olvidar que los esfuerzos para erradicar la práctica pueden generar efectos contrarios a los esperados, si conducen a la imposición de normas sociales estereotipadas y hegemónicas. En este punto, cabe mencionar que es contraproducente menospreciar el cambio social en las poblaciones implicadas y/u olvidar la asimetría de poderes entre Norte y Sur en los esfuerzos internacionales para combatir la práctica.

Otro punto importante tiene que ver con la sexualidad de las mujeres. Existe un consenso por el cual se defienden los derechos de menores y mujeres, pero el derecho de la mujer a lograr una sexualidad plena sigue siendo objeto de debate. El interés por parte del sector académico en las consecuencias que tiene la MGF con respecto a la sexualidad de las mujeres es reciente y, por tanto, disponemos de pocos resultados fiables. Los estudios sobre la función sexual de las mujeres

en general y, en particular, de las mujeres mutiladas, varían mucho. Los enfoques científicos referentes a la sexualidad femenina han sido fuertemente influenciados por las normas y representaciones sociales, de modo que no existe un consenso generalizado sobre el tipo de herramientas para medir la calidad de la función y de la vida sexual de las mujeres.

Mi último punto trata sobre cómo la nueva situación que se ha creado a raíz de la medicalización ha provocado un debate en el seno de los movimientos anti-MGF. La cuestión es cómo abordamos la medicalización de la práctica. La mayoría de movimientos implicados en la lucha anti-MGF argumentan que el reconocimiento de la medicalización de las prácticas que violan la integridad física de niñas y mujeres podría legitimarla y contribuir a su continuidad. No obstante, más allá de estos principios claramente establecidos, existen muy pocos estudios sobre el papel de las y los profesionales sanitarios en el abandono o el mantenimiento de la MGF.

Por tanto, está claro que sigue siendo necesario un análisis crítico de la lucha histórica contra la MGF como paso para lograr adoptar una nueva agenda feminista sobre esta forma de violencia de género. Algunas de las propuestas que deben tenerse en cuenta para realizar esta tarea tienen que ver con basar las acciones en las percepciones y experiencias vividas por parte de las mujeres implicadas y escuchar sus puntos de vista.

Perspectivas de género sobre la MGF y la sexualidad en Egipto*

Mawaheb El-Mouelhy

Consultora independiente.

INTRODUCCIÓN

La MGF (MGF) es una práctica tradicional perjudicial que se inflige a las mujeres y niñas en varios países del mundo. Anteriormente se creía que la MGF afectaba a 29 países de África (incluido Egipto), pero los datos más recientes demuestran que también existe en otros países de Asia como Indonesia, Iraq, Yemen e incluso Irán. Se estima que cerca de 200 millones de niñas son circuncidadas en el mundo (Organización Mundial de la Salud [2016], y UNICEF [2016], Kameel Agmady [2015]). En las comunidades donde se practica la MGF, los datos sugieren que se trata de una norma social que está ampliamente vinculada al estatus social, al respeto, al honor de las niñas y de sus familias (UNICEF 2013). La práctica implica la ablación parcial o total de los genitales externos femeninos por motivos socioculturales. Varias organizaciones e instituciones internacionales han reconocido dicha práctica como una violación de los derechos humanos y de las mujeres. La MGF puede derivar en complicaciones físicas y psicosexuales e incluso puede provocar la muerte. Entre las complicaciones más habituales se incluyen, entre otras: hemorragias, infecciones, transmisión de enfermedades transmitidas por la sangre, miedo y dificultad para tener relaciones sexuales. Los tipos de MGF o ablaciones van de la más leve (tipo I, escisión parcial o total del clítoris), hasta la más grave (tipo 3, infibulación, donde se extirpan todos los genitales externos y se cose el tejido restante para dejar únicamente un pequeño orificio para la vagina) (OMS 2008).

LA MGF EN EGIPTO

La MGF existe en Egipto desde hace miles de años, aunque se desconoce exactamente cómo llegó. Es posible que la hubieran importado los migrantes africanos durante la época del Faro de Alejandría. Los datos demuestran que la

* Texto traducido del inglés. El texto original se puede consultar en este volumen.

práctica está extendida entre mujeres y niñas, con un 92 % de mujeres casadas en edad reproductiva y circuncidadas (El Zanaty et al. 2014). Esta cifra ha disminuido ligeramente con respecto a las cifras que se barajaban en 1995, que eran del 97 % (El Zanaty et al. 1995), probablemente gracias a los esfuerzos para combatir la práctica que han llevado a cabo tanto instituciones gubernamentales como organizaciones no gubernamentales. La mayoría de niñas son circuncidadas cuando alcanzan la edad de la pubertad. Los mismos datos demuestran que, pese a que el porcentaje entre mujeres de mayor edad es del 95 %, en mujeres más jóvenes se sitúa en un 88 %. Según los datos se puede estimar que, en el futuro próximo, el porcentaje entre adolescentes de 18-19 que podrían ser sometidas a la circuncisión decrecerá hasta situarse en el 70 % (El Zanaty et al. 2014).

Normalmente eran la madre o la abuela materna quienes tomaban la decisión de circuncidar a la hija. No obstante, los datos demuestran que los padres están cada vez más implicados en el proceso de decisión (Ragab 2005).

Los esfuerzos para combatir la práctica en Egipto están documentados desde principios del siglo XX a través de la literatura propia de profesionales de la medicina y líderes religiosos. Los esfuerzos implacables que se han llevado a cabo durante los últimos 20 años y tras la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) de 1994 lograron que el Parlamento legislara en 2008 con una ley que imponía sanciones a quienes practicaran la MGF (Consejo Nacional para la Infancia y la Maternidad de 2008, Código Penal de Egipto de 2008). Esta ley, enmendada en 2016, impone sanciones más duras a quienes practiquen la MGF, así como al padre y madre de la menor. Entre los motivos para realizar una MGF se incluyen los siguientes: para controlar la sexualidad de la mujer y mantener a las niñas castas antes del matrimonio, por enseñanza religiosa y para que sean más limpias y más bellas.

El enfoque médico en el que se han centrado las actividades de sensibilización sobre los efectos de la práctica probablemente ha contribuido, de alguna forma, a la medicalización de la MGF. El 74 % de niñas han sido circuncidadas por personal médico y el 8 % lo han hecho en manos de personal de enfermería y profesionales sanitarios (El Zanaty et al. 2014). Un estudio que analiza las actitudes del personal facultativo con respecto a la MGF demostró que como mínimo un 50 % de dichos profesionales estaban a favor de la MGF (Hadi y Salam 1999). La medicalización de una tradición perjudicial, además de no incluirse en el currículo médico, representa una violación del código ético de la medicina (Ragab 2008).

Varias instituciones gubernamentales, así como organizaciones no gubernamentales, se han implicado en actividades de erradicación de la MGF con el apoyo de organizaciones internacionales. Entre las entidades gubernamentales que contribuyen a estos esfuerzos cabe destacar el Ministerio de Sanidad y Población, además de los tres consejos nacionales: Población, Mujeres e Infancia y Maternidad. También están activas varias instituciones musulmanas y cristianas,

y las ONG se han agrupado bajo un marco no gubernamental de prevención de la práctica a través de actividades de sensibilización en los barrios y pueblos del país.

PERSPECTIVAS DE GÉNERO

En Egipto, el matrimonio es la norma y se espera que todas las mujeres y la mayoría de hombres se casen y tengan descendencia. Un estudio financiado por la Organización Mundial de la Salud - Ginebra, realizado entre los años 2008 y 2010 en Egipto (Fahmy et al. 2010), analizaba las perspectivas de sexualidad de hombres y mujeres con relación a la mutilación /ablación genital femenina. Una de sus conclusiones es que la MGF no forma parte de lo que se puede negociar como parte del trato matrimonial dado que se asume que “todas las mujeres están circuncidadas”. No obstante, en algunos casos se ha visto que, al descubrir que una mujer no está circuncidada tras contraer matrimonio, ésta debe ser sometida a MGF. La definición de “felicidad matrimonial” difiere en función del sexo: mientras que las mujeres la definen como “estabilidad familiar”, “amor”, “respeto”, “satisfacer las necesidades financieras de la familia” o el “crecimiento de los niños”, los hombres entienden la felicidad marital como la “satisfacción sexual”, “el buen cuidado de la casa y de los niños por parte de la mujer” y la “obediencia de la mujer”.

También se observa una pequeña diferencia de género con respecto a las ventajas de la MGF: Las mujeres entienden la mutilación / ablación como una obligación porque “es la norma”, porque “los hombres prefieren a las mujeres circuncidadas”, porque “es una tradición heredada”, porque “las mujeres serán más calmadas y no se parecerán a los hombres”. Sin embargo, los hombres la ven como una herramienta importante para controlar la relación sexual, ya que “la mujer pedirá menos sexo”, “no buscará sexo fuera del matrimonio” y así “yo la controlaré”. Ambos sexos ven el clítoris y las partes cortadas como elementos que provocan un “exceso de sexo” en las mujeres. Los hombres creen que dichos elementos amenazan su control sobre la relación sexual cuando las necesidades sexuales de una mujer se convierten en una petición excesiva; el marido no podrá cumplir con las expectativas de su mujer y el matrimonio puede fracasar, lo que sería una catástrofe para su virilidad.

Ambos, hombres y mujeres, no ven ninguna relación entre el clítoris (las partes cortadas) y el placer sexual de las mujeres; sin embargo, los hombres jóvenes probablemente sospechan que el clítoris podría tener un cierto efecto en el placer de ellas, lo que, a su vez, podría afectar a su propio placer sexual. Por tanto, los hombres tienen sentimientos encontrados con respecto a la misma cuestión: quieren que sus mujeres se “impliquen” más en el acto sexual pero, por otro lado, temen perder el control de la relación si la mujer no está circuncidada (El-Mouelhy et al.). Muchas mujeres incluidas en el estudio expresaron quejas

sobre su falta de sensibilidad sexual (no necesariamente relacionada con la mutilación / ablación); no obstante, saben que deben cumplir con las exigencias de sus maridos, ya que es su deber. Pese a que algunas mujeres sienten vergüenza al hablar de sus problemas sexuales con cualquiera, otras están deseando pedir ayuda pero no saben ni adónde ni cómo. El personal médico admite que reciben casos como estos últimos, pero que son incapaces de brindarles ayuda porque no han recibido la formación adecuada para tratarlos. Hay muy pocos consejeros matrimoniales en Egipto y sus servicios acostumbra a ser caros.

La norma es que son los hombres quienes inician el acto sexual y que las mujeres deben aceptar incluso aunque no les apetece. En caso de que una mujer se niegue a mantener una relación sexual con su marido, puede acabar siendo castigada y recibiendo reacciones hostiles. Por otro lado, no existe la posibilidad de que sea la mujer quien inicie el acto sexual. Creen que puede entenderse como un “comportamiento enfermizo” por parte de ellas; no obstante, algunas llegan a emplear determinadas formas para llamar la atención de sus maridos cuando les apetece tener una relación sexual.

LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

El compromiso político es importante para colocar la MGF en la agenda política; el apoyo político facilita y garantiza que se implementen actividades con vistas a erradicar la práctica.

No solo se trata de enfatizar las complicaciones físicas de la MGF; la cuestión supera el ámbito físico y debe abordarse desde un enfoque integral que incluya el alcance médico, de derechos humanos, cultural, psicosexual, legal y religioso. Se debe hacer entender que la práctica, además de sus complicaciones físicas, tiene implicaciones psicosexuales que afectan negativamente a la familia; que viola los derechos humanos de las niñas; que ninguna religión la admite y que no es legítima.

Es posible que los proyectos o actividades desarrollados de forma vertical que abordan la MGF deban hacer frente a determinadas resistencias o, incluso, hostilidades por parte de las comunidades donde la tradición está muy consolidada. Por ello, podría ser más convincente incluir la MGF en un paquete de salud reproductiva o derechos humanos y, en consecuencia, podría aportar mejores resultados.

Las actividades que abordan la MGF podrían cobrar fuerza si se combinan los esfuerzos de las instituciones gubernamentales y de las organizaciones no gubernamentales. A nivel nacional, los esfuerzos que pueden desarrollarse a través de los medios de comunicación, la legislación y los servicios de asistencia pueden llegar a toda la población en general, mientras que las ONG pueden iniciar diálogos y una comunicación con las comunidades mediante la intervención

cara a cara y a través de estrategias de comunicación directa entre personas. Asimismo, la promoción por parte de las instituciones internacionales, así como la asistencia financiera y técnica, pueden representar una gran ayuda.

El rol de los hombres es importante porque, además de permitir que tengan un papel más importante en la decisión de circuncidar a sus hijas, puede que se sientan contrariados con respecto a los genitales cortados de sus mujeres. Las actividades de sensibilización deberían dirigirse a los hombres para asegurarse de que dichas partes de los genitales femeninos no representan ninguna amenaza para su sexualidad y de que son vitales para tener una vida sexual plena.

Pese a que la legislación por sí sola puede no ser efectiva, constituye un factor clave para respaldar el efecto de otras actividades. Las leyes deben imponer sanciones tanto en aquellas personas que practican las MGF como a los padres y tutores que toman la decisión de hacerlo. No obstante, cada país debería buscar los mecanismos adecuados para garantizar que dichas leyes y normativas se implementan de forma integral y que se monitoreen los progresos realizados.

También es obligatorio trabajar con los y las profesionales de la salud, así como con los líderes religiosos y comunitarios. Dado que son agentes clave en la introducción de las actividades que velan por la abolición de la práctica en una comunidad, es de vital importancia garantizar la colaboración de dichas personas mediante sesiones de formación. Los programas educativos de medicina y religión deben incluir en sus temarios las prácticas tradicionales perjudiciales como la MGF y el matrimonio precoz.

Además, es necesario incluir la educación sexual orientada a hombres y mujeres jóvenes en edad casadera o recién casados. La formación educativa debe incluir la diferencia entre el deseo sexual y el placer sexual. El paquete educativo debe explicar también la función del clítoris y deconstruir la creencia de que es responsable del descontrol sexual de las mujeres y de que su extirpación garantiza la castidad.

En último lugar, pese a la publicación de unos pocos estudios en revistas de ámbito internacional, siguen siendo muy escasas las investigaciones sobre sexualidad y su relación con la MGF y con otras prácticas perjudiciales relacionadas. Las autoridades internacionales deberían ayudar a las diferentes organizaciones de ámbito nacional y local a desarrollar estudios científicos para seguir estudiando esta cuestión y aportar más argumentos en la línea de la prevención de la práctica.

REFERENCIAS

- El-Mouelhy M, Johansen E, Ragab A, and Fahmy A 2013. Men's Perspectives on the Relationship between Sexuality and Female Genital Mutilation in Egypt, *Sociology Study*, Volume 3, No 2
- Fahmy A, El-Mouelhy M, Ragab A 2010. Female Genital Mutilation/Cutting and Issues of Sexuality in Egypt, *Reproductive Health Matters*, Volume 18, Number 36

- El-Zanaty F, Way A 2014. Egypt Demographic and Health Survey, National Population Council and the Ministry of Health
- El-Zanaty F, Way A 1995. Egypt Demographic and Health Survey, National Population Council and the Ministry of Health
- Egypt Penal Code 2008, Close 242 bis
- Hadi A. A, Salam S.A 1999. Physicians Attitudes towards Female Circumcision, Cairo Institute for Human Rights, Cairo, Egypt
- Kameel Ahmady 2015, A Comprehensive Research Study on Female Genital Mutilation in Iran. www.kameelahmady.com/fgm-in-iran
- National Council for Childhood and Motherhood 2008. Documentation of the FGM Free Village Model Project, Summary Report
- Ragab A. R. 2008. Some Ethical Consideration Regarding Medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting. *Bioethical Journal* 8:10-13
- Ragab A. R, Mahmoud M, and Serour G 2005. Decisions Regarding Harmful Traditional Practices (Female Genital Cutting and Virginity Testing) and the Role of Husbands. African Regional Sexuality Resource Center, Feature Articles
- UNICEF 2013. Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Overview and Exploration of the Dynamics of Change. www.unicef.org/publications/index_69875.html
- UNICEF 2016. Female Genital Mutilation, A Global Concern. www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_spread.pdf
- World Health Organization, Geneva 2008. Eliminating female genital mutilation, an interagency statement
- World Health Organization 2016. Female Genital Mutilation, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/1

Ciudadanía, multiculturalismo y violencia de género

Ana de Miguel

Universidad Rey Juan Carlos.

LA LUCHA POR EL RECONOCIMIENTO: HACIA UNA CIUDADANÍA UNIVERSAL

Como resultado del surgimiento de nuevos conflictos sociales y la redefinición sobre nuevas bases de otros, buena parte de los autores de la última década han terminado concretando estas nuevas reivindicaciones bajo la categoría de *la lucha por el reconocimiento*. Nancy Fraser en un artículo que ha conseguido notable difusión expone las ventajas de distinguir a título analítico entre dos formas de justicia, la distributiva y la justicia del reconocimiento (Fraser, 1996). Por un lado están los conflictos causados por injusticias de carácter socioeconómico y cuyas soluciones se orientan a la redistribución de ingresos y la reorganización de la división del trabajo y el desarrollo del Estado de Bienestar. Por otro lado encontramos situaciones injustas que afectan a colectividades e identidades de muy diferente índole –mujeres, homosexuales, minorías étnicas- pero cuyo problema común es la falta de reconocimiento, y para éstas colectividades el remedio pasa necesariamente por un profundo cambio cultural y simbólico, de redefinición de su identidad deteriorada.

Las políticas del reconocimiento -políticas que se desarrollaron inicialmente en los debates sobre el multiculturalismo- se centran entonces en las injusticias que se conceptualizan como culturales y que se mantienen y reproducen en “los modelos sociales de la representación, interpretación y comunicación”. Desde esta perspectiva el reconocimiento es un bien social tan necesario como puedan serlo los bienes económicos. En palabras de Taylor “El no reconocimiento o el reconocimiento equivocado... puede ser una forma de opresión, que aprisiona a la persona en una forma de ser falsa, distorsionada, reducida. Más allá de la simple falta de respeto, puede infligir una herida grave, que agobia a las personas con un menosprecio de sí mismas que las inhabilita. El debido reconocimiento no es sólo una cortesía, sino una necesidad humana” (Taylor, 1993). De forma similar, Honneth también ha enfatizado la imposibilidad de realización humana cuando falta la aprobación o reconocimiento de los demás y el hecho de que la

propia autoestima se construye en procesos de interrelación e intersubjetividad (Honneth, 1997). Sin embargo, y aquí reside la dimensión social y política del reconocimiento, éste, al igual que otros bienes de tipo económico, está desigualmente distribuido en nuestra sociedad.

Ciertas identidades acaparan y gozan una situación privilegiada de reconocimiento –como por ejemplo, los varones frente a las mujeres, los blancos frente a las demás “razas”, los heterosexuales frente a los homosexuales, etc.– frente a otras que están deterioradas, menospreciadas y estigmatizadas. La falta de reconocimiento que afecta a los diversos colectivos inferiorizados y estigmatizados durante siglos pueden concretarse en diferentes aspectos. Un primer aspecto de la falta o déficit de reconocimiento consiste en la invisibilización que afecta a estos colectivos. Así, por ejemplo, las contribuciones de las mujeres a la historia de la humanidad han sido tradicionalmente ignoradas hasta tal punto que ha sido necesario escribir *Historias de las Mujeres* en paralelo a las *Historias Universales*, supuestamente neutrales, pero de las que las mujeres, salvo excepciones, han estado rigurosamente excluidas, ausentes. Esta exclusión no remite sólo a un tiempo histórico más o menos lejano, igualmente sencillo resulta encontrar ejemplos en la historia de nuestra reciente transición política, en que nadie pareció percibir nada extraño en que los siete padres de la constitución fueran justamente eso, “padres” sin presencia alguna de la figura más recurrente del imaginario patriarcal, “la madre”.

Otra de las formas en que se reproduce la falta de reconocimiento remite a la reiteración continua de identidades estereotipadas y menospreciadas en las que la mera mención de las mismas se identifica con el insulto y el agravio, tanto en las representaciones públicas como en las interacciones cotidianas. El colectivo de gais y lesbianas sufre de forma contundente esta representación de su opción sexual. Especialmente los varones, para los que ser “marica o maricón” funciona como un insulto que, en realidad, cuestiona justamente su ser varones. Las mujeres homosexuales, como ha señalado Viñuales, disfrutaban de una identidad tan deteriorada que permanece en la invisibilidad y no es frecuente que bollera o marimacho se utilice como insulto para controlar el comportamiento de las jóvenes. Los insultos más habituales para las chicas hacen referencia a su actividad sexual heterosexual “puta”, “guarra” (Viñuales, 2000). Por último, haremos referencia al dominio cultural en el sentido de estar sometido a modelos de interpretación y comunicación asociados a otras culturas ajenas y que se auto-representan como la medida de la universalidad o la neutralidad (Fraser, 1996). Esta forma de devaluación puede ser bien ilustrada con las prácticas coloniales y neocoloniales y en los casos en que determinadas etnias o zonas geográficas son objeto de prácticas racistas o centralistas. Así, en un ejemplo aparentemente inocuo encontramos que en nuestra propia España plural “tener acento” es tener acento periférico, como catalán, andaluz o canario. Y esto por no hablar de las diversas heterodesignaciones de las que son objeto algunos de los grupos étnicos que conviven en nuestro país, y de las que se siguen, con pasmosa naturalidad,

los más rancios estereotipos, ... todos los gitanos son medio ladrones, todos los caribeños llevan el ritmo en la sangre...

Por último, queremos incidir en dos cuestiones. Primero, que a pesar de la importancia de los cambios simbólicos y de mentalidad, el reconocimiento positivo de las identidades menospreciadas no se hace efectivo sin una mejora real de las condiciones socioeconómicas de estos colectivos. En la realidad economía y cultura, en el sentido amplio de significado normativo, no son fácilmente separables, aunque el economicismo al uso así lo pretenda. Además la mayor parte de los grupos marginados son lo que Fraser denomina colectividades bivalentes, que sufren tanto desigualdad económica como falta de reconocimiento¹. Sin embargo, la distinción analítica es muy útil para comprender las raíces y los efectos de las dos formas de desigualdad. Por ejemplo, la teoría feminista ha tenido que hacer frente en numerosas ocasiones a una impugnación que puede resumirse así: “¿qué tienen en común las mujeres de clase alta con las de las clases más bajas?”. La respuesta es que poco desde el punto de vista de la situación económica, pero casi todo desde la perspectiva del reconocimiento. Como muestra el concepto de género, ser mujer marca y marca a todas las mujeres. Los malos tratos, los abusos sexuales y otras dramáticas injusticias afectan por igual a las mujeres de todas las clases sociales.

Segundo, desde esta perspectiva se hace claro que los conflictos sociales del siglo XXI están abriendo el camino a una nueva generación de derechos, que giran alrededor del derecho al reconocimiento. La Revolución Francesa y las luchas emancipatorias del siglo XIX se centraron en la consecución de derechos políticos y civiles para todos; el siglo XX centró sus aspiraciones en desarrollar un nuevo tipo de derechos, los derechos sociales (Marshall, 1998). Hoy la lucha por el reconocimiento se une a las reivindicaciones desde las que podrá hacerse realidad la meta reguladora de nuestras sociedades: una ciudadanía realmente universal y cosmopolita. Este fue en realidad el viejo ideal de la Ilustración, pero el problema es que se concretó en una ciudadanía que bajo la apariencia de universalidad de las categorías de ciudadano, trabajador... designaba a un ser humano demasiado particular, un varón, blanco, occidental y mayormente heterosexual.

Ahora bien, aun apostando por una visión positiva de la diversidad, distintas voces han alertado sobre la ingenuidad inherente a la celebración “de la diversidad por la diversidad”. Como nos recuerda Celia Amorós el espacio de la sociedad no puede confundirse con el reino de la naturaleza, en que la biodiversidad es un bien en sí misma, ¿hay acaso que celebrar la diversidad de los grupos neonazis, de las comunidades racistas?

¹ De hecho Fraser ha llegado a afirmar que “la imbricación entre cultura y economía política” es el *leitmotiv* de todo su trabajo.

EL ENFOQUE DE GÉNERO

En el mundo existen demasiados conflictos y demasiadas víctimas de estos conflictos. Sin embargo, y aunque resulte duro hacer diferencias entre las víctimas, parece que incluso entre éstas existen jerarquías, en nuestro caso “géneros”. Y es que la invisibilidad de las mujeres, ligada a su infravaloración humana y social, a su déficit de reconocimiento, ha llegado al extremo de que la violencia contra las mismas no se ha considerado un problema social ni de derechos humanos.

El conflicto de géneros, la desigualdad sexual y sus injustas y crueles consecuencias, ha sido y continúa siendo uno de los más difíciles de comprender, tanto en su dimensión teórica como práctica y política. La explicación reside, en parte, en el recurso ideológico de naturalizar el estatus de las mujeres. Según este argumento, ampliamente elaborado y difundido por las más diversas religiones y filosofías, la naturaleza inferior de las mujeres respecto a los varones, tanto física como intelectual y moral, les convierte en seres de segunda, en ciudadanas de segunda. Pero no es la sociedad es el destino. Así, como es bien sabido, en las primeras *Declaraciones de Derechos* las mujeres quedaron excluidas de la ciudadanía. Las solemnes declaraciones que afirmaban “Todos los hombres nacen libres e iguales”, debían haber añadido “excepto las mujeres” o haber sustituido la palabra hombre por la de varón. Lógicamente no lo hicieron: la exclusión de las mujeres se ha realizado de forma tácita, dando por sentado que la naturaleza o la tradición harían invisible su exclusión de la categoría de seres humanos, de “hombres” sujetos de derechos. Incluso los proyectos emancipadores han permanecido ciegos al sexo en un doble sentido: ni han reconocido la especificidad de la desigualdad sexual ni el valor social de los trabajos de producción y reproducción realizados por las mujeres.

Será a partir de los años sesenta, años en que resurge con fuerza el movimiento feminista cuando este conflicto comience a hacerse visible y objeto de investigación y preocupación social y política. Los conceptos de género y patriarcado serán los conceptos fundamentales por los que la teoría feminista y los estudios de género han hecho visible y analizable el conflicto. Con ellos tanto el conocimiento académico como el sentido común comienzan a abandonar el farragoso terreno de la “naturaleza” para explicar la situación social de las mujeres, para contestar la cuestión de “¿qué pasa con las mujeres?”

Se entiende por género o sexo-género la construcción social de la diferencia sexual entre varones y mujeres. El concepto de género no cuestiona las diferencias biológicas entre los dos sexos. Lo que sí niega es la traducción causal de las diferencias anatómicas en “naturalezas sociales” o caracteres distintos. Lo femenino y lo masculino son categorías sociales y la perspectiva del género invita a investigar cómo se construyen y cómo operan en el espacio público y privado estas definiciones. Además se considera que el género es un principio organizativo fundamental de vida social y de la conciencia humana.

El concepto de patriarcado -algunas autoras prefieren sistema de estratificación sexual, sistema de sexo-género- muestra que la construcción social de las diferencias fisiológicas está relacionada con la jerarquización de los géneros, jerarquización que es la característica principal de una sociedad patriarcal. Y, en este sentido, puede afirmarse que es el patriarcado el que crea los géneros. Tal y como ha argumentado Amorós una sociedad igualitaria no produciría la marca de género, signo de la pertenencia a un grupo social con determinadas características y funciones (Amorós 1997). Es decir, igual que hay clases porque hay relaciones de dominación entre ellas hay géneros porque median relaciones jerárquicas entre los mismos. La utilización del concepto de patriarcado siempre ha suscitado menos consenso que el de género. Inicialmente fue utilizado por el feminismo radical para marcar la especificidad de la dominación de las mujeres frente a otros tipos de dominación. Asimismo para señalar a los varones -y no ya al capitalismo o al “Sistema”- como los beneficiarios de la misma. Como señalara Millett en su obra *Política Sexual*, no hay una sociedad conocida en que las mujeres tengan más poder que los varones, de ahí que pueda afirmarse que es el sistema de dominación más universal y longevo existente.

En la actualidad las críticas al concepto de patriarcado se centran en apuntar a su carácter ahistórico y su elevado nivel de abstracción que diluye las situaciones reales y diversas de las mujeres. Sin embargo diversas autoras han señalado que este concepto es adecuado en el nivel más general de la teoría, nivel en que es comparable al concepto de “sociedad de clases”. Por consiguiente no proporciona, ni pretende hacerlo, una opción teórica determinada sobre cómo se estructura y reproduce la desigualdad en las situaciones socio-históricas concretas. Y, en consecuencia, tampoco anula las cambiantes y diversas experiencias históricas de las mujeres y los continuos reajustes de las relaciones entre los sexos. La bondad del concepto reside, en palabras de Carole Pateman, la autora de *El Contrato Sexual*, en su capacidad para singularizar la situación de las mujeres *como tales*. Situación que, por supuesto, interactúa con el resto de las posiciones sociales como la clase, la raza o la opción sexual. En definitiva, el concepto de patriarcado remite a una situación de conflicto por la distinta posición de poder que ocupan mujeres y varones en este sistema de estratificación o dominación, y el de género, a que esta situación es susceptible de cambio y transformación. Ambos constituyen una sólida base conceptual desde la que rivalizan los diferentes enfoques teóricos que pugnan por explicar en qué consiste fundamentalmente y cómo se reproduce la dominación sexual.

Los diversos enfoques teóricos han coincidido en subrayar cómo la división entre lo público y lo privado ha operado sustrayendo al debate social y político las violaciones de los derechos humanos y de ciudadanía que tienen lugar “de puertas adentro”.

DIVERSIDAD CULTURAL, DERECHOS DE LAS MUJERES Y VIOLENCIA

El análisis del conflicto de géneros nos remite casi necesariamente al tema de la violencia. Y, sin duda hay que enfatizar el hecho de que las mujeres a diferencia de otros grupos oprimidos, rara vez hayan recurrido al uso de la violencia para apoyar y difundir sus reivindicaciones. Ahora bien, esto no significa que no esté presente en el conflicto, lo está pero es ejercida por los varones contra las mujeres. En su clásica obra *Política sexual*, Kate Millett escribe: “No estamos acostumbrados a asociar el patriarcado con la fuerza. Su sistema socializador es tan perfecto, la aceptación general de sus valores tan firme y su historia en la sociedad humana tan larga y universal, que apenas necesita el respaldo de la violencia”. Y, sin embargo, continúa Millett “al igual que otras ideologías dominantes, tales como el racismo y el colonialismo, la sociedad patriarcal ejercería un control insuficiente, e incluso ineficaz, de no contar con el apoyo de la fuerza, que no sólo constituye una medida de emergencia, sino también un instrumento de intimidación constante” (Millett, 1995).

Es importante señalar que la violencia contra las mujeres, no es, ni mucho menos, una realidad nueva. Tanto en la literatura como en el pensamiento social y político –especialmente a partir del siglo XIX- encontramos su descripción y denuncia. Autores tan dispares desde otros puntos de vista como Flora Tristán, John Stuart Mill y Engels coincidieron en denunciar la brutalidad y la práctica impunidad legal de la misma en todas las clases sociales (de Miguel, 2005). Sin embargo, como han señalado diversas autoras, sólo recientemente, y en relación con la mejora del status de las mujeres, la violencia doméstica ha dejado de considerarse un “problema personal” de las mujeres afectadas para considerarse como un “problema social y político”.

En la actualidad aún persisten corrientes de corte biologista y psicologista que explican la violencia masculina como “algo natural” y, en los casos extremos, como productos de diversas patologías individuales. Desde luego, no es ésta la perspectiva sociológica. Las explicaciones sociológicas sobre el uso de la violencia contra las mujeres han resaltado diversos factores (Alberdi y Matas, 2002). En primer lugar, el proceso de socialización diferencial de los sexos. Independientemente de cómo sean las hormonas masculinas hoy existe amplia documentación sobre cómo en la socialización de los varones se identifica lo masculino con la fuerza y la violencia. Frente a ello la feminidad se configura como centro pasivo y receptor de las pasiones varoniles. Tal y como han puesto de relieve los estudios recientes de victimología y parafraseando a Simone de Beauvoir, diremos que *no se nace víctima, pero se llega a serlo*. Esto lleva a concluir que mientras la masculinidad –virilidad se asocian con el uso legítimo de la violencia las mujeres serán sus víctimas potenciales. Para comprobarlo basta asomarse a una juguetería: juguetes bélicos disfrazados del señor de los

anillos o la guerra de las galaxias para los niños y juguetes domésticos cada vez más sofisticados para las niñas.

En segundo lugar, se apunta a la persistencia de las definiciones sociales que representan las relaciones entre los géneros como relaciones de subordinación, cuando no de propiedad, y en que las mujeres, en función de su natural inferioridad y necesidad de protección, deben obediencia o sumisión a sus maridos o compañeros. Será entonces, cuando las mujeres no respondan a las expectativas, cuando los conflictos pueden llevar al uso de la violencia como medio de restablecer la satisfacción de las expectativas sobre el comportamiento femenino. En este segundo caso, la violencia aparece como un efectivo medio de control social sobre el comportamiento de las mujeres. Desde esta perspectiva, es imprescindible citar el trabajo pionero de Susan Brownmiller sobre la violación. Esta autora define la violación como parte de un sistema de control que afecta al comportamiento cotidiano de todas las mujeres. Este trabajo fue considerado, en su día, exagerado y radical. Sin embargo hoy existe un generalizado consenso sobre cómo el miedo a esta agresión conduce a las mujeres a ejercer un riguroso control sobre sus acciones y movimientos en el espacio público. Y, cómo, por tanto funciona como un mecanismo eficaz para retenerlas en el espacio que siempre les asignó el patriarcado: el espacio privado, el espacio de la subordinación invisible y “libremente aceptada”.

La violencia contra las mujeres es además de un grave delito contra las personas y contra la humanidad, una práctica que identifica la vejación y mutilación del cuerpo con la mutilación de los derechos y la ciudadanía de las mujeres, y con ello su sujeción al colectivo de los varones. La subordinación de unos grupos sociales a otros siempre busca legitimarse en el sistema cultural, ya sea en los ritos y tradiciones, ya en las religiones y en las ciencias o, como sucede de forma preocupante entre nosotros, en los “inocentes videojuegos” infantiles y juveniles. Sin embargo, como ya señalamos, la violencia o su amenaza supone el refuerzo crucial en la interiorización de la desigualdad. Esta es la razón por la que, aún revistiendo formas muy diversas, la violencia contra las mujeres afecta a tantas y tan diversas sociedades, y es posible sostener que existe un continuo entre los malos tratos, las violaciones y las mutilaciones y los asesinatos. Tanto en el Norte como en el Sur, con toda su diversidad cultural.

Toda diversidad humana ha de pasar un test normativo cuyos límites son tarea de un debate apenas comenzado pero que cuenta ya como mínimo con el compromiso ineludible del respeto a los derechos humanos; y para nosotras también con los derechos de ciudadanía logrados en cada país por la continua lucha de siglos del feminismo en particular y de las mujeres en general. Y la diversidad del sexismo, con su inseparable par, la violencia contra las mujeres, sencillamente no pasa el test.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi, Inés y Natalia Matas (2002) *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- Amorós, Celia (1997) *Tiempo de feminismo*. Madrid: Cátedra.
- Amorós Celia y Ana de Miguel eds. (2005) *Teoría feminista. De la Ilustración a la globalización (3 vols.)*, Madrid, Minerva.
- Bosch, Esperanza y Victoria Ferrer (2002) *La voz de las invisibles*, Madrid, Cátedra.
- Cobo, Rosa (1999) "Multiculturalismo, democracia paritaria y participación política" en *Política y Sociedad*, nº 32.
- Fraser, Nancy (1996) "Redistribución y reconocimiento: hacia una visión integrada de justicia del género", *Revista Internacional de Filosofía Política*, nº 8
- Honneth, Alex (1997) *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- Marshall, Thomas H. (1998) *Ciudadanía y clase social*, Madrid, Alianza.
- Miguel, Ana de (2005) "La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género", *Cuadernos de Trabajo social*, nº 18.
- Murillo, Soledad (2000) *Relaciones de poder entre hombres y mujeres*, Madrid, F.M.P. y Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.
- Osborne, Raquel (2001) *La violencia contra las mujeres. Realidad social y políticas públicas*, Madrid, UNED ediciones.
- Posada, Luisa (2000) "Las hijas deben ser siempre sumisas" (Rousseau). Discurso patriarcal y violencia contra las mujeres: reflexiones desde la teoría feminista", en A. Bernárdez (ed.) *Violencia de género y sociedad: una cuestión de poder*.
- Puleo, Alicia (2004) *La violencia de género y el género de la violencia*, Ponencia inédita.
- Millett, Kate (1995) *Política sexual*. Madrid, Cátedra
- Taylor, Charles (1993) *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*, México, FCE.
- Valcárcel, Amelia (1991) *Sexo y Filosofía*, Barcelona, Antrhopos.
- Viñuales, Olga (2000) *Identidades lésbicas*, Barcelona, Edicions Bellaterra.

MGF y triple alteridad: la teoría feminista como marco interpretativo superador de la dicotomía etnocentrismo *versus* multiculturalismo

Laura Nuño Gómez
Universidad Rey Juan Carlos.

MITOS, RITOS, MARCAS Y CONSTRUCCIÓN DE LA ALTERIDAD

Todos los universos culturales tienen ritos de paso, actos ceremoniales de carácter transcendente, que integran a una persona como miembro del grupo, diferenciándola del no miembro. El rito determina quién se empieza a ser y quien se deja de ser y frecuentemente incluye la imposición de marcas o signos que revelan la identidad de pertenencia adquirida distinguiéndola de otras posibles identidades. Desde el momento de su nacimiento, mujeres y hombres normalizan, a través del proceso de socialización, tanto los ritos como las marcas de su propia cultura. Ambos cobran un valor significativo respecto una doble distinción identitaria: la cultural¹ y la de género.

Aunque la alteridad es un concepto relacional que remite a la diferencia de alguien respecto a alguien en lo relativo a determinadas características o atributos, en ocasiones no solo implica diversidad sino jerarquía y esencialización. De forma tal que las discrepancias pueden dar pie a relaciones de dominación-subordinación que devalúan, o incluso deshumanizan, las identidades ajenas o no hegemónicas y las dotan, por ende, de una sobrecarga identitaria.

El naturalismo esencialista de carácter etnocéntrico tiende a convertir la alteridad cultural en lo incivilizado e irracional y susceptible, por tanto, de ser dominado. La alteridad de género, interactúa con la cultural y no corre diferente suerte². Pero, en contraste con la cultural, se produce en el seno de la misma

¹ Contemplada en un sentido amplio, incluyendo aspectos tales como la etnia o la religión.

² Como señala Tamar Pitch “la interrelación de la diversidad cultural con el género es objetivamente ineludible; hombres y mujeres son sujetos culturales genéricamente diferenciados: no se reza, no se ama, no se come, no se vive de la misma manera, aunque hombres y mujeres compartan las mismas creencias, los mismos alimentos y las mismas cosas” (PITCH, T. 2013:169).

cultura por lo que es más frecuente que la identidad subordinada interiorice y acepte como propia y consustancial a sus normas la dominación de los varones. A su vez, el proceso de esencialización y heterodesignación transforma la identidad femenina en lo oportunamente complementario³. Así la construcción de la masculinidad y la feminidad se configuran como un dualismo sexualizado con marcas que alejan material y simbólicamente una identidad y la construida como opuesta⁴.

Como ha sido evidenciado en repetidas ocasiones por la teoría política feminista, el mito o la mística de la complementariedad tiene ineludibles implicaciones políticas, entre otras, convertir a las mujeres en seres subalternos objeto de explotación. Así, la diferencia sexual, una asimetría de carácter simétrico donde mujeres y hombres son mutuamente diferentes entre sí, termina implicando jerarquía y control de los varones respecto a las mujeres y subsidiariedad y sometimiento de éstas respecto a aquellos.

El abanico de mecanismos para garantizar dicho control es plural y variable: legislación, educación, socialización, violencia de género, pero también, los mitos o grandes relatos. Éstos últimos son esenciales porque representan leyendas explicativas de carácter simbólico y accesible que reconocen valores y contravalores, ilustran sobre las consecuencias de unos y otros y norman los usos y costumbres de una comunidad.

Todas las culturas comparten mitos que forjan una concepción o imaginario de la naturaleza femenina como algo irracional, engañoso y misterioso. Un pesimismo existencial que, en la cultura occidental, queda reflejado en relatos tales como la curiosidad de Eva respecto a la famosa manzana, con la consecuente condena divina y la fatídica expulsión del paraíso; la caja de Pandora y la liberación de todas las desgracias humanas o las brujas medievales, sus aquelarres y sus pactos con el demonio. Mitos que alertan sobre las devastadoras consecuencias colectivas del *auto-nomos* femenino y justifican, por tanto, el conveniente control y sometimiento de las mujeres.

A diferencia de la legislación, el carácter cultural, identitario y trascendente de los mitos permite que sean aceptados sin ser sometidos a un proceso crítico-reflexivo. La fuerza de un mito o un Gran Relato reside, precisamente, en su carácter irracional y en el sentido de pertenencia o reconocimiento que otorga no cuestionarlo y asumirlo como tal. Ello explica que, cuando las normas legales interpelan a los mitos culturales, éstas tengan una eficacia limitada y se precisen contra-relatos culturales que desvirtúen el mito y desvelen su verdadero sentido, objeto y finalidad.

³ De forma tal que "bajo la rúbrica de la diferencia, se mide a las mujeres de acuerdo con su falta de correspondencia con los hombres" (MACKINNON, C. A. 1995:401).

⁴ En consecuencia, las mujeres quedan definidas, según conceptualización de Amelia Valcárcel, como la "otredad absoluta" respecto a los varones de su comunidad cultural (VALCÁRCEL, A. 1997:27).

LA APROPIACIÓN DE LA CAPACIDAD SEXUAL Y REPRODUCTIVA FEMENINA

Los cuerpos de las mujeres han sido, históricamente, objeto del ejercicio del poder patriarcal. Todas las culturas, en mayor o menor medida, promueven las condiciones materiales y simbólicas necesarias para garantizar la dependencia social, la sumisión afectiva y la subalternidad sexual de las mujeres y, con ello, su uso sexual y reproductivo (MACKINNON, C.A. 1989: 299). Con tal finalidad, es condición *sin e cuan non* imponer un mandato punitivo y moralizador que condicione la propia subjetividad de las mujeres y determine su comportamiento sexual, de forma y manera que no se ponga en cuestión el privilegio de cualquier varón de disponer del monopolio sexual y reproductivo de, al menos, una mujer que le garantice linaje y descendencia. Por ello, la sexualidad y la reproducción de las mujeres, lejos de representar un espacio propio o de autonomía personal, han sido objeto de alienación y severa vigilancia. Con el propósito de facilitar la apropiación de ambas, es tarea conveniente controlar tanto su deseo como sus hábitos sexuales.

La conducta sexual apropiada, según la noción tradicional del patriarcado, es la virginidad antes del matrimonio, el débito y la fidelidad conyugal tras el mismo y, en general, una posición subalterna en las relaciones sexuales. Así, mientras en los hombres una intensa actividad sexual con diferentes mujeres puede ser un signo de hombría y de reconocimiento entre el grupo de pares, no suele operar para ellas idéntica valoración. La subsidiariedad existencial de las mujeres se refleja no solo en la normatividad de su sexualidad sino también en el desprecio o infravaloración de sus órganos sexuales. Frente a la centralidad del miembro sexual masculino, el femenino se configura como un órgano cuya finalidad es ofrecer placer a los varones, con una consideración -según la ocasión- que oscila entre “oscuro objeto del deseo” y algo tabú, abyecto o sucio.

La apropiación de su sexualidad por parte de un solo hombre, precisa restringir su contacto con otros, limitar su presencia en el espacio público y, no en vano, la domesticidad ha sido un mandato tradicional de los patriarcados tradicionales cuyo incumplimiento puede mermar su honra y valor matrimonial o incluso conllevar una agresión sexual⁵. Según esta noción clásica de patriarcado las mujeres se consideran valiosas o no en función de la restricción del acceso a su cuerpo, su virginidad y castidad. La “mala mujer” será la no controlada, asociada al deseo, la promiscuidad y a una naturaleza irracional según un imaginario simbólico de insaciabilidad sexual⁶ que las describe como “perras lúbricas” (según terminología sadiana, ver PULEO, A, 1992).

⁵ Un interesante trabajo sobre la violación como amenaza que inhibe la libre ocupación y presencia de las mujeres en el espacio público se puede encontrar en BROWNMILLER, S. 1986.

⁶ No en vano las campañas contra el acoso sexual o la violación han de incidir todavía que “no es no”, que no existe una naturaleza que dice “sí” y una razón que dice “no”. Algo que, paradójicamente, parece difícil de entender. Una aclaración respecto a su voluntad real que no parece precisa en el caso de los varones.

Frente a la mujer pública, libre y devaluada está su alter ego: la mujer privada, casta y pudorosa asociada a la reproducción y a la vida conyugal. “Madresposas”⁷ consagradas a un solo hombre “mediante el interdicto de su capacidad erótica”⁸, que gozan de valor matrimonial y social. La ablación ha de enmarcarse precisamente en este escenario: como rito que garantiza el uso sexual y reproductivo de las mujeres en el marco del mandato patriarcal tradicional. Como un método que inhibe e impide un deseo sexual descontrolado o insaciable⁹ que garantice el privilegio histórico de los varones de disponer del monopolio del uso sexual y reproductivo de “su” mujer.

VIOLENCIA, BELLEZA Y FEMINIDAD

Las estrategias para mantener el control sexual y reproductivo y garantizar la jerarquía sexual son múltiples. Los patriarcados por consentimiento¹⁰ se reproducen, fundamentalmente, gracias a la socialización. En los de coerción, se suma la desigualdad formal y un rígido sistema de sanciones frente a la pretensión de autonomía (máxime si afecta a su sexualidad y reproducción). Sea cual fuere el tipo de patriarcado, conviene recordar que todos comparten el recurso a la violencia como elemento transcultural que demuestra, reproduce y garantiza la jerarquía sexual. Y, por tanto, existen prácticas lesivas hacia las mujeres en todas las cosmovisiones culturales y, hoy por hoy, la violencia de género sigue siendo la violación de los derechos humanos más extendida en el mundo (NUÑO, L. 2013).

Y ello seguirá siendo así mientras la violencia contra las mujeres se perciba como una tradición o costumbre culturalmente normalizada y naturalizada. El problema en la percepción de la violencia es que los límites aceptables y no aceptables de la misma terminan siendo una cuestión de apreciación influida por la cultura de cada cual. Y, si bien es cierto que se manifiesta con lesividad

⁷ Según acepción de LAGARDE, M. 1990.

⁸ LAGARDE, M. 1997: 205.

⁹ Opinión que comparten algunas mujeres pertenecientes a las etnias donde se practica la MGF, como queda reflejado en el siguiente testimonio de una mujer egipcia de 33 años, recogido en una reciente investigación Bagaglia et al. 2014: *“Las chicas que no están circuncidadas quieren más sexo que las demás. Una siente placer, pero si su marido no está, no puede sentir deseo porque está en el extranjero. Por ejemplo, ella se ha quedado en Egipto, lejos de él -que está en Libia- pero no sentía deseo y dijo que se había circuncidado por este motivo, porque así no sentiría deseo cuando su marido estuviera lejos, pero cuando está cerca, siente deseo y siente placer como todas las demás mujeres”*. En la misma línea, Adisa, mujer eritrea de 27 años, manifiesta: *“en África, tienen esta tradición: circuncidan porque si no lo hacen, las mujeres se vuelven un poco extrañas, buscan más hombres, ya sabes. Por eso, lo hacen antes de la boda-o eso creen las familias -es por eso que se comportan así. Pero no creo que sea correcto. [...] Se comportan así porque los padres y las madres en África se preocupan, porque una mujer antes de casarse no puede salir con hombres. Si sale con hombres antes de casarse, para la familia, ya no vale nada”*. (BAGAGLIA ET AL. 2014, citado en KAPLAN, A. y NUÑO GÓMEZ, L. 2017:166).

¹⁰ Según denominación clasificatoria de Alicia Puleo que distingue entre patriarcados por coerción y consentimiento (PULEO, A.1995:28-37).

y prevalencia variable, no lo es menos que no hay grupo humano que no haya naturalizado y minimizado algunas formas y tipos de violencia que se resignifican positivamente como normas culturales, marcas de feminidad o incluso de belleza.

Desde las operaciones cosméticas en búsqueda de una eterna juventud en occidente hasta el vendado de pies¹¹ en la cultura tradicional china o las mujeres jirafa de *Chiang Mai*¹². *Casi todas las culturas imponen, o lo han hecho a lo largo de la historia, cánones de belleza femenina que implican marcas o procedimientos dañinos para su salud física y psicológica que supuestamente incrementan su atractivo sexual y/o su valor matrimonial*. El mandato de belleza y la búsqueda de la misma opera sobre todas las mujeres de forma selectiva y diferencial con una imposición muy superior a la demandada a los varones. La apariencia física, según requerimientos de cada época y cada sociedad, se configura como un aspecto central de la identidad femenina y de su reconocimiento social. Convierte a las mujeres en seres valiosos y deseados o fallidos proyectos del deseo ajeno. Como mantiene Naomi Wolf, su propia autoestima queda determinada o condicionada por la capacidad para obtener la aprobación ajena (WOLF, N.1992)¹³ o, en palabras de Germaine Greer, por la demanda sexual que su presencia física estimule en los otros (GREER G. 2004).

Así, la Mutilación Genital Femenina se resignifica positivamente, desde el punto de vista *emic*, no como una forma de violencia de género sino como una marca que reduce los órganos femeninos externos reforzando las diferencias anatómicas entre mujeres y hombres y, con ello, la apreciada dicotomía sexual. Un aspecto clave habida cuenta que en muchas culturas el concepto de feminidad viene asociado, precisamente, a la inexistencia de conductas o

¹¹ Malformación intencionada de los pies practicada durante casi mil años en China que se reservaba casi en exclusiva a las niñas de clases acomodadas debido a que los problemas de movilidad que provocaba impedían cualquier tipo de trabajo. Los “pies de loto” o “pies de media luna” incrementaban el atractivo y el valor matrimonial de las mujeres.

¹² *Pertenecientes a la etnia Karen* y originarias de Myanmar. La práctica consistía en colocar anillos de metal superpuestos en el cuello con objeto de alargar el mismo que en su conjunto alcanzaban un peso aproximado de cuatro o cinco kilos. La deformación del cuello no sólo rompía la musculatura del mismo sino que producía graves deterioros de la columna. Aunque la versión *emic* justificaba la práctica como una forma de proteger a las mujeres de los ataques de los tigres, lo cierto es que la misma -al igual que los pies de loto- parece que incrementaba el atractivo sexual despertado en los varones.

¹³ En concreto, en el contexto occidental, el mandato se ha intensificado en torno a un ideal de belleza que sublima y ensalza la extrema delgadez y la juventud de las mujeres sea cual sea la etapa de su vida. Así, según Naomi Wolf, en la línea expresada también por Susan Faludi (FALUDI, S. 1993), los avances en igualdad y la pretensión de las mujeres del reconocimiento de su estatuto de sujeto (dejando atrás su consideración de objetos) se han visto acompañado de una “reacción” (según terminología de Faludi) que refuerza y exalta el mandato de ser un cuerpo bello (entendido como esbelto y joven) y un ideal de belleza “esclavizante”. Según Wolf la “la dieta” se convierte en una suerte de “sedante político”. Desvirtuada y evidenciada la mística de la feminidad (conceptualizada por FRIEDAN, B.1963) la *mística de la belleza* se convierte así en una nueva forma de sometimiento de las mujeres. Para un interesante análisis sobre la opresión femenina que ejercen los requerimientos estéticos consultar también *El eunuco femenino* de Germaine Greer, texto de referencia de la década de los años setenta.

atributos próximos a la masculinidad. Pero también se interpreta como un rito de paso que prepara a las niñas para la edad adulta y la vida conyugal bajo la singular creencia de que durante las relaciones sexuales el clítoris puede dañar el órgano masculino¹⁴ y que la MGF aumenta el placer de los varones durante el coito¹⁵. Y por tanto, la ablación no solo limpia y embellece sino que permite garantizar la estabilidad y felicidad de su futura vida matrimonial. Un aspecto ineludible en el análisis de la opresión sexual en contextos territoriales donde la capacidad de supervivencia y el reconocimiento¹⁶ de las mujeres dependen casi exclusivamente del matrimonio.

EL DILEMA DE LA TRIPLE ALTERIDAD

Pero la MGF no sólo tiene implicaciones respecto al atractivo sexual, la feminidad y el valor matrimonial. Representa también un elemento de pertenencia e identidad, una prueba de valor o de lealtad al grupo. La aceptación del lugar en la comunidad en tanto mujer y la consecuente inclusión e integración como tal en el grupo. Una función que cobra especial relevancia para las mujeres que provienen de comunidades donde la práctica representa una tradición ancestral.

Aunque todas las mujeres se ven expuestas -en mayor o menor medida- a las implicaciones de la construcción de la diferencia sexual como complementariedad y jerarquía, las migrantes suman a la misma la alteridad cultural. Con diferente raza, etnia, religión, idioma o costumbres a los hegemónicos en el país de destino, sufren una intersección de factores que agravan y sofistican la discriminación. Un proceso de exclusión simbólica y material en el que han de enfrentarse a una política cultural que las expone a una doble alteridad: como mujeres en un sistema androcéntrico y como no occidentales en uno etnocéntrico.

¹⁴ Por ejemplo, según un conocido mito de la antigua de la cultura *Dogón* en Malí “Amma, Dios del Cielo, estaba solo y quería mantener relaciones sexuales con la Tierra, cuya forma se asemejaba a la del cuerpo de una mujer. Los órganos sexuales de la Tierra eran como un nido de hormigas y su clítoris se había elevado como un termitero. Amma la atrajo cerca, pero el termitero se alzó, impidiendo la penetración. Así ocurrió porque la Tierra tenía el mismo sexo que Amma, causando discordia en el universo. Amma tuvo muchas relaciones con su mujer y se restableció la armonía en el universo una vez que desapareció el termitero” (CASTAÑEDA REYES, J.C. 2003, citado en KAPLAN, A. y ALIAGA, N. 2017:54).

¹⁵ Para el caso de la infibulación (Tipo III) la intervención provoca un estrechamiento vaginal que se considera que incrementa el orgasmo masculino.

¹⁶ Según el Contrato Sexual tematizado por Carole Pateman (PATEMAN, C. 1995) las mujeres entran a formar parte de la sociedad civil mediante el contrato matrimonial: un pacto de sujeción al marido. El nuevo orden social instaurado gracias al contrato sexual transformó el derecho natural que los hombres poseían sobre las mujeres en derecho civil patriarcal a través de dicho contrato matrimonial. El *pactum subjectionis* o el intercambio de obediencia por protección (que define el contrato originario) todavía es válido para las mujeres en muchas culturas a través del contrato matrimonial. Un contrato que obliga a la obediencia al marido, establece unas condiciones maritales prácticamente hobbesianas y es su única fuente de reconocimiento. Contraídas nupcias dicho reconocimiento puede incrementarse si ofrece prole y descendencia al marido.

En un contexto como el señalado, de no reconocimiento o exclusión, pueden cobrar especial valor y significado los ritos de paso que otorgan pertenencia a su grupo humano originario. De no someterse a los mismos, deben asumir las implicaciones personales y familiares de la triple alteridad que supondría sumar a las dos primeras discriminaciones su no aceptación tampoco como miembro de su etnia o cultura de origen. Una expulsión especialmente gravosa si se tiene en cuenta el peso que la familia y el grupo tienen en algunas culturas en la configuración de la identidad y el deshonor familiar que puede conllevar la renuncia al rito.

La identidad se conforma por un complejo sumatorio que integra componentes individuales, familiares y comunitarios. Frente al individualismo occidental que entroniza los primeros, en otras cosmovisiones culturales prevalecen los dos últimos. De forma tal que la ruptura con los rituales grupales de pertenencia condena a las disidentes a una triple alteridad: como mujer, como extranjera y como persona que renuncia a sus orígenes y traiciona su cultura.

Por ello, cualquier pretensión para prevenir prácticas culturales o ritos de paso lesivos para las mujeres en Europa, como es el caso de la MGF, ha de contemplar las implicaciones de dicha triple alteridad y activar políticas de inclusión, empoderamiento y resignificación que desactiven las dinámicas que sustentan la misma. Una intervención que, como veremos, ha de alejarse tanto de una superioridad etnocéntrica, que abona la exclusión y las identidades reactivas, como de un relativismo cultural acrítico con la violencia de género que suele recurrir al argumento del libre consentimiento o incluso a una entronización de las culturas y costumbres entendidas como universos estáticos, inmutables e intocables.

EL SENSACIONALISMO Y ESENCIALISMO ETNOCÉNTRICO

Reducir la práctica al tipo más invasivo (el tipo III o faraónica¹⁷) representa una forma de sensacionalismo que lejos de defender los derechos de las mujeres y niñas, generaliza la lesión más extrema tanto en la consideración pública como en la tipificación penal, con las implicaciones que de ello se derivan en términos culturales, identitarios y sancionadores. En occidente, en la actualidad, tampoco faltan prácticas que afectan a la salud de las mujeres o amenazan su integridad física y moral. Es el caso de la industria del pornochic¹⁸ o la cirugía plástica genital femenina, el aumento de pechos o la reducción del abdomen y, en general, un mandato de eterna juventud absolutamente contra natura.

¹⁷ La MGF tipo III o faraónica, consiste en el estrechamiento del orificio vaginal cortando y juntando los labios vaginales con objeto de cerrar la zona (en ocasiones puede incluir la escisión del clitoris). Cuando los bordes de los labios son cosidos entre sí recibe la denominación de infibulación. Dentro de esta modalidad cabe diferenciar entre el tipo IIIA, cuando se practica sobre los labios menores y el III-B, si la intervención se realiza en los mayores.

¹⁸ Para un análisis de la denominada industria de la vagina consultar JEFFREYS, S. 2011.

Así que todas las culturas tienen prácticas lesivas que de forma selectiva y diferenciada se dirigen exclusivamente a las mujeres y niñas. Los elementos que debieran ponderar su gravedad y condena no pueden venir determinados por una mirada etnocéntrica acrítica con sus costumbres, sino que han de partir de una visión crítica que integre la finalidad del mandato y el grado de lesividad ocasionado; esté presente en una cultura u otra.

En este sentido, llama la atención que algunas críticas de la MGF se acompañen de una indiferencia hacia el objetivo que la costumbre persigue y las desigualdades de género que la retroalimentan, como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, su estatuto civil, el valor del matrimonio, la brecha de género existente o las limitaciones que encuentran en el acceso a la salud, a las tierras o a la educación¹⁹. Un sensacionalismo etnocéntrico que tampoco parece inmutarse ante las contra-geografías de la globalización²⁰, la creciente feminización de la pobreza o la diversificación de las formas de explotación o apropiación del cuerpo y la vida de las mujeres en occidente; como ocurre con el mercado prostitucional o los vientres de alquiler.

EL RELATIVISMO CULTURAL FRENTE A LA LESIVIDAD DE LOS PATRIARCADOS

La posición contraria a la del sensacionalismo etnocéntrico sería la del relativismo cultural. Según sus tesis, todas las culturas son universos de valor y no se debiera interferir en una tradición que forma parte de una cosmovisión concreta. Parece olvidarse que la opresión de género y la jerarquía sexual “*constituyen el insumo normativo principal de cualquier tribu humana*” (CAMPS, V. y VALCÁRCEL, A. 2007:241). Todavía, en la actualidad, las mujeres se encuentran sometidas a infinidad de costumbres, de lesividad variable, tanto en los patriarcados de coerción como de consentimiento.

En esta línea, algunos posicionamientos defienden que son las escisoras y ancianas de la comunidad las que respaldan con mayor contundencia la vigencia de una práctica ancestral que es fuente de empoderamiento personal, económico y social. Resulta llamativo que se olvide que las resistencias mostradas se explican, precisamente, porque en patriarcados de coerción la falta de poder de las mujeres limita las alternativas de reconocimiento y supervivencia en caso de renunciar al prestigio y los ingresos que les permite participar en el rito. En cualquier caso, dicha perspectiva teórica resulta en ocasiones paradójica en

¹⁹ En una investigación realizada en Egipto durante los años ochenta y noventa, Nawal Al Sadawi identificó que la prevalencia de la MGF disminuye cuando aumenta el nivel de estudios o la instrucción familiar porque favorece procesos crítico-reflexivos que irracionalizan o impugnan los mitos y tradiciones (AL SADAWI, N. 1991:60).

²⁰ En el sentido apuntado por SASSEN, S. 2003.

la medida que la permisividad o el relativismo con el que abordan tradiciones dañinas en otras culturas no se proyecta sobre las costumbres propias, cuya interpelación no suele rebatirse con tanto ímpetu²¹.

A su vez, una dimensión cultural inscrita en un relativismo posmoderno que antepone los ritos, marcas y mitos de las culturas patriarcales a la dignidad humana o el respeto a la libertad cultural sobre el respeto y la libertad de las mujeres, indefectiblemente abona la jerarquía sexual y los privilegios patriarcales. En contextos de exclusión, una exacerbada dimensión cultural o de reconocimiento puede tener como consecuencia que, a las discriminaciones externas, se sumen distintas formas de opresión internas o intragrupo que se asumen como reivindicaciones propias de reconocimiento pero promueven una sobrecarga identitaria que tiende a reforzar visiones esencializadas en torno a la complementariedad y la jerarquía sexual (LE DOEUFF, M. 1993)²².

El respeto a otras culturas no puede implicar un relativismo cultural acrítico que renuncie a la posibilidad de consensuar un marco ético emancipador y un sistema de valores de validez universal (AMOROS, C., 2007). Ni visiones esencializadas que sacralizan la jerarquía sexual, refuerzan el mandato punitivo-moralizador sobre las mujeres y lleguen a interpretar el concepto ilustrado de los derechos humanos como una imposición cultural del imperialismo occidental²³. No es la cultura, es la lesividad de la tradición lo que obliga a desterrarla de las prácticas aceptadas o normalizadas y ningún uso o costumbre debiera saltarse esta máxima.

LA FICCIÓN DEL LIBRE CONSENTIMIENTO

No es infrecuente que, desde una interpretación multicultural o incluso desde una lectura etnocéntrica, se recurra al libre consentimiento como elemento que justifica la MGF. Se aduce que son las mujeres quienes mantienen el rito y que, por tanto, nada tiene que ver con el patriarcado o la jerarquía sexual. Un discurso que vendría a resumirse en el siguiente argumento: la ablación se practica en un mundo de mujeres donde los varones no intervienen y, por tanto, no puede considerarse violencia de género.

Antes de dar por válida tal perspectiva, quizás conviene analizar previamente qué capacidad real de adhesión o rechazo tienen las mujeres respecto a una

²¹ Como ocurre por ejemplo con crítica (más que razonable) a las corridas de toros en España, al Toro de la Vega o a las diferentes tradiciones culturales que hacen del maltrato animal una fiesta popular que pueden representar también una forma de ingresos o reconocimiento para quienes participan en las mismas.

²² Como de forma contundente ha demostrado, entre otras, MEAD, M., 1982.

²³ Entre otras cuestiones porque, como recuerda Celia Amorós, el concepto ilustrado de los derechos universales no es monopolio del legado occidental, pudiéndose constatar “vetas de ilustración” en todas las culturas (AMORÓS, C. 2009).

práctica arraigada y si el consentimiento cumple con los requisitos para ser considerado válido. Entre otros, una autonomía entre las partes no mediada por la subordinación, la dependencia o la supervivencia y un contrato libre entre iguales, requerimientos que no se dan en los patriarcados. Menos si se tiene en cuenta que la ablación se practica, en la mayoría de los casos, sobre menores de edad sometidas a tutela parental. También requiere que sea un acto informado en el que las niñas y mujeres conozcan las consecuencias psicológicas, sanitarias y sexuales de la MGF que, por lo general, se ignoran o se ocultan. Si no se tienen en consideración tales requisitos, como suele ocurrir, la libre elección se convierte en un recurrente mantra para justificar y legitimar la opresión de las mujeres.

Conviene recordar que, en el marco de las múltiples estrategias del patriarcado para garantizar la jerarquía sexual, la más efectiva es la de apelar o conseguir la voluntad de someterse de la propias mujeres. Un argumento que libera al victimario o la propia comunidad, en lo que se proyecta la responsabilidad o culpabilidad sobre la víctima. El aval legitimador de las mujeres que “libremente” deciden someterse a una práctica dolorosa y lesiva no puede valorarse sin tener en consideración las implicaciones de no consentir. Si uno de esos hombres que no intervienen en la práctica las aceptaría igual como esposas; cuál sería su situación si no contrajeran matrimonio (o uno adecuado); si su no iniciación conllevaría sanción grupal hacia ellas o sus familias y las consecuencias que de ello pudieran derivarse en términos de supervivencia. En última instancia, olvidan que las implicaciones o consecuencias de rebelarse al rito determinan la verosimilitud del consentimiento.

La libre elección debe remitir no solo a qué se consiente sino cómo, en qué condiciones, porqué y cuáles son los posibles escenarios en caso de no consentir. Si la respuesta es la exclusión o el rechazo, el deshonor familiar, la imposibilidad de acceder a un buen matrimonio que garantice su supervivencia, el hostigamiento, la estigmatización o la expulsión del grupo, el supuesto consentimiento representa un acto de sumisión o aceptación muy alejado de la pretendida libertad. Por ello, en un mundo atravesado por fuertes desigualdades de género y clase, es preciso desmitificar y politizar²⁴ un consentimiento que no hace sino ocultar y legitimar la explotación sexual y reproductiva de las mujeres.

CONCLUSIONES: DILEMAS Y RETOS

La Mutilación Genital Femenina, es una tradición que suele ocupar un lugar preponderante en el ordenamiento social y de género de las comunidades donde se practica, teniendo un valor ritualístico de primer orden en las cosmovisiones a las que se adhieren sus integrantes. Marca de por vida a las niñas y mujeres que son sometidas a la misma, diferenciándolas tanto de las que no han sido cortadas

²⁴ Una solvente propuesta sobre la necesaria politización del consentimiento y los requisitos previos para que pueda considerarse válido pueden encontrarse en FRAISSE, G. 2011.

aún, como de las que no lo serán nunca porque no pertenecen al grupo. La función social e identitaria transcendental que se le atribuye, colisiona con su definición como violación de los derechos humanos²⁵, prevaleciendo -en general- la norma cultural sobre una norma jurídica que emana de un estado que se percibe como distante, tanto en los países de origen como en los llamados países de acogida de las personas migrantes.

No cabe duda que la MGF ha de recibir la adecuada sanción penal. Pero ésta ha de acompañarse de un enfoque integral y holístico que garantice la protección de los derechos humanos; máxime teniendo en cuenta que las víctimas o la población en riesgo son, habitualmente, menores de edad que pertenecen a minorías discriminadas. Si la orientación de las políticas públicas encaminadas a erradicar la ablación en Europa no parten de un enfoque victimocéntrico²⁶ y se antepone la persecución del delito desplazando el peso hacia la intervención policial o judicial, no será posible acabar con la práctica, ni garantizar la debida protección de las menores.

Por todo lo expuesto, es preciso poner el acento en la prevención de la MGF activando instrumentos que permitan socavar el mensaje y las causas que la sustentan y deslegitimar el objetivo que persigue. Resignificar la práctica como violencia de género trabajando conjuntamente con y desde las comunidades susceptibles de abanderar la práctica. Enmarcar la lucha para su abandono entre las múltiples y variadas formas de violencia de género que el sacrosanto universalismo occidental no ha sido capaz de eliminar. Una orientación que no significa culturizar formas de violencia o estigmatizar culturas, sino precisamente lo contrario: *desculturalizar* o expulsar del universo de las costumbres todas las prácticas lesivas que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo.

Por el contrario, si se desvincula la ablación de otras formas de violencia contra las mujeres presentes en las sociedades de acogida, los esfuerzos por erradicar la MGF pueden ser interpretados como una manifestación del imperialismo occidental o una persecución a determinadas costumbres y tradiciones culturales. Con las implicaciones problemáticas que de ello pudieran derivarse.

²⁵ Un listado completo de los derechos humanos vulnerados por la MGF se puede encontrar en NUÑO, L y THILL, M. "Violencia contra las mujeres y marco internacional de los derechos humanos", en KAPLAN, A. y NUÑO, L. 2017: 43-49.

²⁶ Con el argumento de que resta agencia, en el seno del feminismo algunas posicionen rechazan la consideración de un enfoque victimocéntrico en el tratamiento y consideración de la violencia de género. Sin embargo, el estatuto de víctima, lejos de restar capacidad de interlocución, otorga derechos. Entre otros, el de reparación, asistencia y juicio justo y obliga, a su vez, a los Estados a garantizarlos con la debida diligencia. En el ámbito de la Unión Europea, es de aplicación la denominada "Directiva sobre las víctimas" (Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012 por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo).

Se habla con frecuencia de multiculturalismo, interculturalismo, choques o alianzas de civilizaciones, pero se ignora -cuando no se desprecia- la existencia de culturas deslocalizadas en un contexto globalizado. Apenas existe información sobre fenómenos culturales ajenos²⁷. La protección de las niñas que pueden ser objeto de MGF en Europa requiere incentivar los esfuerzos en la formación de profesionales que estén en contacto con ellas y de aquellos/as que crean opinión, que a menudo contribuyen a su estigmatización, esencialización y exclusión.

La formación es clave para entender, interpretar, debatir e interpelar las prácticas culturales que sustentan la violencia de género. Pero dicha aproximación no puede hacerse desde la superioridad de un sensacionalismo etnocéntrico de carácter excluyente ni desde un relativismo cultural incapaz de cuestionar las prácticas dañinas contra las mujeres. El enfoque ha de partir del acervo explicativo de la teoría feminista como humanismo que impugna las tradiciones y costumbres lesivas hacia las mujeres, sea cual fuere la cultura en cuestión. Un proceso crítico-reflexivo que irrationalice la violencia de género y todas las marcas, ritos y mitos que la sustentan.

Desde este marco, es a su vez un reto pendiente derribar el tabú, el secreto y la vergüenza que rodea tanto a la sexualidad femenina como al propio rito de la mutilación, así como las resistencias que encuentra la pretensión de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Se trata, en definitiva, de promover las condiciones necesarias para que las mujeres puedan reapropiarse de su sexualidad y su reproducción, de sus cuerpos y sus vidas²⁸.

Por ello, como propone Celia Amorós, frente a la noción acrítica del multiculturalismo es preciso apostar por una concepción feminista intercultural que permita consensuar mínimos éticos de convivencia que hagan compatibles el respeto a los derechos humanos, las diferentes singularidades identitarias y el empoderamiento de las mujeres. Promover una equifonía, equipotencia y equivalencia de mujeres y hombres en la interlocución que permita una interpelación mutua de todas las culturas bajo la lupa de la dignidad individual.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- AMORÓS, C. (2009) *Vetas de Ilustración. Reflexiones sobre feminismo e islam*. Madrid, Cátedra.
- (2007) "Por una ilustración multicultural ilustrada" en AMORÓS, C. y POSADA, M^a. L. (eds.) *Feminismo y Multiculturalismo*. Madrid: Instituto de la Mujer, Debate. Pp. 109-125.
- (2003) "Las mujeres y el poder". *Revista Utopías, nuestra bandera: revista de debate político*, núm 195. Pp, 129-133.

²⁷ No obstante, conviene advertir que la falta de formación en materia de violencia de género o en prácticas lesivas contra las mujeres es frecuente entre las y los profesionales de nuestro país, deficiencia que es mayor cuando converge la interseccionalidad.

²⁸ Como ya propusiera el colectivo de mujeres de Boston a finales de los años sesenta en el popular texto *Our Bodies, Ourselves*.

- AL SA'DAWI, N. (1991) *La cara desnuda de la mujer árabe*. Madrid: Horas y horas
- BROWNMILLER, S. (1986) *Against Our Will: Men, Women, and Rape*. Londres, Pelican Books.
- CAMPS, V. y VALCÁRCEL, A. (2007) *Hablemos de Dios*. Madrid: Taurus.
- CASTAÑEDA REYES, J. C. (2003). *Fronteras del placer, fronteras de la culpa: A propósito de la mutilación femenina en Egipto*. México: Centro de Estudios de Asia y África, Colegio de México.
- FALUDI, S. (1993) *Reacción: La guerra no declarada contra la mujer moderna*. Barcelona: Anagrama.
- FEMENÍAS, M^a L. (2008) "El juego de las identidades: ciudadanía y exclusión". *Revista Labrys, études féministes*, núm 12 (sp)
- FRAISSE, G. (2011) *Del consentimiento*. Santiago de Chile: Palinodia.
- FRIEDAN, B. (1963), *The Feminine Mystique*. Nueva York: W.W. Norton.
- JEFFREYS, S. (2011) *La industria de la vagina. La economía política de la comercialización global del sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- GREER G. (2004) *El eunuco femenino*. Barcelona: Kairos
- GUERRA PALMERO, M^a. J. (2008) "Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres". Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política, núm, pp.61-76
- KAPLAN, A. y NUÑO, L. (eds.) *Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación genital femenina*. Madrid: Dykinson
- LAGARDE, M. (1990) "Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, putas, presas y locas". Madrid: Horas y horas
- LAGARDE, M. (1997) "Identidades de Género y Derechos Humanos. La Construcción de las Humanas". VII Curso de Verano. Educación, Democracia y Nueva Ciudadanía. Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- LE DOEUFF, M. (1993) *El estudio y la rueca*, Buenos Aires: Altaya,
- LEYE, E. y DEBLONDE, J. (2004) *Legislation in Europe regarding female genital mutilation and the implementation of the law in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK*. Gante: International Centre for Reproductive Health Ghent University,
- MACKINNON, C. A. (1995) *Hacia una teoría feminista del Estado*. Madrid: Cátedra
- MEAD, M. (1982) *Sexo y temperamento: en tres sociedades primitivas*. Madrid: Paidós
- NUÑO, L. (2016) "Una nueva cláusula del Contrato Sexual: vientres de alquiler". ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política, núm. 55, pp. 683-700.
- (2013) "Violencia y deshumanización de las mujeres: la gran sombra en la protección internacional de los Derechos Humanos" en FIGUERUELO, A., DEL POZO, M. y LEÓN, M. (eds.) *Violencia de Género, una cuestión de Derechos Humanos*. Granada: Comares.
- PATEMAN, C. (1995), *El Contrato sexual*. Barcelona: Anthropos.
- PITCH, T. (2013) "La diferencia y las desigualdades en la diferencia" en LAURENZO, P. y DURÁN MUÑOZ, R. (eds.) *Diversidad cultural, Género y Derecho*. Valencia: Tirant lo Blanch, pp 241-270
- PULEO, A. H. (1995) "Patriarcado", en Amorós, C. (dir.) *Diez palabras clave sobre Mujer*. Estella: Verbo Divino, pp.21-54.
- PULEO, A. H. (1992) *Dialéctica de la sexualidad. Género y sexo en la filosofía contemporánea*. Madrid: Cátedra.
- ROPERO, J. (2017) "Aspectos críticos de la penalización de la MGF", en KAPLAN, A. y NUÑO, L. (eds.), *Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina*. Madrid: Dykinson.
- SASSEN, S. (2003) *Contra geografías de la globalización, Género, ciudadanía y circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de sueños.
- SHOWALTER, E. (1985) *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. Nueva York: Pantheon Books.
- VALCÁRCEL, A. (1997): *La Política de las mujeres*. Madrid: Cátedra.
- WOLF, N. (1992) *El mito de la belleza*. Barcelona: Salamandra.

**ASPECTOS LEGALES
DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN**

Un análisis crítico sobre el marco legal de Kenia para la prevención y el abandono de la mutilación genital femenina*

Agnes K. Meroka
Universidad de Nairobi

INTRODUCCIÓN

En 2014, el índice de prevalencia de la mutilación genital femenina en Kenia era del 21 %¹. Esta cifra ha disminuido en comparación con los datos de 2008, donde esta práctica representaba el 27 %. De las 44 comunidades étnicas del país, únicamente tres no practican la MGF. Se trata de las comunidades Luo, Luhya y Turkana. Pese a que el índice de prevalencia a nivel nacional parece haber disminuido, sigue siendo preocupante que en algunas comunidades concretas, dicho índice siga siendo muy elevado y no haya tendencia alguna hacia su reducción. Según los datos de la Encuesta de Salud Demográfica de Kenia: entre el pueblo somalí del noreste de Kenia, el índice es del 97 %; entre el pueblo Kisii, del 84 %; entre el pueblo Maasai, del 73,2 %; y entre los Samburu, el 86 %. Teniendo en cuenta este contexto, el país desarrolló un marco legal y estableció determinadas instituciones para abordar esta práctica.

MARCO LEGAL DE KENIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL ABANDONO DE LA MGF

La Constitución keniana incluye una serie de disposiciones a los efectos de proteger, promover y garantizar los derechos de las mujeres y niñas. Es de vital importancia lo dispuesto en los artículos 2(5) y (6), en los que se establece que las normas generales del Derecho Internacional formarán parte de la legislación keniana y que cualquier tratado o convenio ratificado por Kenia formará parte de la legislación keniana en virtud de la Constitución. Esto quiere decir que el

* Texto traducido del inglés. El texto original se puede consultar en este volumen.

¹ Encuesta de Salud Demográfica de Kenia, 2014.

Derecho Internacional consuetudinario, que es generalmente un corpus jurídico que constituye la práctica estatal, así como cualquier tratado ratificado por Kenia mediante su firma, formarán parte de la legislación nacional aplicable en Kenia. Asimismo, Kenia forma parte de la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) y del Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Protocolo de Maputo). Hasta la promulgación de la Constitución en 2010, Kenia no había incorporado en el ordenamiento jurídico nacional estos tratados. En virtud del Artículo 2(5) y (6), las disposiciones de dichos tratados forman parte de la legislación nacional keniana, incluso aunque no se hayan incorporado plenamente a la legislación nacional. Por lo tanto, Kenia ha de tomar las medidas pertinentes para cumplir con su obligación en virtud de dichos tratados. Ambos tratados contienen disposiciones que son de crucial importancia a la hora de abordar la MGF. Por ejemplo, la CEDAW dispone que las instituciones gubernamentales tomen las medidas pertinentes para acabar con todas las formas de discriminación contra la mujer y, evidentemente, esto incluye la MGF por sus efectos discriminatorios contra las niñas. Por ejemplo, al practicar una MGF a una niña, se considera que está en edad casadera y en la mayoría de los casos, dicha niña se ve forzada a abandonar la escuela para casarse. Un hecho que limita, por tanto, su derecho a la educación. El Protocolo de Maputo, por su parte, establece que las instituciones gubernamentales deben abordar las prácticas culturales perjudiciales y cita específicamente la MGF como práctica que entra dentro de dicha categoría.

Asimismo, la Constitución también establece el derecho a no ser discriminado por género en virtud del Artículo 27 y, tal como se ha mencionado anteriormente, la MGF conduce a unas consecuencias discriminatorias inherentes que sufre la niña. El Artículo 43(1) (a) reconoce el derecho a recibir atención sanitaria reproductiva y establece que toda persona tiene derecho a recibir el más alto nivel posible de asistencia sanitaria reproductiva. Junto con las correspondientes disposiciones del Derecho Internacional que se incluyen en el plan de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, este artículo conmina al Estado a tomar las medidas pertinentes para eliminar las prácticas que perjudican la salud reproductiva. La MGF es una de las principales causas de mortalidad materna e infantil, además de representar una violación flagrante de los derechos a la salud reproductiva. La Constitución también establece los derechos de protección en materia de menores en virtud del Artículo 53. Este aspecto es importante dado que en Kenia la MGF se practica principalmente en niñas menores de 18. En concreto, el Artículo 53(1) (d) establece que cualquier menor tiene derecho a la protección ante cualquier práctica cultural perjudicial.

En 2011, y en virtud de estas disposiciones constitucionales, el Parlamento aprobó la Ley de Prohibición de la Mutilación Genital Femenina (la Ley anti-MGF). Esta ley penaliza la realización de la práctica², que se define como el conjunto

² Sección 19(1)

de procedimientos que implican la extirpación parcial o total de los genitales femeninos o cualquier otra lesión en los mismos, o bien cualquier procedimiento perjudicial para los genitales femeninos, por motivos ajenos a la salud; incluye la clitoridectomía, que es la extirpación parcial o total del clítoris o prepucio; la escisión, que es la extirpación parcial o total de los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores; la infibulación, que es el estrechamiento del orificio vaginal con la creación de un sellado mediante la resección y aposición de los labios menores o mayores, con o sin escisión del clítoris.³ La pena por realizar cualquiera de estas prácticas es de tres años de prisión o una multa no inferior a 200.000 Kshs, o ambas.⁴ No obstante, en caso de fallecimiento de la víctima, la pena aplicable es la cadena perpetua.⁵

La Ley también penaliza otras acciones asociadas a estas prácticas, entre otras: la ayuda e incitación a realizar una MGF;⁶ la incitación a alguien para realizarse una MGF en otro país⁷ (aquí, quien se enfrentaría a un delito penal es la persona que lleva a la mujer o niña a practicarse una MGF en otro país, ya que algunos países de la región todavía no han penalizado la MGF y, por tanto, la persona que en realidad efectúa el procedimiento no necesariamente tiene que estar infringiendo ninguna ley); el uso de instalaciones para realizar una MGF;⁸ poseer herramientas o equipos empleados para realizar una MGF;⁹ no notificar que se ha cometido un delito de MGF;¹⁰ y, finalmente, el uso un lenguaje abusivo o despectivo con la intención de ridiculizar, humillar o herir a una mujer por no haberse sometido a una MGF, o a un hombre por casarse o apoyar a una mujer que no se ha sometido a una MGF.¹¹ En caso de que una persona sea condenada por cualquiera de dichos delitos asociados, salvo en el caso del uso de lenguaje despectivo o abusivo, dicha persona será sentenciada a una pena de tres años de cárcel o a una multa no inferior a 200.000 Kshs, o ambas.¹² En caso de que una persona sea condenada por el delito relacionado con el uso de un lenguaje abusivo o despectivo, dicha persona será sentenciada a una pena de seis meses de cárcel o a una multa no inferior a 50.000 Kshs, o a ambas.¹³

La Ley que prohíbe la MGF también contempla la educación y sensibilización a nivel público de los peligros y efectos negativos de la MGF¹⁴ y, asimismo,

³ Sección 2

⁴ Sección 29

⁵ Sección 19(2)

⁶ Sección 20

⁷ Sección 21

⁸ Sección 22

⁹ Sección 23

¹⁰ Sección 24

¹¹ Sección 25

¹² Sección 29

¹³ Sección 25

¹⁴ Sección 27(c)

establece que el Gobierno debe tomar las medidas pertinentes para destinar recursos con el objetivo de acabar con dicha práctica. Con este objetivo, la Ley establece la creación del Consejo contra la Mutilación Genital Femenina, entre cuyas funciones se incluyen el diseño, la supervisión y la coordinación de programas de concienciación públicos contra la MGF.¹⁵ Con este consejo, Kenia institucionalizó por primera vez la lucha contra la MGF.

Kenia también aprobó la Ley de Protección de Víctimas¹⁶, por la que se contemplan y se aplican los derechos de las personas que han sido víctimas de crímenes en virtud de cualquier ley keniana escrita. La Ley de Protección de Víctimas consolida y amplifica lo dispuesto en la sección 27(b) de la Ley de Prohibición de la MGF, por la que se estipula que el Gobierno está obligado a tomar las medidas pertinentes en función de los recursos de los que disponga para proporcionar asistencia a las víctimas de MGF. La Ley de Protección de Víctimas establece estructuras en materia de protección de las víctimas de crímenes a través de la creación del Consejo de Protección de Víctimas¹⁷ que, a su vez, establece un fondo de protección para las víctimas.¹⁸ Asimismo, esta Ley establece que toda persona que trate con una víctima de crímenes debe asegurarse de que dicha víctima está protegida de cualquier daño adicional y de que recibe la ayuda básica en materia de alimentación, cobijo y tratamiento médico.¹⁹

Asimismo, existe la Ley de Protección contra la Violencia Doméstica, que ha sido aprobada en 2015. La Ley establece que la violencia es un tipo de abuso en el que se incluyen diferentes prácticas culturales perjudiciales, entre las que se encuentra la MGF. La importancia de esta ley es que en el concepto de violencia incluye también la amenaza de ejercer actos violentos o de peligro inminente dirigidos hacia la víctima de dicha violencia por parte de una persona que tiene o ha tenido una relación familiar con la víctima (dicha relación incluye a la persona con la que la víctima estuvo o está casada, o un miembro de su familia). Sobre la base de dichas amenazas y/o peligro inminente, la persona tiene derecho a solicitar una orden de alejamiento en los tribunales, lo que obliga al demandado a abstenerse de ejercer y amenazar con ejercer prácticas culturales o ritos tradicionales que supongan un abuso para la persona protegida. Esta Ley, por tanto, consolida las disposiciones de la Ley de Prohibición de la MGF, que únicamente contempla sanciones penales cuando la MGF ya se ha practicado.

Antes de que dichas leyes entraran en vigor, Kenia debía recurrir a la Ley sobre Protección de Menores de 2001 para actuar contra la MGF. Dicha ley sigue estando en vigor y penaliza la MGF, además de cualquier otra práctica cultural

¹⁵ Sección 5(a)

¹⁶ Ley n.º 17 de 2014

¹⁷ Sección 31(1)

¹⁸ Sección 27

¹⁹ Sección 11

relacionada como, por ejemplo, el matrimonio precoz²⁰. La sanción establecida para este delito concreto es una pena de prisión que no alcanza los 6 meses o bien una multa no superior a los 50.000 Kshs²¹. En concreto, la Ley de Protección de Menores establece una pena menor y también otorga al cuerpo judicial poderes discrecionales sobre la decisión de la sentencia, a diferencia de la Ley de Prohibición de la MGF, que establece sentencias mínimas perceptivas. Es decir, el cuerpo judicial está obligado a imponer la sentencia exacta estipulada de conformidad con las secciones 19(2), 25 y 29 de la Ley de Prohibición de la MGF —que no establece reducción de la pena aun en el supuesto de que existan circunstancias atenuantes— cuando una persona sea condenada por un delito en virtud de dicha Ley. Dado que es más reciente, la Ley de Prohibición de la MGF prevalece sobre la Ley de Protección de Menores.

En el extremo en que una MGF hubiese provocado la muerte de la menor, prevalecía lo dispuesto en el Código Penal en materia de homicidio involuntario. Así, en el caso de *Katet Nchoe y Otro vs. la República*,²² examinado antes de la adopción de la Ley de Prohibición de la MGF, los acusados fueron condenados por delito de homicidio involuntario en virtud del Código Penal tras la muerte de la víctima por practicársele una MGF. El juez de primera instancia condenó a los acusados a 10 años de prisión pese a que, tras apelar, el juez ratificó la condena aunque disminuyó la pena a dos años de prisión y dos años de libertad condicional. Pese a que el Código Penal establece una sentencia máxima de cadena perpetua en caso de homicidio involuntario, la decisión depende del juez. En cambio, la Ley de Prohibición de la MGF impone una sentencia de cadena perpetua por practicar una MGF agravada por la muerte de la víctima.

El marco legal vigente en Kenia para la prevención y prohibición de la MGF constituye, por tanto, una mejora con respecto a las disposiciones legales anteriores. Las sentencias mínimas perceptivas que establece la Ley de Prohibición de la MGF están pensadas para constituir un factor disuasorio más efectivo que las anteriores penas y, por tanto, contribuir en mayor medida al abandono de la práctica. También se ha puesto un mayor énfasis en la protección de las víctimas, y no sólo en la sanción de los autores del delito. Esto también puede ayudar a que las víctimas se recuperen y recuperen sus vidas.

RETOS DE CARA A LA LEY DE PROHIBICIÓN DE LA MGF DE KENIA

La Ley de Prohibición de la MGF ha sido ampliamente contestada entre las comunidades que practican la MGF como parte de su cultura. En Samburu,

²⁰ Sección 14

²¹ Sección 20

²² *Katet Nchoe vs Republic* [2011] eKLR- aunque tiene fecha de 2011, este caso fue examinado y resuelto en 2010, antes de la adopción de la Ley de prohibición de la MGF.

por ejemplo, cerca de 2.000 ancianos de 9 clanes diferentes expresaron en presencia de sus líderes locales que las niñas debían someterse a la ablación²³. No obstante, cuando el colectivo de líderes se dirigió a los asistentes, ninguno de ellos condenó la práctica ni las declaraciones de los y las asistentes, y decidieron centrarse en un tema que tenía mejor acogida en la población, como era la necesidad de emplear los fondos públicos correctamente.²⁴ En el condado de Elgeyo Marakwet, se practicó la ablación a unas 25 niñas el 12 de diciembre de 2014 y a día de hoy todavía no se ha practicado ningún arresto²⁵. En el condado de Narok, más de 500 mujeres exigieron públicamente que las niñas de la comunidad Maasai se pudieran someter a la ablación y realizaron ataques contra activistas que trabajaban por el abandono de la práctica²⁶. Igualmente, en el condado de Kajiado, otro grupo de 500 mujeres se manifestaron en contra de la penalización de la MGF, argumentando que la Ley de Prohibición de la MGF no respetaba sus derechos culturales²⁷. En Nandi, las personas de mayor edad exigieron públicamente que en su comunidad se siguiera permitiendo la práctica de la MGF e instaron al Gobierno a despenalizarla sobre la base de que formaba parte de su cultura²⁸.

Las declaraciones públicas que apoyan actividades penalizadas constituyen un delito de incitación en virtud del Código Penal de Kenia²⁹, por el que se establece que *“cualquier persona que, sin justificación legítima, y cuyo peso de la prueba recaiga sobre ella, declare, imprima o publique cualquier afirmación, o lleve a cabo cualquier acto o acción, que indique o implique que es o que podría ser deseable que se realizara o se permitiera por omisión realizar cualquier acto que haya sido pensado para evitar o rechazar con violencia o a través de otros medios ilegítimos la ejecución o aplicación de cualquier ley escrita, o bien que pueda llevar a desafiar o desobedecer dicha ley o cualquier otra autoridad legítima, será culpable de la comisión de un delito por el que se le aplicará una pena de prisión de un plazo no superior a cinco años”*³⁰.

Dichas declaraciones contravienen asimismo las normas internacionales de Derechos Humanos y, en concreto, lo dispuesto en la Recomendación General n.º 14 del Comité de la CEDAW, por la que se recomienda que los estados firmantes deben tomar las medidas pertinentes para garantizar la eliminación de la MGF y que, entre otras, dichas medidas incluyen *“el fomento por parte de personalidades políticas, profesionales, religiosas y líderes de comunidades de todos los niveles,*

²³ Johnston Ketii, ‘Our Girls Must Undergo the Cut’ *Daily Nation* (22 December 2014)

²⁴ Ibid.

²⁵ Philemon Suter, ‘Parents in Praise of FGM as 27 Girls Undergo the ‘Cut’” *Daily Nation* (13 December 2014).

²⁶ George Sayagie, ‘Chaos as 500 Women Demand ‘Cut’ for Girls’ *Daily Nation* (16 January 2015).

²⁷ Peterson Githaiga, ‘Over 500 Maasai Women Protest FGM Ban’ *Standard Digital* (5 June 2014).

²⁸ Nation Correspondent, ‘Elders Push for Right to ‘Cut’ Girls’ *Daily Nation* (17 June 2014).

²⁹ Capítulo 63 del derecho keniano

³⁰ Sección 96

incluidos los medios de comunicación y las artes, con el objetivo de cooperar en el fomento de actitudes que promuevan la erradicación de la circuncisión femenina". Sorprendentemente, ninguno de los ancianos y ancianas que públicamente declararon el apoyo a la práctica fue acusado de cometer un delito por incitación en virtud de lo estipulado en el Código Penal.

El segundo reto es que, en el contexto keniano, la MGF está vinculada a otras prácticas culturales perjudiciales como el "beading"³¹, una práctica frecuente entre el pueblo Samburu, por la que un *moran* (un hombre joven que se ha formado para ser soldado) le ofrece collares especiales a una niña no circuncidada, acto que simboliza el inicio del periodo en el que podrá mantener relaciones sexuales prematrimoniales con la joven. Según el pueblo Samburu, una niña no circuncidada todavía no es apta para el matrimonio, pero sí se la considera preparada para tener relaciones sexuales. La circuncisión marca el final de esta etapa. Aquellas familias que no quieren que sus hijas entren en este tipo de relación, toman las medidas para que se les practique una MGF, dado que es la única forma de que una niña pueda escapar a esta práctica sin que sea sancionada culturalmente. Cuando inician una relación sexual prematrimonial con un *moran*, las niñas pueden tener tan solo 9 años.

Mientras que la Ley contra las Agresiones Sexuales contempla el delito de desfloración, deja por fuera las prácticas que tienen fundamentos culturales. La legislación keniana no establece la prohibición de otras prácticas culturales perjudiciales y, en algunos casos, como es el caso del "beading", estas prácticas representan un motivo por el que las niñas son sometidas a una MGF. Por mucho que la MGF sea considerada una práctica cultural perjudicial, la legislación keniana sigue siendo inoperante si no penaliza otras prácticas culturales perjudiciales relacionadas con la MGF. Este aspecto también limita el alcance del Consejo contra la MGF, que solo está obligado a garantizar la eliminación de la MGF.

El tercer reto tiene que ver con el cambio en la tendencia a la medicalización. Según las cifras de UNICEF, a fecha de 2014, en cuatro de cada diez casos de MGF, la práctica la realiza una persona facultativa³². Esencialmente, esto quiere decir que, como práctica cultural, la MGF ahora aprovecha los avances en la asistencia sanitaria³³. Esta interrelación entre la práctica de la medicina moderna y las prácticas culturales representa un problema al que se enfrenta la legislación. La Ley de Prohibición de la MGF establece una definición general de la MGF, pero no

³¹ La práctica del "beading" es una práctica tradicional por la que se crea un vínculo sexual entre un soldado *moran* y una niña no circuncidada. No implica que seguidamente la práctica se materialice en un matrimonio y queda prohibido que este vínculo sexual finalice con un embarazo. Se trata de una práctica común entre el pueblo Samburu porque la comunidad no permite que los *moran* se puedan casar hasta que se sean mayores. No obstante, este periodo de formación como soldados puede durar hasta 15 años, de modo que a través de esta práctica dichos soldados pueden tener relaciones sexuales fuera del matrimonio.

³² UNICEF/KENYA, *Kenya Statistical Profile on Female Genital Mutilation* (UNICEF 2014)

³³ UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Statistical Exploration* (UNICEF 2005)

así una definición específica de su medicalización. Esta ausencia de definición de la medicalización dificulta el enjuiciamiento de los médicos y médicas que la realizan. Éstos se enfrentan a sanciones en virtud de la Ley sobre Facultativos Médicos y Odontólogos³⁴, que se aplica al personal médico y odontológico colegiado, o a las que establece la Ley sobre Prácticas de Enfermería³⁵, cuando se trata de personal de enfermería y obstetricia. Ambas leyes establecen que las y los trabajadores sanitarios deben adherirse a sus respectivos códigos de ética profesional.

La Ley sobre Facultativos Médicos y Odontólogos establece la creación del Consejo profesionales médicos y odontólogos que, a su vez, ha publicado el Código de Ética Profesional y Acciones Disciplinarias aplicable a profesionales que ejercen la medicina y la odontología. El Capítulo IV de dicho Código establece los tipos de conductas que pueden estar sujetas a una acción disciplinaria. La Cláusula 17 contempla conductas que afectan negativamente a la reputación de la profesión médica, mientras que la subcláusula (c) estipula que el Consejo podrá emprender acciones contra aquellas y aquellos profesionales que sean condenados por un tribunal por cualquier delito.

Por su parte, la Ley sobre Prácticas de Enfermería³⁶ también regula las actividades de las y los profesionales de la sanidad en materia de servicios de enfermería y obstetricia. La Sección 18A de la Ley estipula las prácticas que constituyen una actuación profesional dolosa. La subsección (f) de la misma establece que las y los enfermeros colegiados serán acusados de actuación profesional dolosa en caso de no observar ni aplicar las normas profesionales, técnicas y éticas, entre otras, que establece el Consejo como directrices para el personal de enfermería. La Asociación Nacional de Profesionales de Enfermería de Kenia, miembro a su vez del Consejo Keniata de Enfermería, ha publicado un Código Ético para el personal de enfermería que ejerce en Kenia. Este código establece que la responsabilidad principal del personal de enfermería es “esforzarse por ayudar a las personas a alcanzar, mantener y recobrar su salud”³⁷. Dado que la MGF es una práctica que produce efectos perjudiciales para la salud de una mujer o niña, se entiende que su práctica está catalogada como una conducta no ética.

Basarse en los códigos éticos profesionales para perseguir la medicalización de la MGF es un proceso más largo que permite solamente la adopción de medidas disciplinarias en caso de incumplimiento de la ética profesional, pero no necesariamente una sanción penal. Existe por lo tanto un vacío en el marco legal existente, dado que hoy en día hay profesionales de la salud que están

³⁴ Capítulo 253 del derecho keniatá

³⁵ Capítulo 257 del derecho keniatá

³⁶ Capítulo 257 del derecho keniatá

³⁷ National Nurses Association of Kenya (NNAK): Code of Conduct and ethics, 2009. Parte 2, sección 5 < <http://www.eacc.go.ke/docs/NNAK-CODE.pdf> > acceso 10 octubre 2016

llevando a cabo esta práctica en Kenia. Para poder detectar de forma más sencilla los casos de MGF cuando sean practicadas por profesionales de la medicina y desalentar asimismo la práctica, hay que incluir en la Ley de Prohibición de la MGF una definición de su medicalización y de las acciones que se entenderían como medicalización con las correspondientes sanciones.

CONCLUSIÓN

El marco legal de Kenia en materia de MGF es bastante amplio y extensivo, pero no ha logrado aún cercenar de forma eficaz la práctica, que continúa culturalmente aceptable. Podría ser más útil permitir que las comunidades que practican la MGF como parte de su cultura internalicen menos normas legales pero que éstas sean más claras y estén más cohesionadas, en lugar de establecer una gran cantidad de disposiciones legales que permanecen desvinculadas de las comunidades a las que afectan.

La mutilación genital femenina ante el ordenamiento jurídico español

M. Elena Torres Fernández
Profesora, Universidad de Almería

1. PRESENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), define la mutilación genital femenina (en adelante MGF) como: “todos los procedimientos que implican la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos u otra lesión de los órganos genitales femeninos por razones no médicas”.

La ablación comprende una serie de prácticas, que alcanzan todas ellas a la *supresión, total o parcial, de los genitales externos* y que provocan problemas de salud permanentes y, en muchos casos, irreversibles a quienes la padecen, si bien bajo esa denominación se agrupa un conjunto de actuaciones heterogéneas y de distinto alcance en la integridad de la mujer y para la salud femenina.

La práctica de la ablación se plantea como un hecho cultural en determinados contextos sociales, originariamente circunscritos a determinadas zonas de África, y más recientemente, en las tres o cuatro últimas décadas, se evidencia su realización en distintas comunidades dispersas por la geografía mundial, en el contexto de la diáspora migratoria africana.

Es en ese marco del establecimiento en el territorio español de inmigrantes de culturas que practican la ablación, en la década de los años 90 del pasado siglo, cuando la mutilación genital femenina empieza a ser una cuestión relevante, con la sospecha de su posible práctica y la evidencia de una posible situación de riesgo para niñas de familias de culturas africanas, entre las que la práctica de la ablación se considera como un rito de paso y un signo de identidad. Desde ese momento la atención a esa población en riesgo se convierte en una cuestión de interés para los poderes públicos en la línea de ofrecer una respuesta integral, que tenga en cuenta todas las facetas o implicaciones del problema: sanitarias, familiares, formativas, asistenciales, sociales, jurídicas.

También en esa década de los años noventa del siglo pasado, la MGF entra el ámbito de interés de organismos internacionales adquiriendo la consideración de

práctica que vulnera los derechos humanos de que quienes la padecen, instando a los Estados a erradicarla. En ese sentido, el consenso internacional ha evolucionado hacia el reconocimiento de distintas violaciones de derechos humanos a partir del rol asignado a la mujer y la creación de instrumentos específicos para su eliminación, plasmados en distintos textos, así como la reinterpretación en clave de género de instituciones preexistentes dirigidas a la protección de tales derechos.

En 1993 se aprueba la **Declaración de Naciones Unidas sobre Eliminación de la Violencia contra la Mujer**. Entre las principales aportaciones de este texto, junto a la amplia definición de “violencia contra la mujer”, está la de destacar la violencia que tiene lugar en el marco de la vida privada y que por ello permanecía invisible en muchos casos para los poderes públicos, al ser llevada a cabo por particulares en sus relaciones personales. Como muestra de esa clase de violencia considera específicamente la mutilación genital femenina y en su artículo 4 impide a los Estados “invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación” de procurar eliminar la violencia contra la mujer.

En otros textos la cuestión de la mutilación genital femenina se sitúa como una práctica que constituye un obstáculo, en el contexto de la vivencia de la propia sexualidad, directamente ligada al derecho a la salud sexual y reproductiva. Así sucede en la **Declaración** y la **Plataforma de Acción de Pekín** (1995), en el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales** (1966) y en la **Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la población y el desarrollo** (1994), perspectiva que orienta la acción desde la que se aborda la cuestión de la mutilación por la Organización Mundial de la Salud, como aspecto del derecho de las mujeres y niñas a disfrutar del mayor nivel posible de salud, en un concepto amplio de ésta, ligado al pleno disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos.

La meta de erradicar la MGF exige activar el funcionamiento de variados recursos de distinto signo: sanitarios, formativos, sociales, entre los cuales cabe contar con el Ordenamiento jurídico, y dentro de él, las medidas de restricción de derechos cuando sean necesarias para proteger a un menor, por ejemplo la retirada del pasaporte que impida el desplazamiento de la menor en riesgo de ser sometida a mutilación. Y dada su consideración de grave vulneración de los derechos humanos, también está justificado el recurso a la sanción penal conforme a su carácter definitorio de *ultima ratio* del Ordenamiento jurídico.

Al respecto de la *intervención mediante el Derecho penal* hay que reflexionar sobre dos aspectos, su legitimidad y su oportunidad.

Sobre el primer aspecto, su *legitimidad* hay que señalar, que el ataque que la MGF supone a bienes jurídicos personalísimos de las mujeres justifica la intervención del Ordenamiento jurídico mediante el recurso a la amenaza e imposición de pena, conforme al carácter de *ultima ratio* que define al Derecho Penal, sin que quepa alegar ninguna causa de justificación de ejercicio legítimo de un derecho a la libertad de conciencia. En ese sentido, el artículo 3.2 de la L. O.

4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros (en adelante LOEx), señala que: “Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros serán interpretadas de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias vigentes en España, *sin que pueda alegarse la profesión de creencias religiosas o convicciones ideológicas o culturales de signo diverso para justificar la realización de actos o conductas contrarios a las mismas*. E igualmente, la Exposición de Motivos de la L. O. 3/2005, de 2005, de 8 de julio, por la que se modifica el artículo 23.4 de la LOPJ señala que: “el hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos”.

Sobre el segundo aspecto, la *oportunidad* de intervenir mediante el Derecho penal, hay que reflexionar sobre las connotaciones culturales que conlleva la práctica de la MGF entre los miembros de los colectivos de inmigrantes. Se ha señalado que tal práctica conlleva un importante componente identitario expresivo de la pertenencia a un grupo y que condiciona las expectativas de quienes la realizan en relación con su integración y aceptación por la comunidad a la que pertenecen. Es por ese carácter de práctica cultural por el que la intervención mediante el Derecho penal ha de ser valorada en términos de idoneidad y eficacia para el fin que se propone. Y en ese sentido, es comúnmente aceptado que para la eliminación de tales prácticas han de disponerse medidas de carácter sanitario, educativo, asistencial que se acerquen al propio colectivo al que se dirigen, para favorecer que dentro del mismo se conozcan los efectos nocivos de tal práctica y se abandone su práctica desde dentro del grupo. La intervención penal, si bien no es renunciable llegado el caso, ha de ir precedida de todo un conjunto de medidas socializadoras, que pueden resultar mucho más eficaces a medio y largo plazo para la desaparición de la MGF.

2. EL CÓDIGO PENAL DE 1995

Respecto del Ordenamiento jurídico español hay que señalar, que en la regulación del su Código penal históricamente ha existido un capítulo de delitos denominados “De las lesiones” en los que se incrimina la causación de un menoscabo o merma de la integridad corporal y afectación de la salud del sujeto. Y ese conjunto de infracciones permitía dar una respuesta sancionadora a cualquier tipo de lesión causada sobre otra persona, cualquiera que fuese el resultado concreto producido en su salud o su integridad. En ese sentido, la legislación penal disponía de figuras de delito aplicables a quienes causaran la mutilación de los órganos genitales femeninos. No obstante, no existía ninguna sentencia que se hubiera ocupado en concreto de tratar exigencia de responsabilidad por la producción de un resultado de mutilación de los órganos

genitales femeninos incardinando la realización de esa clase de hechos en un concreto delito de los existentes.

El hecho de cortar o amputar total o parcialmente los órganos sexuales externos femeninos es un hecho que supone la merma de la integridad corporal de quien lo sufre. Y es un hecho que en el Código penal de 1995 podía encontrar acomodo en diferentes tipos penales, en atención a la gravedad y entidad del resultado lesivo sufrido.

Así, valorando la entidad objetiva del resultado causado por el hecho de cortar los genitales externos femeninos en atención a la afectación de la salud y la capacidad física de la afectada, el hecho podía ser constitutivo de lesiones de alguno de los siguientes delitos:

Tipo básico de lesiones del artículo 147 CP: “El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o psíquica, será castigado como reo del delito lesiones con la pena de prisión de tres meses a tres años o multa de seis a doce meses, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico”. Sobre ese tipo cabe apreciar la circunstancia agravante del artículo 148. 3º “si la víctima fuere menor de doce años o persona con discapacidad”.

Tipo agravado de lesiones del artículo 149 CP :“El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o inutilidad de un *órgano o miembro principal*, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una *grave deformidad*, o una *grave enfermedad* somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años”.

Tipo agravado de lesiones del artículo 150 del CP: “El que causare a otro la pérdida o inutilidad de un *órgano miembro no principal*, o la *deformidad*, será castigado con la pena de prisión de tres a seis años”.

Se trata de unos delitos formulados sobre la base de descripciones con términos valorativos y con un cierto margen de indeterminación, necesitados de una tarea de concreción e interpretación por parte del juez. En cualquier caso, fuese cual fuese la interpretación del juez habrían de quedar incluidas en alguno de esos tres delitos, como mínimo, en las lesiones del delito del artículo 147 del CP, tipo básico.

3. LA L. O. 11/2003, DE 29 DE SEPTIEMBRE, DE MEDIDAS CONCRETAS EN MATERIA DE SEGURIDAD CIUDADANA, VIOLENCIA DOMÉSTICA E INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS EXTRANJEROS

La **L. O. 11/2003, de 29 septiembre**, que modifica el Código penal, y regula específicamente el delito de mutilación genital mediante la inclusión de un

nuevo párrafo en artículo 149 del CP. Dicho artículo describía un tipo agravado de lesiones en atención a su entidad, a los cuales se equipara el nuevo resultado lesivo expresamente descrito. Su texto es el siguiente:

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

El hecho prohibido en el tipo del artículo 149.2 consiste en “causar a otro una mutilación genital”. Puede decirse pues, que la expresión mutilación genital describe la amputación de los órganos sexuales externos, y dado que el tipo se refiere a la conducta como causar a otro, siendo éste un tercero indiferenciado formulado al igual que en el tipo básico de lesiones, la mutilación del tipo de 149.2 puede ser tanto de un hombre como de una mujer. Tal conclusión se ve reafirmada al definirse el resultado del delito como “mutilación sexual en cualquiera de sus manifestaciones”, lo que permite incluir cualquier hecho que tenga como efecto la escisión de un órgano sexual, ya sea masculino o femenino, pues en ambos casos se trata de la manifestación de una amputación sexual. Pese a la redacción legal en términos genéricos, la clase de hechos que ha motivado la inclusión de este delito en el Código ha sido la ablación genital femenina, y son los que propiamente se quieren evitar mediante el recurso a la amenaza de pena, como queda de manifiesto a lo largo de toda la tramitación parlamentaria y la Exposición de Motivos de la Ley.

Con anterioridad a la tipificación expresa de la mutilación sexual en el artículo 149.2, la amputación de los órganos sexuales masculinos se estimaba como privación de miembro principal en la jurisprudencia, mientras que la ausencia de resoluciones judiciales respecto de la ablación de clítoris nos impide conocer si tal órgano tenía o no la consideración de principal. A favor de su consideración como tal se manifiestan distintas opiniones a lo largo de la tramitación parlamentaria, así como algunos autores. No obstante, su consideración definitiva como «órgano principal» habría de venir dada por vía interpretativa de tal concepto, con la consiguiente dosis de inseguridad jurídica.

No era por tanto una auténtica falta de tipos penales para atender la mutilación genital femenina la que justificó la reforma legal, pues era posible su castigo por medio de las figuras ya existentes de lesiones, sino el deseo de dotar de un mismo tratamiento legal agravado a las lesiones, que incapacitan para una vida sexual satisfactoria a las mujeres, y que en defecto de esa reforma tenían un tratamiento punitivo necesitado de interpretación. Lesiones de entidad similar causadas a un varón (pérdida de los órganos sexuales externos) en todo caso era reconducible a alguna de las modalidades más graves de delito, pues la amputación de los genitales externos de un varón en la jurisprudencia tenía la consideración de privación de un miembro principal.

No obstante, la gravedad de la pena prevista por el tipo penal del artículo 149 del CP, de entre seis y doce años de prisión, exige que la entidad de la mutilación genital femenina sea objetivamente equiparable a los resultados descritos en el artículo 149.1 de “pérdida o inutilidad de miembro principal, impotencia o esterilidad, deformidad grave, enfermedad grave”. En ese sentido hay que señalar que en la práctica de la MGF se ha documentado la existencia de distintas modalidades, reconocidas en la clasificación llevada a cabo por la OMS, y no todas ellas alcanzan a producir un efecto de pérdida o inutilidad total de un miembro, que implica la total incapacitación del órgano afectado para cumplir su función orgánica.

En ese sentido, doctrina y jurisprudencia han propuesto una interpretación restrictiva del ámbito de aplicación del delito del artículo 149.2 CP a los supuestos de *mutilación genital de una gravedad equiparable a pérdida o inutilidad del miembro, cuando queda anulada totalmente su funcionalidad*. En ese sentido la argumentación de la *Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona 7145 de 14 de junio de 2013*, que juzgó el caso de un varón mayor de edad, que durante una relación sexual con su pareja, dio un fuerte mordisco en los genitales a su mujer, arrancándole una parte de ellos, que a continuación escupió. El Tribunal finalmente califica los hechos como deformidad del delito del artículo 150. Para ello considera que, dado que se ha acreditado que *no se ha producido la pérdida del clítoris, ni su inutilidad, ni la víctima ha visto mermada su funcionalidad en orden a la obtención de satisfacción sexual, no se ha producido el resultado exigido para poder aplicar el tipo penal del artículo 149.2 del CP*. En su lugar aplica el delito del artículo 150 por considerar que el daño corporal producido integra una *deformidad no grave*, delito castigado con una pena menor.

Junto a ello introduce otra clase de argumentos, en la línea de considerar que la clase de hechos que el legislador quiso prohibir en el delito de mutilación genital del artículo 149.2 son las mutilaciones genitales realizadas al amparo de razones pretendidamente religiosas o culturales. La finalidad de ese precepto es la de “combatir esas inaceptables prácticas culturales”. Y dado que el caso juzgado carece de ese elemento de cultural elude la aplicación de ese precepto. Dicho argumento merece ser criticado. La descripción del delito en la norma penal no exige ningún elemento relativo a la motivación del autor que realiza el acto de mutilar genitualmente. De tal manera que el delito puede aplicarse a cualquier persona, que intencionalmente cause una mutilación genital, cualesquiera que sean sus motivaciones para hacerlo. El delito no exige ningún ánimo o finalidad concreta para poder ser aplicado. Ello no supone desconocer que la clase de lesiones constitutivas de mutilación genital se van a producir principalmente entre determinados colectivos procedentes de un entorno socio cultural, pero la norma no impide su aplicación a otros sujetos que también lleven a cabo el mismo hecho sin distinción.

La presión social y la percepción de la actuación mutilatoria como un bien o como un acto debido entre quienes la practican, condicionando significativamente

sus expectativas de integración en la comunidad social a la que pertenecen, hacen que su acceso bien al conocimiento o bien a la motivación por el contenido directivo de la norma penal esté viciado o condicionado por el peso de la tradición, y por consiguiente, incida en su culpabilidad, pues su actuación está indefectiblemente influida por la distinta valoración que hacen de esa clase de hechos. Es la culpabilidad, como juicio normativo de reproche personal, el lugar donde tiene cabida el análisis de los condicionantes que inciden sobre la capacidad del sujeto para adaptar su comportamiento a la norma penal. Y la institución legal idónea para canalizar el condicionante cultural que afecta a los inmigrantes es *el error sobre la licitud* del hecho.

Han sido varias las sentencias que se han planteado la posible aplicación del error de prohibición en relación con el hecho de la MGF, si bien los tribunales sólo la han tomado en consideración en su modalidad de error *vencible*, con un efecto de atenuación de la pena, pero no de exclusión de la responsabilidad penal. Sentencias que se han incorporado en el apartado de jurisprudencia.

4. LA JURISDICCIÓN PENAL ESPAÑOLA ANTE HECHOS COMETIDOS EN EL EXTRANJERO: LA L. O. 3/2005, DE 8 DE JULIO. LA REFORMA POR L. O. 1/2014, DE 13 DE MARZO

En el año 2005 tiene lugar la reforma de la LOPJ, mediante la **L. O. 3 de 8 de julio**, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. Su texto añade un nuevo apartado g) al artículo 23.4 de la LOPJ con el siguiente tenor:

“Los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España”.

Su objetivo es evitar la impunidad de tales hechos cuando se realizan en los países de origen de las familias de las niñas aprovechando un viaje de vacaciones.

La regulación de la norma que rige el alcance de la jurisdicción española en materia penal ha sido modificada, nuevamente en el año 2014, para incorporar los aspectos exigidos por el Convenio de Estambul.

Así el texto en vigor del artículo 23.4 LOPJ, L. O. 1/2014, de 13 de marzo es el siguiente:

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

- i) *Delitos regulados en el convenio del Consejo de Europa 11. 05. 2011, sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:*

- 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.”*

5. JURISPRUDENCIA SOBRE MGF

Auto Juzgado de Instrucción de Gerona 8 de 20 junio de 2007

Ante un viaje familiar programado al país de origen en el que se practica la MGF, se prohíbe la salida del país de la hija menor de edad, por estimarse que hay riesgo de que sea sometida a la ablación genital. Medida cautelar civil para proteger a las menores de edad.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Teruel 197 de 15 de noviembre de 2011

En mayo de 2009, la madre de origen gambiano se traslada a España con su hija de pocos meses de edad para reagrupación familiar con su marido. Entre dos visitas al pediatra para atención de la niña se observa que ha sido sometida a la ablación genital, sin que se haya producido ninguna salida al extranjero ni de los padres ni de la menor. En la primera visita médica, la niña no había sido mutilada y en el siguiente reconocimiento médico, se observa que la niña ha sido mutilada.

La sentencia aprecia el delito de mutilación genital del 149.2 cometido por ambos padre y madre. Respecto de la madre aprecia error vencible de prohibición atenuando la pena en dos grados, imponiendo la pena de 2 años de prisión. Entiende que el escaso tiempo de permanencia de la madre en España, su desconocimiento del idioma y el relacionarse estrictamente con entorno personal de inmigrantes de su mismo origen impidieron el conocimiento de la prohibición penal, si bien con carácter de error vencible, pues podía haber evitado el error hablando con su marido. Respecto del padre, no estima el error porque su larga permanencia en España durante 10 años y el dominio del idioma excluyen el desconocimiento alegado de la prohibición de tal hecho.

Sentencia del Tribunal Supremo 7827 de 31 de octubre de 2012

Conoce del recurso contra la anterior sentencia de la AP de Teruel (15.11.2011) y confirma la decisión de la sentencia dictada por la Audiencia Provincial.

Sentencia Audiencia Nacional 1323 de 4 abril de 2013

Niña de tres años de edad a la que se descubre la mutilación en el momento de una visita de trámite al pediatra. Mutilación practicada en Senegal antes de que la familia se reagrupara en España, donde vivía el padre de la niña.

La madre es condenada como autora del delito de mutilación genital del artículo 149.2 CP en comisión por omisión, con aplicación de error de prohibición vencible artículo 14.3, rebajado la pena del tipo entre 6 y 12 años de prisión hasta una pena inferior en dos grados con una duración de 2 años.

Considera que en aplicación del artículo 3.2 de la L. O. 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros, no cabe alegar la posesión de creencias religiosas, ideológicas o culturales para justificar la realización de hechos contrarios a los derechos humanos.

Sentencia del Tribunal Supremo 5908 de 16 de diciembre de 2013

La sentencia conoce del recurso contra la sentencia anterior de la Audiencia Nacional de 4.04.2013 . Anula la condena por delito del 149.2 del CP en comisión por omisión del artículo 11, por entender que no concurre el elemento subjetivo de la comisión por omisión. La madre no sabía que al dejar a su hija menor en compañía de la abuela concurriese un riesgo de ser sometida la ablación genital. En el momento de su omisión no era consciente del riesgo para la niña.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona 4991 de 13 de mayo de 2013

Padres de origen gambiano que someten a sus dos hijas menores de edad a la ablación del clítoris, hechos constatados por los pediatras entre dos visitas médicas, en la primera las niñas no han sido lesionadas. En la segunda, las niñas han sido mutiladas.

Condena a ambos progenitores por el delito de mutilación genital del 149.2 CP en comisión por omisión del artículo 11, y castiga con la pena de 6 años de prisión por cada uno de los dos delitos de mutilación genital cometidos. Desestima el error de prohibición en cualquiera de sus modalidades, vencible e invencible, por entender que la alegación de que los hechos tuvieron lugar en el extranjero, así como la clandestinidad del hecho son expresivos del conocimiento de la prohibición de tales hechos en nuestro ordenamiento jurídico.

Sentencia del Tribunal Supremo 2026 de 8 de mayo de 2014

Conoce del recurso contra la anterior sentencia de la AP de Barcelona (13.05.2013) y confirma la decisión de la sentencia dictada por la Audiencia Provincial.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona 7145 de 14 de junio de 2013

Varón mayor de edad, que durante una relación sexual con su pareja, dio un fuerte mordisco en los genitales a su mujer, arrancándole una parte de ellos, que a continuación escupió.

El Ministerio Fiscal acusó por un delito de mutilación genital del artículo 149.2 del CP, en atención a que las lesiones producidas suponían la ablación parcial del clítoris y labios menores. El Tribunal finalmente califica los hechos como deformidad del delito del artículo 150. Para ello se basa en dos argumentos.

El primero, considera que la clase de hechos que el legislador quiso prohibir en el delito de mutilación genital del artículo 149.2 son las mutilaciones genitales realizadas al amparo de razones pretendidamente religiosas o culturales. La finalidad de ese precepto es la de “combatir esas inaceptables prácticas culturales”. Y dado que el caso juzgado carece de ese elemento de cultural en la conducta del autor elude la aplicación de ese precepto. El segundo argumento, dado que se ha acreditado que *no se ha producido la pérdida del clítoris, ni su inutilidad, ni la víctima ha visto mermada su funcionalidad en orden a la obtención de satisfacción sexual, no se ha producido el resultado exigido para poder aplicar el tipo penal del artículo 149.2 del CP*. En su lugar aplica el delito del artículo 150 por considerar que el daño corporal producido integra una *deformidad no grave*.

Sentencia de la Audiencia Nacional 496 de 24 de febrero de 2014

Gambiana madre de dos niñas menores de edad, que durante un viaje de vacaciones a su lugar de origen, deja a las dos niñas al cuidado de la abuela durante algún tiempo, momento en el que la abuela realiza la ablación de las niñas sin consentimiento de la madre.

La sentencia desestima la responsabilidad penal de la madre por el delito de mutilación genital del 149.2 CP en comisión por omisión, por entender que falta el elemento subjetivo respecto de la omisión, pues considera acreditado que la madre no consintió en la realización de la ablación genital por otra persona. No condena a ninguno de los padres de las dos menores.

BIBLIOGRAFÍA

- ASÚA BATARRITA, A., “Criminología y multiculturalismo: medidas internacionales y propuestas de tratamiento jurídico para la erradicación de la MGF”. *Eguzquilore*, Cuadernos de Instituto Vasco de Criminología, nº 18, 2004.
- JERICÓ OJER, L.; “A vueltas con la mutilación genital. Art. 149.2 del CP ; aplicación exclusiva del delito solo cuando existan motivos religiosos o culturales?”. *Diario La Ley*, nº 8206, 2013.
- ROPERO CARRASCO, J.; “El derecho ante la MGF”, *La Ley*, nº 6 2001.
- SANZ MULAS, N., “Diversidad cultural y política criminal: Estrategias contra la MGF en Europa”. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, nº 16, 2014.
- TORRES FERNÁNDEZ, M. E.; “La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado”. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, ISSN.: 1138-9877, nº 18, 2008 (monográfico sobre mutilación genital femenina) pp. 1-21.
- VÁZQUEZ GONZÁLEZ, C.; *Inmigración, diversidad y conflicto cultural: los delitos culturalmente motivados cometidos por inmigrantes. Especial referencia a la MGF*. Madrid, 2010.

Análisis crítico de las medidas legales sobre mutilación genital femenina en Europa

Julia Roper Carrasco

Universidad Rey Juan Carlos

I. PLANTEAMIENTO

La mutilación genital femenina (en adelante MGF) representa una grave violación de derechos humanos, tal y como recoge el Derecho Internacional más actual. Esta circunstancia y la extensión de la práctica a nivel mundial exigen la intervención del Derecho penal. Sin embargo, la aplicación del Derecho penal, en los países de destino, a los migrantes, padres de las menores mutiladas, genera un conjunto de dilemas que han de ser abordados no sólo desde una perspectiva humanitaria, sino en aras de una mayor legitimidad en la intervención.

La hipótesis que se sostiene en este trabajo es que para atender este reto es preciso reflexionar sobre la falta de un consenso en el ámbito de la Unión Europea sobre estándares penales referidos a la violencia de género, de la que, en mi opinión, la MGF es una modalidad.

II. EL DILEMA DE LA INTERVENCIÓN PENAL ANTE LA MGF EN LOS PAÍSES OCCIDENTALES

A estas alturas tenemos claro que la MGF representa una importante lesión contra la integridad física. Junto a las secuelas de carácter físico hay que mencionar el atentado contra la integridad moral, así como las negativas repercusiones que esta intervención provoca en el libre desarrollo y disfrute de la sexualidad de las mujeres. Por todo ello, la intervención del Derecho penal en la lucha contra la FMG es irrenunciable.

Ahora bien, el empleo del Derecho penal como mecanismo de respuesta y de prevención frente a la MGF suscita numerosos problemas que todavía hoy no han sido resueltos. En las regiones del mundo donde la MGF se encuentra más extendida, Egipto y África Subsahariana, la dificultad más significativa a

la que hacer frente es la falta de eficacia del Derecho Penal. Y dicha ineficacia en los países de origen conduce a la consolidación de la práctica, al extenderse la creencia de que al margen de lo dispuesto en las leyes existen otras normas morales, sociales o culturales que tienen prevalencia.

Esta convicción acompaña a los migrantes hasta el mundo occidental, y funda la pretensión de ostentar un derecho a una identidad cultural mediante la conservación de las propias tradiciones. El choque entre esta pretensión y la realidad de los países de destino es mucho más dramático cuando hablamos de MGF que de otras prácticas, como el uso del velo, por ejemplo: la MGF repugna a la sociedad, y el sentimiento de desaprobación, enfatizado por el etiquetamiento que representa la intervención penal, envuelve no sólo a las víctimas más directas, las niñas mutiladas o en riesgo de serlo, sino también a sus padres y familiares.

III. PROFUNDIZANDO EN EL PROBLEMA: RESPUESTA PENAL, PROTECCIÓN DE LAS MENORES Y DERECHO A LA REAGRUPACIÓN FAMILIAR

El artículo 149 del Código Penal español castiga la MGF con penas de prisión de seis a doce años: el ingreso en la cárcel de los autores del delito sin posibilidad de suspensión de la condena. La condena de los padres como autores (aunque sea por un delito de omisión debido a su responsabilidad como garantes), deja a las menores en manos de la tutela del Estado, sumándose a su condición de víctima de la mutilación y a su estatus de pertenencia a un colectivo marginal, la situación de vulnerabilidad y revictimización al perder su entorno familiar más inmediato, que pasa a estar criminalizado.

La contradicción que suscita la necesidad de aplicar la ley penal con las consecuencias que de dicha aplicación se derivan en la protección de los menores se aprecian también en la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que en su artículo 11 reconoce al mismo tiempo como principios rectores de la acción administrativa la supremacía del interés superior del menor (letra a), el mantenimiento en su familia de origen, salvo que no sea conveniente para su interés (letra b), su integración familiar y social (letra c) y la protección contra toda forma de violencia (...) incluyendo (...) la mutilación genital femenina y cualquier otra forma de abuso (letra i).

De esta ley se deriva claramente que uno de los principios rectores es la protección del menor frente a la mutilación genital femenina, al que responde, entre otras medidas, la tipificación en el CP. Ahora bien, si la mutilación ya se ha producido cuando las niñas llegan a España, o tiene lugar en territorio español y ha sido descubierta y está siendo juzgada, la supremacía del interés superior del menor debería estar presente entre los distintos intereses a considerar, tanto

durante el proceso penal, como en la sentencia a imponer y en las condiciones de ejecución de la misma.

Precisamente, las consecuencias negativas para las menores derivadas de la criminalización y encarcelación de los padres pueden estar detrás de la jurisprudencia que se inclina por la absolución o la atenuación de la pena, alegando bien el desconocimiento de la mutilación, la ausencia de intención de causar lesiones o el error sobre la ilicitud de su conducta. Sin embargo, un análisis detenido de las decisiones jurisprudenciales no permite deducir un criterio claro de tratamiento ya que en situaciones similares se ha llegado a soluciones muy diversas, de modo que la alegación del desconocimiento de la situación ha sido reconocida como circunstancia eximente, como simple atenuante o incluso rechazada de manera explícita, sin que en el relato fáctico se aprecien diferencias sustanciales entre los casos juzgados.

Por todo ello, no parece que exista un consenso claro sobre cómo ha de ser la respuesta del Estado teniendo en cuenta el especial interés en la protección de las menores.

IV. PROPUESTAS PARA SUPERAR LOS PROBLEMAS PLANTEADOS

A mi juicio, una reacción legítima y con aspiraciones de equidad ante el fenómeno de la MGF en el mundo occidental y concretamente en Europa pasa por advertir las siguientes consideraciones.

1. La desigualdad de género en el origen de prácticas de control de la sexualidad de la mujer como referente universal

Las voces críticas que demandan la superación de una posición etnocéntrica en la valoración de la MGF han contribuido a mantener una actitud reflexiva que advierte de la complejidad del problema y las dificultades de tratamiento en los países de destino.

Un análisis más detenido en torno a las razones que explican la pervivencia de esta práctica ha arrojado como tesis mayoritaria el interés en el control de la sexualidad de la mujer: con la mutilación se garantiza la pureza, la virginidad, el sometimiento de la mujer y con todo ello el honor de la familia. Advertido esto, conviene tener en cuenta que la comprensión de la mujer como ser inferior, subordinada al hombre, que encuentra su función social en el matrimonio y la maternidad no es exclusiva de las culturas que practican la MGF, sino que es un tópico mundial, más evidenciado en aquellas regiones que han alcanzado menor desarrollo social y político, y en la que perviven prácticas como los matrimonios forzados, el castigo del adulterio, los homicidios por motivos de honor y la

imposición en general de prácticas que garantizan ese control. La asimetría en las relaciones entre el hombre y la mujer no es exclusiva de estas regiones, sino que pervive en la mayoría de los países y sigue apoyándose esencialmente en la consideración de la mujer como posesión del hombre, sobre todo en el ámbito de la sexualidad. La exaltación de la virginidad de las mujeres es un referente universal, presente en casi la totalidad de las religiones y en la base de muchas convenciones culturales.

Esta universalidad en los parámetros sobre las relaciones entre hombres y mujeres debe contribuir a la relativización de la postura de la superioridad moral con la que afrontar el problema de la MGF y favorecer un análisis más detenido que huya de la simplificación que considera estas prácticas como una “aberración” extraña a nuestro bagaje cultural supuestamente superior.

2. En todo caso, la MGF como lesión de derechos fundamentales

Ahora bien, la mencionada relativización no significa una minimización de las lesiones que la MGF representa: no sólo se han demostrado médicamente las secuelas de la intervención en la integridad física y la salud, sino que la mutilación realizada sobre las niñas, que no tienen capacidad para consentir, encierra en sí misma un atentado contra la dignidad y representa un trato degradante.

El reconocimiento de la práctica de la MGF como una grave lesión de derechos fundamentales universalmente reconocidos es un paso adelante irrenunciable en la lucha contra la misma y en general, en la erradicación de tradiciones lesivas para los derechos humanos.

3. Propuestas concretas de actuaciones y políticas en África y en los países occidentales

Teniendo en cuenta lo hasta ahora señalado, convendría impulsar las siguientes iniciativas.

Primero. En los países occidentales, debemos rechazar un concepto de integración que implique el sometimiento de las personas a una especie de categoría ética superior. La integración ha de suponer el reconocimiento esencial de la dignidad de todos los seres humanos, amparada en el Derecho Internacional, el cual impele a proteger los derechos fundamentales con carácter universal por encima de consideraciones sociales o culturales, pero que al mismo tiempo exige que esta protección no sólo se ajuste a Derecho sino que se dispense con el menor coste posible y con la mayor legitimidad.

Segundo. Tanto en África como en Europa es importante contribuir al empoderamiento de las mujeres africanas (que son las mayoritariamente afectadas), favoreciendo el contacto de las mismas con las organizaciones no

gubernamentales y las instituciones estatales e internacionales que trabajan en la educación precisamente a partir de las propias voces de mujeres afectadas que contribuyen la erradicación de la MGF (y a partir de ahí extender los programas de prevención también con la implicación de los hombres, sin la cual no es posible acabar con esta tradición, especialmente en las estructuras sociales tribales).

Tercero. Es necesario favorecer una clarificación conceptual que contribuya a una mejor comprensión del fenómeno. La MGF se produce sobre niñas y representa una práctica que tiene como objetivo esencial la adjudicación de un rol de sometimiento de las mujeres. Si recordamos que el control de la sexualidad de la mujer es una práctica extendida prácticamente en todas las culturas, tendremos mayor capacidad para acercarnos a este fenómeno desde dos perspectivas distintas:

- Advertir que la discriminación sexista que se encuentra en la base del mismo no nos es ajena, por lo que cualquier reacción no puede basarse en una superioridad moral.
- Reconocer que en todo caso el Derecho Penal ha de intervenir de igual modo que en otros supuestos de violencia de género, ante la lesión de bienes jurídicos fundamentales.

La MGF no puede equipararse con otras prácticas sociales que inciden en el cuerpo de la mujer adulta (operaciones estéticas y otras), ya que la MGF, ante todo, se lleva a cabo sobre niñas sin capacidad de consentimiento e implican una mutilación con efectos en la salud y en el disfrute de la sexualidad. Este elemento, la realización sobre niñas, confiere a la MGF una gravedad especial que no puede ser discutida. A ello se suma la consideración de la misma como un acto de violencia de género. Esta doble comprensión es la única que facilita una correcta comprensión del fenómeno.

- La propuesta defendida, a saber, priorizar la respuesta social y la integración en los países de destino, aunque manteniendo una necesaria intervención penal sometida a límites, exige tener en cuenta la posibilidad de aplicar circunstancias eximentes o atenuantes recogidas en la ley, que tienen que ver con las dificultades para interiorizar unas normas sociales contradictoras con los valores asumidos desde la infancia en los países de origen. La vía más adecuada para recoger esta posibilidad es el error de prohibición (artículo 14.3), que permite aminorar la pena, en los casos en los que se encuentra alterada la conciencia sobre la ilicitud de los hechos.

V. CONCLUSIONES FINALES

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

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

Tal vez deberíamos empezar por aclararnos. Por definir claramente la MGF como un acto de violencia de género, lo que exige comenzar por conceptualizar la violencia de género en sí misma. Por establecer claramente unos estándares en la comprensión de un fenómeno cuya complejidad exige afrontar con rigor y valentía una respuesta estructural que articule medidas de distinto calado (entre las que el Derecho Penal sea realmente la última ratio) y por aceptar de una vez por todas que la violencia de género, y entre ellas la MGF, es una grave consecuencia de una situación de desigualdad entre sexos y de sometimiento de las mujeres a distintos niveles. El empeñamiento en definir el problema sobre la diferenciación entre víctima y verdugo, obviando la responsabilidad de la colectividad en su conjunto (incluyendo los referentes comunitarios políticos y/o religiosos influyentes) no contribuye a resolver este reto con la justicia y la prioridad que merece.

La política de la Unión Europea al respecto, centrada esencialmente en la atención a las víctimas, puede ser significativa, por sus deficiencias, de la necesidad de definir la violencia de género con la mayor precisión. La violencia de género no se refiere a los actos de violencia de hombres sobre mujeres. Es un fenómeno mucho más complejo en el que la violencia en el ámbito de la pareja es sólo un exponente. La simplificación que reduce el problema a una especie de enfrentamiento entre hombre -mujer es pueril e impide un tratamiento digno de este grave problema.

En este contexto, la Unión Europea ha centrado su esfuerzo en la Orden Europea de Protección, instrumento de cooperación judicial que permite extender las medidas de protección sobre las víctimas con independencia del país de la UE en el que éstas se encuentren. Sin menoscabar las consecuencias positivas en la atención a las víctimas, la implementación de la Orden Europea de Protección (OEP) dejar ver diversas fallas en el sistema:

- La primera tiene que ver con las distintas cláusulas que contiene, que permiten en la práctica una importante fragmentación en la cooperación penal.
- En segundo lugar, la OEP no busca la armonización legal entre los diversos Estados y su aplicación depende de decisiones judiciales previas por lo que protección se ve finalmente debilitada.
- Pero, especialmente, las consecuencias más indeseables han sido la renuncia a la implementación de unos estándares normativos y a la

delimitación de una estrategia integral en la lucha contra la violencia de género.

Todas estas observaciones deben ser traídas al estudio y tratamiento de la MGF, teniendo en cuenta que además en esta última cuestión es preciso añadir las políticas de integración social de la migración. Este trabajo no puede ser escamoteado a través de respuestas parciales y ni mucho menos por reacciones sexistas y de resistencia al reconocimiento de la igualdad de derechos de las mujeres.

Protección internacional de menores y mujeres, víctimas o en riesgo de ser perseguidas por motivos de género: las mutilaciones genitales femeninas, un motivo para solicitar asilo*

Charlotte Chevalier

INTACT

Según un estudio estadístico elaborado por el Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) que comprende el período de 2008 a 2011, cada año cerca de 20.000 niñas y mujeres que solicitan asilo en la Unión Europea provienen de países en los que se practican las MGF¹.

Las mutilaciones genitales femeninas están consideradas a nivel internacional como una violación grave de los derechos humanos² y constituyen una forma de persecución concreta de mujeres y menores, dado que dichas prácticas afectan de forma desproporcionada a niñas. Una MGF es una forma de violencia continua. Una menor o mujer puede sufrir nuevas formas de MGF y sus consecuencias a largo plazo.

PRINCIPALES FUENTES JURÍDICAS

Desde el ámbito internacional:

La Convención relativa al estatuto de los refugiados, de 28 de julio de 1951 (conocida como la Convención de Ginebra) y el Protocolo sobre el estatuto de los refugiados de 1967.

- Definición de las personas refugiadas y condiciones de reconocimiento del estatuto (art. 1, 2^o de la Convención de Ginebra): 1) Encontrarse

* Texto traducido del francés.

¹ UNHCR, *Trop de souffrance - Mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne : Une analyse statistique*, février 2013.

² Todas las formas de MGF constituyen una violación del derecho a la integridad física y mental, a la igualdad y a la no discriminación, así como una violación del derecho a no ser sometida a torturas o tratamientos inhumanos y degradantes, una violación del derecho a la libertad y la seguridad, y del derecho a percibir el mejor nivel de salud posible, etc.

fuera de su país de origen; 2) Por temor fundado; 3) Por ser objeto de persecución; 4) Por uno de los cinco motivos estipulados en la Convención de Ginebra: raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opinión política; 5) Por no disponer de protección en el país de origen.

- En la Convención de Ginebra no existe una referencia a la noción de género ni a necesidades concretas:
 - Interpretación de la Convención de Ginebra: Manual de Procedimientos y Criterios para Determinar La Condición de Refugiado en virtud de la Convención de 1951 y el Protocolo de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados (1979, reeditado en 1992) (hay que tener en cuenta la vulnerabilidad en el estudio de la solicitud de asilo; en concreto, la de las y los menores extranjeros no acompañados);
 - *Directrices de ACNUR sobre protección internacional Nº1: Persecución por motivos de género en el contexto del Artículo 1A(2) de la Convención de 1951 y su Protocolo relativo al estatuto de los refugiados de 1967, 7 de Mayo de 2002 (HCR/GIP/02/01 REV 1*) (2008) y Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina (2009).*

Desde el ámbito europeo:

- El *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica* establece expresamente una relación entre la violencia machista motivada por el género y la definición del estatuto de persona refugiada según queda establecido en la Convención de Ginebra (artículos 60 y 61).
- Las refundiciones de las directivas europeas sobre “acogida”, “condición” y “procedimiento” tienen por objeto integrar una dimensión del género y de la vulnerabilidad en materia de asilo.
 - La Directiva 2011/95/UE llamada de “Directiva de Reconocimiento”: hace referencia al género y a la persecución concreta por edad y género + noción de interés del menor;
 - La Directiva refundida 2013/33/UE llamada “Directiva de Acogida”: definición e identificación de las personas vulnerables, expresamente contempladas las víctimas de mutilaciones genitales femeninas (artículo 21);
 - La Directiva 2013/32/UE llamada de “Directiva de Procedimientos”: garantías especiales procedimentales con respecto a las personas con necesidades específicas.

Distintas situaciones relativas a las MGF que pueden ser motivo de solicitud de asilo:

- Mujeres o menores extranjeras no acompañadas (MENA), o bien menores acompañadas intactas, originarias de un país donde se practican las MGF;
- Progenitores de una menor intacta que solicitan asilo para proteger a la menor de una MGF en su país de origen;
- Mujeres/menores que han sido sometidas a una MGF y que tienen un miedo fundado a ser perseguidas nuevamente por motivos de género (reablación, nueva infibulación, matrimonio forzado, sororato/levirato, violencias domésticas, etc.);
- Personas que se oponen a la ablación y que temen las amenazas y represalias por su rechazo a seguir la tradición;
- Mujeres y menores que rechazan convertirse en practicantes de la ablación en su país de origen;
- Mujeres que han recibido una intervención quirúrgica de reparación (desinfibulación, reparación quirúrgica) y temen que se les vuelva a practicar una MGF en caso de volver;

Establecimiento de los hechos y evaluación de la solicitud de asilo:

- Las autoridades estudian seguidamente la solicitud de protección relativa al temor a la práctica de una MGF en base a las declaraciones de las menores o mujeres y de los elementos materiales que puedan aportar (certificado de ablación / no ablación, otros documentos médicos e informes psicológicos, certificado de matrimonio, partida de nacimiento de menores, testigos, fotografías, etc.).
- Los documentos médicos o psicológicos son un principio de prueba de las persecuciones sufridas y permiten justificar las dificultades que pueden tener a la hora de aportar un relato coherente. El mero hecho de que las afirmaciones de la solicitante no sean creíbles no resta fuerza probatoria de un documento médico que certifica actos de tortura (o de MGF)³.
- Según el derecho de asilo: la carga probatoria deben llevarla a cabo conjuntamente la persona solicitante de asilo y las autoridades competentes (cooperación compartida, art. 4 § 1 de la Directiva sobre “Condición”)⁴.
- Para evaluar la credibilidad de la solicitud y de la necesidad de protección, las autoridades analizan el perfil *in concreto* de la persona solicitante; es decir, sus circunstancias individuales y contextuales:

³ Voy. Cour eur.D.H, arrêts R.C. c. *Suède* du 9 mars 2010 (requête no 41827/07) ; *MO. M. c. France* du 18 avril 2013 (requête no 18372/10); *I. c. Suède* du 5 septembre 2013 (requête no 61204/09) ; *R.J. c. France* du 19 septembre 2013 (requête no 10466/11).

⁴ Voy., UNHCR, Guide des procédures et critères à appliquer, § 196 ; Cour J.U.E, *M.M (C-277/11) c. Minister for Justice Equality and Law Reform*, Ireland 22 novembre 2012.

- perfil de la persona demandante de asilo = temor subjetivo.
 - datos sobre el país de origen = situación objetiva (índice de prevalencia de las MGF, protección eficaz (o ausencia de ella) de menores y mujeres por parte del Estado, (no) aplicación concreta de la ley que prohíbe las MGF, etc.).
- Las autoridades deben demostrar una determinada flexibilidad a la hora de estudiar la credibilidad. Las pruebas documentales no son obligatorias y debe otorgarse el beneficio de la duda en aquellas declaraciones que sean coherentes, plausibles y cuya credibilidad en general se haya podido establecer (art. 4 § 5 de la Directiva de “Reconocimiento”).
 - Presunción de persecución en caso de haber sufrido persecuciones en el pasado. El hecho de que una mujer haya sido sometida a una MGF constituye un indicio serio del fundado temor a ser perseguida. Corresponde a las autoridades demostrar que existen razones de peso para pensar que no se producirá ni la persecución ni graves vulneraciones (art. 4 § 4 de la Directiva de “Reconocimiento”).

Obstáculos en el establecimiento de los hechos de violencias de género:

- Dificultad para presentar elementos materiales de amenazas y/o persecuciones por motivos de género, que deberían ser una responsabilidad compartida con las instituciones de asilo (principio de la carga probatoria conjunta en materia de asilo);
- Dificultad de referirse a cuestiones como las MGF y las violencias sexuales porque se consideran un tabú y motivo de deshonra;
- Barreras comunicativas;
- Cabe tener en cuenta la vulnerabilidad de la persona solicitante de asilo (edad, sexo, identidad de género, víctima de múltiples violaciones/discriminaciones, nivel de formación y analfabetismo, trayecto, consecuencias psicológicas, etc.);
- Impacto de las persecuciones por motivos de género en la capacidad de relatar un testimonio coherente;
- Falta de información concreta sobre la situación de menores/mujeres en el país de origen (datos sobre el país de origen): hace falta un enfoque cultural y de “género”.

Personas a las que se les ha practicado una MGF, definidas como “vulnerables”:

- La refundición de la Directiva de Acogida establece una definición de las personas vulnerables que incluye expresamente a las víctimas de MGF como ejemplos de *personas que han padecido torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica, física o sexual* (artículo 21). Dicha

refundición establece que las necesidades específicas de las personas vulnerables deben identificarse en un “plazo razonable” (art. 22).

- Dicha pronta identificación tiene por objeto brindar una asistencia médica y psicológica adecuada para las personas vulnerables que han sufrido torturas, violaciones u otras formas de violencia a lo largo de la duración del procedimiento, así como una formación adecuada a los y las profesionales que trabajan en el acompañamiento de las personas vulnerables (art. 25).
- Asimismo, la refundición de la Directiva de Procedimiento de asilo establece garantías procedimentales especiales a lo largo de todas las etapas del proceso (art. 24 § 1, 2, 3 y 4).

Persecución específica de menores y unidad de la familia:

- Cuando la solicitud de asilo corresponda a una MGF que afecta a una menor, dicha menor será considerada como la solicitante principal, aun estando acompañada por sus padres o aunque ésta no esté en condiciones de relatar su temor.
- Un temor fundado de los padres en nombre de la menor o por motivos relativos a su propia oposición a realizar la práctica de las MGF puede aparecer tras el nacimiento de la menor, tras haber abandonado su país de origen.
- Las autoridades competentes deben garantizar que las garantías procedimentales y las técnicas de entrevista y de evaluación de la credibilidad se adapten y sean adecuadas para la menor.
- El estudio de la necesidad de protección se debe centrar más en un análisis objetivo del riesgo al que está expuesta la menor, aunque ésta no pueda expresar temor alguno.
- De conformidad con los principios fundamentales de la unidad familiar y del interés superior de la menor, la condición de persona refugiada reconocida a la menor por temor fundado a ser objeto de la práctica de la MGF debe poder beneficiar, con carácter derivado, a los padres de dicha menor.

BIBLIOGRAFÍA

- Conseil de l'Europe, Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, mai 2011, Istanbul.
- EIGE, European Institute for Gender Equality, «Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia Report», European Union (2013), disponible sur <http://www.eige.europa.eu/content/document/female-genital-mutilation-in-the-european-unionand-croatia-report>
- End FGM Network, FGM in EU Asylum Directives on Qualification, Procedures and Reception Conditions - End FGM Network Guidelines for Civil Society, (mars 2016) disponible sur http://www.endfgm.eu/editor/files/2016/05/End_FGM_Asylum_Guide.pdf

- FLAMAND, Christine (2014) « L'unité familiale, un droit du réfugié », obs.sous, RDE, 2014, n° 177, p.253 et sv., disponible sur <http://www.intact-association.org/images/analyses/RDE%20177%20Observation%20C%20Flamand.pdf>
- INTACT, La protection internationale et les mutilations génitales féminines (MGF), 11 Recommandations d'INTACT, (actualisation 2014) disponible sur <http://www.intact-association.org/images/documents/11-recommandations-actu-fr.pdf>
- INTACT, Manuel pratique à l'usage des avocats : les mutilations génitales dans le cadre d'une demande d'asile, (actualisation 2014), INTACT, disponible sur <http://www.intact-association.org/fr/documentation/outils.html>
- Nations Unies, Convention relative au statut des réfugiés, signée à Genève le 28 juillet 1951, entrée en vigueur le 22 avril 1954.
- Nations Unies, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, (CEDAW), A/RES/34/180, 18 décembre 1979.
- Nations Unies, Convention relative aux droits de l'enfant, U.N. Doc. A/44/49, 20 novembre 1989.
- Nations Unies, Résolution A/RES/67/146 de l'Assemblée Générale des Nations-Unies sur l'intensification de l'action mondiale visant à éliminer les mutilations génitales féminines, 20 décembre 2012.
- Refugee Studies & Centre University of Oxford, « Mini-dossier de la Revue des Migrations Forcées, Les MGF et l'asile en Europe », RMF, n°49, (mai 2015), disponible sur <http://www.fmreview.org/fr/changementsclimatiques-desastres.html> (FR, EN, ES)
- Union Européenne, Directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection (refonte)
- Union Européenne, Directive 2013/33/UE du Parlement et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale (refonte)
- Union Européenne, Directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale (refonte)
- UNHCR, Guide des procédures et critères à appliquer pour déterminer le statut de réfugié au regard de la Convention de 1951 et du Protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés, HCR/1P/4/FRE/REV.1, réédité Janvier 1992, disponible sur <http://www.unhcr.org/fr/publications/legal/4ad2f7fa383/guide-procedures-criteres-appliquer-determiner-statut-refugie-regard-convention.html>
- UNHCR, principes directeurs sur la protection internationale n°1: La persécution liée au genre dans le cadre de l'article 1A (2) de la Convention de 1951 et/ou son Protocole de 1967 relatifs au Statut des réfugiés, 8 juillet 2008, (HCR/GIP/02/01 Rev. 1) disponible sur <http://www.refworld.org/pdfid/3e4141744.pdf>
- UNHCR, Principes directeurs sur la protection internationale n° 2 : « L'appartenance à un certain groupe social » dans le cadre de l'article 1A(2) de la Convention de 1951 et/ou son Protocole de 1967 relatifs au Statut des réfugiés, 8 juillet 2008 (HCR/GIP/02/02 Rev. 1)
- UNHCR, Principes directeurs sur la protection internationale n° 8 : « Les demandes d'asile d'enfants dans le cadre de l'article 1A(2) et de l'article 1(F) de la Convention de 1951 et/ou son Protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés », HCR/GIP/09/08, 22 décembre 2009, disponible sur <http://www.unhcr.org/refworld>
- UNHCR, Trop de souffrance - Mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne : Une analyse statistique, février 2013, disponible sur <http://www.unhcr.org/fr/protection/women/5162cb446/souffrance.html>

- UNHCR, Note d'orientation sur les demandes d'asile relatives aux mutilations génitales féminines, mai 2009, disponible sur <http://www.refworld.org/docid/4d70cff82.html>
- UNHCR, Représentation Régionale pour l'Europe de l'Ouest, note relative à l'évaluation des demandes d'asile introduites par des femmes, 14 décembre 2012, accessible en ligne <http://www.unhcr.be/fr/nos-activites/documents-juridiques.html>
- UNHCR, Comité Exécutif, Conclusion sur les enfants dans les situations à risque, N° 107 (LVIII), (2007), disponible sur <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain?docid=471897325μ>
- UNHCR, Note d'orientation sur les demandes de reconnaissance du statut de réfugié relatives à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, novembre 2008, <http://www.unhcr.org/refworld>
- UNHCR, Note on Burden and Standard of Proof in Refugee Claim, 16 December 1998, <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/3ae6b3338.pdf>
- UNICEF, Female Genital Mutilation/Cutting : «A statistical overview and exploration of the dynamics of change», (juillet 2013), available at http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf

**POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN
EN EUROPA**

Estimación de la prevalencia de la mutilación genital femenina en Europa*

Els Leye

Vrije Universiteit Brussel y Universidad de Gante

En este artículo hay tres cuestiones principales que me gustaría abordar:

- ¿Es necesario conocer la prevalencia de la MGF?
- ¿Sabemos actualmente cuántas niñas y mujeres han sido objeto de una MGF en Europa?
- ¿Qué hemos hecho y qué podríamos hacer para saber más sobre la prevalencia de la MGF en Europa?

¿ES NECESARIO CONOCER LA PREVALENCIA DE LA MGF?

Dado que el número de migrantes en Europa va aumentando, aquí hay mujeres y niñas con MGF o en riesgo de ser sometidas a una MGF que se dirigen a determinados servicios con problemas relacionados con sus respectivas MGF. Sigue siendo verdaderamente difícil elaborar conclusiones sobre la necesidad, la eficiencia y la eficacia de las acciones futuras con respecto a la MGF, puesto que no se pueden estudiar las tendencias y evolución del fenómeno, dada la carencia de datos comparables y fiables sobre prevalencia y dado que no se recopilan datos de forma sistemática.

Disponer de unos datos fiables y representativos sobre la prevalencia de esta práctica también es útil por los motivos siguientes:

- Para visibilizar en la UE la MGF
- Para hacer un seguimiento del progreso en las actividades de prevención de la MGF
- Para que la toma de decisiones sea un proceso informado y para elaborar políticas informadas
- Para determinar la asignación de recursos

La falta de datos sobre prevalencia es uno de los eslabones perdidos más importantes en el desarrollo de respuestas políticas adecuadas con respecto a la MGF en Europa, según Amnistía Internacional. También cabe mencionar que

* Texto traducido del inglés. El texto original se puede consultar en este volumen.

los estudios sobre prevalencia contienen información sensible que podría ser utilizada con fines ideológicos o políticos.

Numerosas instituciones europeas han destacado la necesidad de disponer de datos sobre prevalencia; es el caso, por ejemplo, de la Comisión Europea en varias de sus comunicaciones (consultar, por ejemplo, el documento *Communication from EC to EP and Council, November 2013*) y del Parlamento Europeo a través de varias de sus resoluciones. Los gobiernos nacionales y las organizaciones civiles asimismo también han expresado la necesidad de disponer de datos fiables sobre la prevalencia de la práctica. Pero es en el *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y contra la violencia doméstica*, n.º 210 o *Convenio de Estambul* (Art. 11) donde se menciona expresamente esta necesidad. El *Convenio de Estambul* se adoptó en 2011 y es el primer tratado en el que se reconoce la existencia de las MGF en Europa.

Artículo 11. Recopilación y estudio de los datos

1. *A los efectos de implementar este Convenio, las Partes se comprometen a:*
 - a) *recoger los datos estadísticos detallados pertinentes, a intervalos regulares, sobre los asuntos relativos a **todas las formas de violencia** incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio;*
 - b) *apoyar la investigación en los ámbitos relativos a todas las formas de violencia incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio, con el fin de estudiar sus causas profundas y sus efectos, su frecuencia y los índices de condena, así como la eficacia de las medidas tomadas para aplicar el presente Convenio.*
2. *Las Partes se esforzarán por **realizar encuestas basadas en la población, a intervalos regulares, para evaluar la amplitud y las tendencias de todas las formas de violencia** incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio.*
3. *Las Partes proporcionarán las informaciones recogidas con arreglo al presente artículo al grupo de expertos a que se refiere el artículo 66 del presente Convenio, con el fin de estimular la cooperación internacional y permitir una comparación internacional.*
4. *Las Partes velarán por que las informaciones recogidas con arreglo al presente artículo se pongan a disposición del público.*

La respuesta a la pregunta de si necesitamos conocer la prevalencia de la MGF en Europa es rotundamente positiva.

¿QUÉ ES LO QUE SABEMOS HASTA AHORA?

Se desconoce cuál es la prevalencia de la MGF en la UE. Algunos países han llevado a cabo estudios de prevalencia, pero no existen datos generales

para Europa, ya que no se han realizado encuestas representativas de forma sistemática. La MGF está bien documentada en 27 países de África (además de Yemen e Iraq) dado que los datos sobre prevalencia se han generado a partir un método de encuesta estándar (DHS, por sus siglas en inglés) y del método de encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés). Estos dos métodos permiten evaluar con fiabilidad las tendencias y realizar estimaciones comparables. En Asia también ha aumentado el número de estudios de investigación sobre la prevalencia de la MGF.

La cifra que a menudo se vincula a Europa es de 500.000 casos (Resolución PE 2012), pero el hecho de que no se detallen los datos sobre el método empleado para llegar a esta cifra representa un problema. Según un informe de la ACNUR, al año más de 20.000 mujeres y niñas que provienen de países donde se practica la MGF solicitan asilo en la UE, de las cuales unas 16.000 en 2013 estaban potencialmente afectadas por la MGF en el momento de llegar a la UE (ACNUR, 2013). También cabe destacar la lista de países europeos que también han llevado a cabo estudios de prevalencia: Alemania, Bélgica, Hungría, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal y Reino Unido.

La metodología que se emplea con mayor frecuencia es la del *método de extrapolación de datos de prevalencia relativos a África*. Las fuentes de datos en las que se basan estos estudios son los datos del censo de la población y concretamente el número de mujeres migrantes que provienen de países donde se practica la MGF y que residen en un país de la UE, complementados con los registros de nacimiento, los de protección de menores, etc. En ocasiones se emplean otras fuentes de datos para incluir a las personas solicitantes de asilo, refugiadas, migrantes indocumentadas y segunda o tercera generación de niñas y mujeres.

Se han identificado varias limitaciones del método de la extrapolación para el cálculo de la prevalencia:

- En ocasiones los datos censales no desglosan por país africano de origen, por país de nacimiento ni por duración de la estancia;
- No se repiten las estimaciones, de modo que no se evalúan las tendencias;
- Emplean diferentes definiciones de niñas en riesgo;
- Los datos censales pueden no reflejar los cambios recientes en las poblaciones migrantes;
- Las personas solicitantes de asilo, refugiadas y migrantes indocumentadas, así como la segunda y tercera generación, a menudo no están incluidas;
- No se tiene en cuenta cómo influye la migración en la práctica;
- No se tienen en cuenta los orígenes étnicos de las personas migrantes;

En lo que respecta a la estimación de la prevalencia de niñas en riesgo, también se han identificado varios problemas:

- ¿Las niñas de segunda y tercera generación siguen en situación de riesgo?
- ¿Cómo se incluye a las migrantes indocumentadas?
- ¿Cómo evaluamos la influencia de la migración en el riesgo?

A falta de disponer de estudios claros de prevalencia, en Europa se han llevado a cabo otros estudios y análisis para evaluar la magnitud de esta práctica. Entre otros, se incluyen encuestas a profesionales, estudios del número de solicitudes/concesiones de asilo por razón de MGF, evaluaciones del número de nacimientos registrados en familias de países con riesgo de MGF, estudios sobre la prevalencia de mujeres con MGF en centros de asilo, además de estudios sobre el número de mujeres procedentes de países donde se practica la MGF.

En Europa existen otros registros administrativos que actualmente no se emplean de forma eficaz en lo que respecta al registro de casos de MGF pero que, sin embargo, pueden ser potencialmente útiles para la generación de datos de prevalencia. Se trata de los siguientes:

- Expedientes médicos/hospitalarios sobre MGF;
- Registros de nacidas vivas;
- Registros administrativos sobre protección de menores relacionada con la MGF;
- Casos de asilo por motivos de MGF;
- Antecedentes penales, investigaciones y enjuiciamientos por MGF.

No obstante, es importante destacar varios de los problemas que presentan estos análisis y registros: entre otros, la recopilación de datos no sistemática, la falta de desglose en los registros existentes (que se extienden por varias bases de datos de diferentes sectores), la falta de centralización de los registros de datos existentes, la falta de formación o la formación inadecuada de los y las profesionales que codifican y evalúan la MGF y, finalmente, la falta de códigos específicos relativos a la MGF en expedientes hospitalarios y médicos.

Por tanto, a la pregunta “¿Sabemos cuántas mujeres y niñas que viven en la UE están afectadas por la MGF?”, la respuesta es “no”.

¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO PARA PALIAR LA DESINFORMACIÓN SOBRE LA PREVALENCIA DE LA MGF EN LA UE?

Finalmente, me gustaría aportar algunos datos sobre lo que actualmente está haciendo la UE para abordar este vacío de información.

El Instituto Europeo para la Igualdad de Género publicó en 2015 una metodología para evaluar la prevalencia de niñas en riesgo. Esta metodología se extenderá a otros seis países de la UE en 2017.

A mediados de marzo de 2017 finalizó un proyecto Daphne sobre el desarrollo y verificación de una metodología común para realizar estimaciones sobre la prevalencia.

Este proyecto lo ha llevado a cabo el Centro Internacional de Salud Reproductiva de la Universidad de Gante (Bélgica), el INED (Francia) y la Universidad Bicocca (Italia), y consistió en el diseño y puesta a prueba de un método para realizar estimaciones de prevalencia directa.

BIBLIOGRAFÍA

- Council of Europe and Amnesty International, 2014. The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence. Istanbul Convention. A tool to end female genital mutilation.
- European Institute for Gender Equality (EIGE) 2013. Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Exterkate, M. (2013). Female Genital Mutilation in the Netherlands – Prevalence, incidence and determinants. Pharos
- Fondazione l'Albero della Vita (2011). Il diritto di essere bambine. Dossier sulle Mutilazioni Genitali Femminili.
- FOD Volksgezondheid (Promotor), Dubourg, D. & F. Richard (2014). Studie over de prevalentie van vrouwelijke genitale verminking en van het risico op vrouwelijke genitale verminking in België (update 31 December 2012). http://www.laurette-onkelinx.be/articles_docs/VGV_Prevalentie_Studie_02_2014.pdf
- Leye E, Mergaert L, Arnaut C, O'Brien Green S. 2014. Towards a better estimation of prevalence of FGM in the EU: interpreting existing evidence in all EU Member States. *Genus*, LXX (No. 1), 99-121
- Terre des Femmes (2013). Dunkelzifferstatistik zur weiblichen Genitalverstümmelung in Deutschland. <http://www.frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/Statistik-FGM.pdf>
- UNHCR (2014), "Too much pain: female genital mutilation & asylum in the European Union – A statistical update", available at www.unhcr.org/53187f379.html

La MGF en Noruega: prevalencia, políticas y tendencias

Elise Johansen

Centro Noruego de Estudios sobre la Violencia y el Estrés Traumático.

1. PREVALENCIA DE LA MGF EN NORUEGA

En Noruega hay un total de 17.300 niñas y mujeres a las que se ha practicado una ablación o mutilación genital femenina (MGF¹) antes de su llegada al país. Esta estimación se basa en la extrapolación de las mujeres y niñas con padre y madre ambos originarios de países donde se practica la MGF, teniendo en cuenta la edad que tenían a su llegada al país y la edad en que se habitualmente se realiza la práctica en cada país de origen. Se trata de una cifra relativamente baja pero, dado que Noruega es un país pequeño, esta cifra lo convierte en el segundo país con la tasa más alta de toda la Unión Europea, por detrás de Suecia, con una prevalencia del 0,7 %. Otra de las especificidades de Noruega es que el 50 % de las mujeres que han sido objeto de una MGF, originarias principalmente de Somalia, Sudán y Eritrea, han sido sometidas por lo tanto a una mutilación genital femenina de tipo III (infibulación).

Se estima que 2.800 menores que viven en Noruega han sido sometidas a una MGF previo al viaje migratorio. Esta cifra alta de prevalencia entre menores de edad es importante y debe tenerse en cuenta, ya que no hay un enfoque, directrices ni conocimiento sobre las consecuencias en materia de salud que tiene una práctica como la MGF en menores. En su lugar, la mayoría de políticas en materia de asistencia sanitaria están orientadas a víctimas adultas, mientras que, con las niñas, se centran en la prevención de la práctica.

Por otro lado, se estima que hay una cifra adicional de 15.000 mujeres y niñas que están potencialmente en riesgo de ser sometidas a una mutilación / ablación. Se trata de niñas con padres y madres ambos originarios de países en los que se practica la MGF, con independencia de la etnia a la que pertenezcan. La estimación ajustada de la población en riesgo sobre la base de la prevalencia

¹ La autora utiliza el término inglés Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). Al no ser habitual el uso de las siglas A/MGF o C/MGF en la literatura existente en castellano, se ha traducido utilizando la terminología "ablación o Mutilación Genital Femenina" y a continuación, las siglas MGF.

en los países de origen asciende a 7.000 niñas. Esta cifra desciende a 3.000 si se tiene en cuenta la influencia del proceso migratorio sobre la práctica; es decir, si estimamos que hay riesgo cero de que las niñas nacidas en Noruega sean sometidas a una MGF. Pese a que esta cifra puede acercarse más al número exacto de mujeres y niñas en riesgo real de ser sometidas a una MGF, sigue habiendo 15.000 mujeres y niñas a las que es necesario llegar a través de los respectivos programas y políticas de prevención.

No existen datos fiables sobre la incidencia de la MGF practicada en niñas y mujeres una vez se encuentran en Noruega. Se conocen unos raros casos de niñas cuyos padres las han llevado a su país de origen y que nunca hayan vuelto al país de residencia (casos que requieren un seguimiento legal). Asimismo, se desconoce el número de MGF evitadas.

2. PRINCIPALES PROCESOS SOBRE LEGISLACIÓN EN NORUEGA

1995	➤ Ley. Enfocada al personal facultativo de Noruega para que no lleven a cabo cirugías de MGF.
2000	➤ Proyección de un documental de TV con el apoyo o aceptación de un Imán
2001 - 2004	➤ Primer Plan de Acción Nacional ➤ Directrices para profesionales sanitarios
2004 - 2008	➤ El Gobierno considera el problema resuelto. ➤ Se establece una red de asistencia sanitaria (clínicas especiales). ➤ Se endurece la ley y se introduce el deber de las y los profesionales sanitarios y líderes religiosos de notificar cualquier sospecha de que se va a llevar a cabo una MGF
2008	➤ Documental de TV. <i>Cut abroad</i> .
2008 - 2019	➤ Planes de acción cada 4 años con financiación
2008 - 2017	➤ Desde 2008, se ha destinado financiación para investigación, apoyo a ONG y servicios principales. ➤ 2014: una nueva Ley distingue la gravedad de las MGF y endurece las penas. ➤ Marco jurídico: en 2012, la MGF pasar a formar parte, junto al matrimonio forzado y el control estricto, del epígrafe de violencia doméstica. ➤ 2017: se incluye una parte sobre investigación en los programas sobre violencia en relaciones íntimas.

En materia de medidas legales, es importante observar cómo se están interpretando las leyes en diferentes países, especialmente en lo que respecta a

la doble obligación de prevenir y penalizar, por un lado, y al secreto médico. En Noruega, por ejemplo, es obligatorio evitar las MGF, ya sea entablando un diálogo con la familia o bien notificándolo a los servicios sociales. No obstante, si la MGF ya se ha llevado a cabo, no existe ninguna obligación de notificarlo a los efectos de un enjuiciamiento. Únicamente se puede romper la confidencialidad médica en los pocos casos en los que la menor sufre problemas de salud de índole grave y cuando los padres se niegan a que reciba asistencia sanitaria. Este último caso es especialmente relevante para las y los profesionales sanitarios, para quienes la aplicación del secreto médico prevalece sobre la obligación de denunciar en los casos en los que ya se ha producido la MGF.

Esto se debe a que los y las profesionales únicamente pueden romper la confidencialidad si tiene por objeto evitar abusos en menores, pero este supuesto no se cumple cuando la MGF ya se ha producido. Esto sitúa la MGF en una categoría diferente a la de otras formas de abuso de menores, dado que cualquier MGF se entiende como una práctica que se da una única vez, mientras que el abuso de menores se entiende como una práctica repetitiva. Por tanto, denunciar una MGF que ya se ha llevado a cabo no es considerado una medida de protección de la menor, ya que el agravio no puede repetirse.

Otros motivos por los que las políticas establecen como prioritaria la confidencialidad sobre la denuncia de casos de MGF o ablaciones practicadas son que: 1) las y los profesionales sanitarios temen que las familias renuncien a solicitar la asistencia médica necesaria en caso de que una menor sufra complicaciones derivadas de la MGF por miedo a ser procesados judicialmente; 2) las y los profesionales sanitarios temen que la denuncia pueda perjudicar la relación de confianza entre paciente y profesionales; y 3) el daño ya no se puede evitar ya que el delito ya se ha producido.

Esta ley presenta tres dilemas principales: 1) Las únicas personas que pueden saber si se ha realizado o no una MGF, es decir, las y los trabajadores sanitarios, no pueden denunciar los casos en los que se ha realizado por secreto profesional; 2) Las únicas categorías de profesionales que pueden denunciar casos de MGF ya realizada suelen presentar menos probabilidades de acertar en su diagnóstico, dado su nivel de formación y las tareas que realizan. Ello podría explicar la cantidad de casos de sospechas y denuncias infundadas; y 3) Quienes (aún) no han llevado a cabo una MGF corren un mayor riesgo de ser sometidos a un juicio y una “pena” que quienes sí la han practicado. Esto último se debe a que el derecho a denunciar la sospecha de un riesgo de MGF tiene una base muy sólida, que se deriva de que se percibe como una medida de protección de menores.

Asimismo, dichas denuncias pueden hacer que los servicios sociales retiren la custodia a los padres de la menor por entender que esta última está en riesgo y evitar así una MGF. Por tanto, aquellos padres sospechosos de querer practicar una MGF podrían perder la custodia de la menor, mientras que quienes han

sometido a sus hijas a dicha práctica están protegidos en mayor medida por el secreto médico y, por tanto, se enfrentan a consecuencias de menor gravedad.

En Noruega hay un sistema de políticas públicas enmarcadas en los Planes Nacionales y las actividades de ámbito general se dotan con partidas presupuestarias y se implementan de forma rutinaria. En materia de formación y conocimiento por parte de los y las profesionales de servicios de asistencia, se envió un cuestionario para evaluar hasta qué punto dichos profesionales habían recibido formación universitaria o especializada sobre la MGF.

El resultado demostró que, pese a que la mayoría de profesionales de enfermería y obstetricia han recibido formación sobre la MGF, únicamente la mitad de facultades médicas han impartido clases sobre MGF. También se descubrieron grandes diferencias entre los contenidos, el marco teórico y el calado de la enseñanza. Asimismo, todas las personas refugiadas reciben información sobre la MGF desde el preciso instante en que llegan a los campos de refugiados y se dirigen a los servicios correspondientes para solicitar asilo. Una vez instaladas y habiendo recibido asilo en Noruega, se imparten “cursos introductorios” obligatorios en las que la MGF entra dentro de la definición de violencia doméstica.

A lo largo de la enseñanza primaria y secundaria, tanto los y las menores como sus padres reciben información sobre MGF en tres ocasiones. Pese a que esta sensibilización se lleva a cabo de forma sistemática, el tiempo invertido en realizar estas actividades preventivas varía en función del centro escolar. Durante el periodo pre y post parto, las y los profesionales sanitarios también dedican esfuerzos a concienciar sobre esta práctica, pero no hay datos disponibles sobre la periodicidad en la que realizan esta tarea.

Las deficiencias en el uso de los códigos médicos existentes y registro de los casos de MGF constituyen otro de los retos a los que se enfrenta el sistema sanitario noruego. Éste adoptado la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en 2016, se introdujo un nuevo código específico para historiales de MGF (código Z91.7), pero no parece haberse implementado por el momento.

Por otro lado, el gobierno noruego, como parte de los servicios de asistencia sanitaria, también ha establecido y patrocinado 8 clínicas que ofrecen asistencia especializada a niñas y mujeres a quienes se les ha practicado una MGF. Finalmente, dicho gobierno ofrece apoyo a las actividades de ONG orientadas a la erradicación de la MGF.

3. RETOS EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA

Los principales retos en materia de asistencia sanitaria para mujeres y niñas con MGF son:

1. La asistencia sanitaria por MGF en menores es escasa. Las y los profesionales son reacios a practicar operaciones quirúrgicas en niñas

y tienden a retrasar las intervenciones ya sea porque los padres son escépticos ya sea por temor a una retraumatización.

2. Las deficiencias en la identificación de algunos de los síntomas, especialmente en lo relativo al diagnóstico de problemas urinarios y quistes relacionados con la MGF, incluso en el caso de niñas y mujeres que no solicitan asistencia sanitaria por dichos problemas y que a menudo no lo identifican como problema o afección, tal como lo demuestra un estudio continuo realizado por Mai Z. Ziyada sobre asistencia sanitaria a menores y jóvenes;
3. Pese a que se han abierto 8 clínicas que realizan técnicas quirúrgicas (desinfibulación) a mujeres infibuladas, pocas son las pacientes que piden someterse a este procedimiento. A esto se añade que entre éstas, un gran número acaba faltando a la cita el día de la operación.

La baja cifra de mujeres que piden ser desinfibuladas ha suscitado la necesidad de identificar las barreras que encuentran las mujeres con MGF de Tipo III para acceder a la asistencia sanitaria. Para responder a esta necesidad, la autora de este artículo ha estudiado las creencias, actitudes y prácticas ante la desinfibulación.

4. ESTUDIO SOBRE CREENCIAS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES ANTE LA DESINFIBULACIÓN

Según Ziyada, Norberg-Schulz y REB Johansen (2016), de las 9.100 mujeres infibuladas que viven en Noruega y que provienen de Sudán y Somalia, únicamente 123 solicitaron asistencia en 2013. Asimismo, se desconoce cuántas de ellas se sometieron a la cirugía de desinfibulación.

Siguiendo esta *línea de pensamiento*:

1. Tarde o temprano, todas las mujeres con MGF de tipo III deberán someterse a un proceso de apertura vaginal (en caso de desear tener relaciones sexuales o de dar a luz).
2. El corte quirúrgico aporta ciertas ventajas en comparación con el tradicional (mediante penetración o circuncisión): es menos doloroso e implica menos riesgos.
3. Si, entre la diáspora, la mayoría de personas rechazan la infibulación, ¿por qué no se someten tarde o temprano a una desinfibulación, como demuestra el estudio? ¿Por qué esperan? ¿A qué esperan?
4. En caso de tener una actitud escéptica con respecto a la técnica quirúrgica de la desinfibulación, ¿debemos considerar que no han cambiado de opinión y de actitud ante la MGF?

La pregunta principal en el estudio fue la siguiente:

¿Cómo interpretan los hombres y mujeres de Somalia y Sudán la posibilidad de someterse a una desinfibulación en un quirófano?

El *método* empleado fue el siguiente:

1. Entrevistas exhaustivas a 40 mujeres y hombres de Somalia y Sudán residentes en Noruega.
2. Observación participativa: en espacios donde se hablaba de MGF (centros sociales, sesiones de formación, debates en grupo).
3. Seminario de validación: en dos ciudades.

Las *conclusiones generales* fueron las siguientes:

1. Todas las personas encuestadas eran contrarias a la infibulación, pero había división de opiniones sobre la “*Sunna*”.
2. En teoría, las personas entrevistadas y observadas están abiertas a una desinfibulación quirúrgica, pero, en la práctica, hay resistencia que se basa en distintas motivaciones socioculturales relacionadas con la sexualidad, en torno a tres aspectos de la desinfibulación.
 - 1) Con respecto al *momento*: la desinfibulación premarital amenaza el ideal de virginidad y virtud. No solamente, se echa a perder la virginidad de la novia, pero también el ritual marital de desfloración de la misma. Una vez desinfibulada, no hay forma de demostrar la virginidad de la novia. Además, creen que en caso de “ser abiertas” antes del matrimonio, las mujeres sienten el impulso de tener relaciones sexuales.
 - 2) Con respecto a la *forma*: la desinfibulación medicalizada amenaza la virilidad y la masculinidad del marido, que ya no es quién abrirá a la novia con su pene. Esta opinión es expresada por las personas de Sudán, no así de Somalia.
 - 3) Con respecto al *alcance*: la desinfibulación medicalizada amenaza los ideales del placer sexual masculino al ensanchar el introito vaginal. Expresan un miedo a que la relación sexual deje de ser satisfactoria para el hombre, lo que le llevará a querer divorciarse o buscarse otra mujer.

Cabe destacar que, a pesar de la gran diversidad de personas entrevistadas, no hubo variación sistemática en función de la edad, el sexo o el período de residencia en Noruega.

Otras de las conclusiones que el estudio evidenció sobre la *práctica y las experiencias* de la MGF son:

1. La apertura tradicional era la más habitual.
2. Las personas entrevistadas restan importancia al dolor y a las complicaciones de la desinfibulación por penetración.

3. El hombre debe desinfibular a la novia con su pene para demostrar su masculinidad y virilidad.
4. Se cree que la infibulación debería ser parcial para permitir que el hombre siga experimentando placer sexual.
5. La desinfibulación premarital se entiende como una práctica que amenaza la virginidad femenina.

Las personas entrevistadas restan importancia al alcance de la MGF y al dolor que provoca, tal como queda evidenciado en la siguiente afirmación: “A mí me hicieron la circuncisión sunna, así que mi primera experiencia sexual fue fácil. (..) La sunna es solo la extirpación de la punta del clítoris. (...) Yo tenía una apertura muy pequeña, así que el sexo era doloroso. Necesitamos cerca de un mes antes de lograrlo. Lo intentábamos poquito a poco. Trajimos algo de la farmacia, una especie de gel calmante, pero me fue peor”. (..) Nunca me planteé que me abrieran en el hospital. No era tan doloroso” (Sarah, Sudán, 38 años).

Aquí vemos cómo Sarah utiliza el término *sunna* para referirse al tipo de MGF a la que ha sido sometida, que describe como “la extirpación de la punta del clítoris”. Sin embargo, más adelante en la entrevista, cuando describe su primera relación sexual, se hace evidente que le practicaron un corte que incluía cierta oclusión y que, según la tipología de la OMS, sería calificado de tipo III (o infibulación). Esta infravaloración del alcance de la ablación es común a muchos de los hombres y mujeres entrevistados.

La virginidad de la mujer juega un papel clave en la resistencia a la desinfibulación y constituye un valor central en el matrimonio y la sociedad. Además, la virginidad es equiparada con la infibulación, de la misma forma que la desinfibulación se interpreta como antesala de las relaciones sexuales. El sexo prematrimonial es visto a lo largo de las entrevistas como una indicación de amoralidad y acarrea un alto riesgo de que una vez casados, la mujer tenga relaciones sexuales extramatrimoniales. Así, la desinfibulación se percibe como una amenaza que puede poner en peligro la paternidad y el linaje.

Estas respuestas condujeron a la investigadora a preguntar a sus entrevistados y entrevistadas cómo identificarían la virginidad en aquellas mujeres que no han sido infibuladas. Las respuestas que aparecen a continuación demuestran que, pese a que un par de personas entrevistadas mencionaron el himen, no distinguían bien el himen de la oclusión por infibulación, de forma que cuando hablaban del himen, parecían seguir hablando de la infibulación. Al preguntarle a un hombre cómo identificaría si una mujer es virgen sin haber sido infibulada, la respuesta fue la siguiente: “¡Porque hay sangre! Cuando están cerradas, hay sangre. Ni yo ni ningún hombre podría notar el himen, pero sí que está abierta, que ha sido usada antes” (Bilal, somalí, 50 años).

Una mujer somalí también expresó la creencia habitual de que siempre se puede identificar la virginidad de la siguiente forma: “Un hombre siempre notará

cuando tiene sexo con una virgen. Es doloroso y hay una especie de ‘pop’ cuando el himen se rompe. Así me pasó a mí. Obviamente podría haberme pasado por mi circuncisión, pero yo creo que también fue el himen. Se lo he preguntado a mi marido y dice que un hombre siempre lo nota. En una virgen está terso y el hombre tiene que empujar para penetrar” (Basra, somalí, 37 años).

Esto demuestra que, para que la desinfibulación premarital sea una práctica socialmente aceptable para las propias comunidades que practican la MGF de tipo III, hay que deconstruir determinados valores y/o asociaciones culturales:

1. la virginidad debe perder su valor y disociarse del estatus moral y/o
2. debe abandonarse la necesidad de probar la virginidad a través de una infibulación para sustituirla por otra prueba fisiológica o garantía.

El estudio sobre las prácticas y las experiencias demuestra que las asunciones sobre el placer sexual masculino representan otro factor de vital importancia en la persistencia de la infibulación y, por tanto, en la resistencia a la desinfibulación. Un introito vaginal estrecho se entiende como requisito necesario para el placer sexual masculino y, por ende, para la estabilidad del matrimonio.

En cuanto a la reinfibulación, se trata de una práctica habitual entre la población sudanesa. La presión ejercida sobre las mujeres que han dado a luz para que se sometieran a una reinfibulación ha sido ampliamente descrita por las personas entrevistadas de origen sudanés. Esta presión viene motivada por la creencia de que las mujeres desinfibuladas presentan una falta de elasticidad vaginal, de forma que incluso los hombres reacios a la infibulación apoyan la reinfibulación post-parto. Incluso mujeres que no habían sido infibuladas previamente, han recibido presiones para serlo tras dar a luz.

Esta presión se basa en la asunción de que es necesario realizar una oclusión parcial para garantizar el placer sexual del varón durante las relaciones sexuales, tal como lo describe una mujer somalí de poco más de 30 años: *“Todos los hombres quieren que las mujeres sean tersas. Nos da mucho miedo no estar lo suficientemente tersas y que el hombre busque a otra esposa o que se vaya con una amante más joven. Así que en Somalia algunas también se hacen la reinfibulación. Es importante que la vagina no sea un agujero enorme. Tiene que estar terso para el hombre. Yo también lo noto en mi cuerpo cuando tenemos sexo. Si estoy muy húmeda, no siento nada. Y mi marido a veces también me lo dice como un cumplido: hoy estabas tersa”*.

5. CONCLUSIONES

Las conclusiones de la investigación realizada se pueden resumir de la siguiente forma:

1. Todas las personas entrevistadas son reacias a la infibulación por los riesgos que entraña para la salud y por el dolor que supone.

2. Los valores culturales que sustentan la práctica siguen siendo sólidos, tanto a nivel personal como cultural y social.
3. Esto tiene consecuencias sobre la medida en que niñas y mujeres tengan o no alguna predisposición a ser desinfibuladas.

El estudio también ha demostrado que es necesario realizar un análisis más matizado de las “actitudes”, ya que son relativamente complejas y dependen del argumento que sustenta la práctica:

1. Cuando hablamos de los riesgos para la salud, todo el mundo está en contra de la MGF.
2. Cuando hablamos de religión, aparecen más ambivalencias.
3. Pero cuando se trata de la moralidad sexual, la mayoría apoyan la práctica; es más, quienes se oponen a la práctica son sometidos a la presión de la comunidad para que adhieran a esta moralidad sexual, y las que se someten a una desinfibulación lo suelen mantener en secreto.

Las creencias, actitudes y prácticas no tienen que ver sólo con el intelecto o el conocimiento, el aspecto emocional influye profundamente en éstas. Asimismo, las actitudes personales deben distinguirse de las sociales.

Para concluir, los resultados del estudio también tienen las siguientes implicaciones:

1. Las preocupaciones sexuales deben ser abordadas y debatidas: tanto las consecuencias negativas que la infibulación tiene en las relaciones sexuales como el control sexual como motivación para someterte a la práctica, la asociación que se establece entre virginidad y moralidad, y la convicción de que la virginidad se puede probar.
2. Se trata de percepciones profundamente personales, sociales y culturales que deben ser debatidas desde todos los ángulos.
3. Para garantizar que se acepta la asistencia sanitaria necesaria (desinfibulación), estas preocupaciones deben ser abordadas durante las consultas médicas referentes a la desinfibulación.

BIBLIOGRAFÍA

- Johansen REB. (2016) “Undoing female genital cutting - Perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway”. In *Culture, Health and Sexuality* 2016, Vol 19, No 4: 1-15 (DOI:10.1080/13691058.2016.1239838)
- Johansen REB. (forthcoming) Cultural values of virility and pleasure among Somali and Sudanese immigrants in Norway and its impact on the acceptance of medicalized defibulation. *Reproductive health*. DOI: 10.1186/s12978-017-0287-4
- Ziyada, MM, MN Norberg-Schulz, and REB Johansen. 2016. “Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model.” *BMC Public Health* 16 (101).

¿El concepto legal de “omisión del deber de cuidado” puede utilizarse como herramienta preventiva en Europa? Potenciales y riesgos de un enfoque novedoso en la protección a niñas de la MGF*

Sara Johnsdotter

Universidad de Malmö

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo, se han fomentado medidas legales, como el procesamiento judicial, como una herramienta importante para combatir la MGF. A menudo aparece la preocupación de que los estados europeos no prestan la suficiente atención a la cuestión de la MGF, con el resultado de que haya muy pocos casos judiciales (p. ej., la Comunicación de la Comisión Europea “Hacia la eliminación de la MGF” (COM (2013) 833), adoptada en 2013).

En este artículo, presento una visión general de los procesos judiciales relacionados con la MGF que han tenido lugar en Europa. Asimismo, presentaré brevemente un nuevo enfoque legal, el de que ha empezado a ser utilizado en algunos países para gestionar legalmente los casos de MGF que implican a familias migradas de países donde se practica la MGF. Centrado en el concepto de “omisión del deber de cuidado” de la menor, este enfoque presenta ventajas y desventajas.

EL ESTUDIO

En 2014, la Dirección General de Justicia de la Comisión Europea solicitó a la Red Europea de Personas Expertas en la Igualdad de Género (ENEGE) que recopilara procesos judiciales sobre MGF en Europa y que trazara un mapa del movimiento transnacional que tiene como objetivo la práctica de una MGF en otro país europeo. La ENEGE nos encargó a mí y a Ruth Mestre i Mestre, profesora de filosofía del derecho en la Universidad de Valencia, que lleváramos a cabo este proyecto.

* Texto traducido del inglés. El texto original se puede consultar en este volumen.

Durante el 2015, estuvimos supervisando la recopilación de datos de once países europeos. Algunos de los países los seleccionamos porque ya conocíamos previamente la existencia de algunos casos penales de MGF; y otros porque a través de la literatura existente en esta materia (especialmente EIGE, 2013a y 2013b), descubrimos que había rumores sobre movimientos transnacionales para llevar a cabo las MGF fuera de sus fronteras. Los países que incluimos en el estudio fueron Austria, Dinamarca, España, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Reino Unido, Suecia y Suiza. Un grupo de expertos de los diferentes países se encargó de recopilar y enviar los datos entre junio y octubre de 2015. Nosotras analizamos los datos centrándonos, entre otras cosas, en las similitudes y diferencias desde el punto de vista legal de los casos, prestando especial atención a los 20 casos más recientes (Johnsdotter y Mestre i Mestre, 2015).

PROCESOS JUDICIALES EN EUROPA

En total, ha habido menos de 50 procesos judiciales relacionados con la MGF en Europa. La mayoría de ellos, unos 30, tuvieron lugar en los años 80 y 90 contra migrantes de África Occidental por practicar una ablación genital femenina en territorio francés. El experto en el país gallo también nos comunicó un proceso judicial posterior (2012) que implicaba a padres de nacionalidad guineana y a cuatro niñas que supuestamente habían sido sometidas a ablación entre 1993 y 2005.

Dinamarca, por su lado, contaba con un proceso judicial. La niña tenía cuatro años cuando se le practicó la ablación en Sudán en 2003. Sus padres, de origen eritreo, fueron procesados en 2009 y, finalmente, el padre fue absuelto y la madre fue condenada. Además, Dinamarca tiene un proceso judicial abierto que implica a personas de origen somalí que practicaron la ablación a una niña en África.

Italia y España cuentan con algunos procesos judiciales (relacionados con actos que tuvieron lugar, respectivamente, en Italia o África, y en Senegal o Gambia) y que finalizaron algunos en absoluciones y otros con sentencias condenatorias. Suiza, por su parte, cuenta con dos procesos judiciales: uno de 2008 (por una MGF practicada en 1996) y otro de 2012 (por una MGF practicada en 2001), ambos finalizados con condenas cuyas penas han sido suspendidas. En ambos casos estaban implicadas personas de origen somalí por realizar un acto de MGF en Suiza (el primero) y en Somalia (el segundo).

Suecia también cuenta con dos procesos judiciales que datan de 2006 y en el que también están implicados padres de origen somalí. Ambos actos de MGF tuvieron lugar supuestamente en Somalia. En Reino Unido se ha registrado un caso, pero difícilmente puede catalogarse como un “caso de MGF típico”. Un obstetra fue llevado a declarar tras ser acusado de practicar una MGF al haber suturado a una mujer quirúrgicamente para detener el sangrado tras haber dado a luz. Fue absuelto tras un juicio breve en 2015.

COMPARACIÓN ENTRE LA INTENCIÓN DELICTIVA Y LA OMISIÓN DEL DEBER DE CUIDADO EN LOS CASOS JUDICIALES SOBRE MGF

En la mayoría de procesos judiciales por MGF, la intención delictiva ha sido el elemento determinante para la inculpación: únicamente se puede declarar culpables a aquellas personas cuya actuación haya contribuido a que a una niña se le practicara la ablación y solo cuando se pueda corroborar que los supuestos perpetradores tenían dicha intención. En toda Europa, solo un par de procesos judiciales se desmarcan de este principio de intención delictiva. En dichos casos, las personas han sido inculpadas sobre la base de una “omisión del deber de cuidado”; es decir, han sido acusados de no haber protegido suficientemente a la niña ante el riesgo de que sea sometida a MGF.

Un ejemplo que ilustra muy bien este segundo motivo de inculpación es el caso presentado en el Tribunal Penal de Fribourg (Suiza) en 2009, en el que una tutora legal, denominada aquí “hermanastra”, fue acusada de “negligencia en su deber de asistir, supervisar o educar” y de “abandono” (artículos 219 y 127, respectivamente, del Código Penal suizo). La mujer, que argumentaba que en el momento del acto delictivo, la niña se encontraba bajo la custodia de su madre biológica en Somalia, fue declarada culpable en 2012, en una sentencia que fue suspendida:

En primer lugar, se reconoció que la hermanastra era responsable de la niña, ya que la había criado y había sido la persona de contacto en su escuela. En segundo lugar, la condición de peligro inmediato se cumplía. De hecho, el tribunal reconoció que en un país donde el índice de MGF está alrededor del 98 %, solo era cuestión de tiempo que a la niña le fuese practicada. En tercer lugar, pese a que no fue el motivo por el que la hermanastra la envió a Somalia, el juez estimó que era imposible que la tutora ignorase este riesgo, ya que tanto ella como su propia hija habían sido sometidas a MGF. Por tanto, se cumplían los criterios de intencionalidad en el sentido del Artículo 127 del Código Penal suizo, dado que la hermanastra no actuó para evitar que se practicara la MGF.

En cuarto lugar, la hermanastra llevó a la niña a Somalia sin explicarle que se trataba de un viaje de solo ida. Pese a que la niña declaró que quería conocer a su madre biológica, explicó que nunca habría aceptado quedarse en Somalia de forma permanente. En quinto lugar, la madre biológica no podía ser considerada como un tercero, que podría romper la relación causal, ya que ésta “era un aspecto del peligro al que se enfrentaba la niña”. En sexto lugar, la hermanastra vivía en Suiza desde hacía 19 años y no podía alegar que desconocía la prohibición de la MGF. En séptimo lugar, se aplica la legislación suiza dado que el delito se inició en Suiza, donde la hermanastra compró los billetes de avión [informe nacional, Suiza, Dina Bader].

El resultado de este caso puede ser comparado con otro caso judicial, esta vez en Suecia, en el que un adolescente viajó a Somalia con sus hermanas pequeñas

para visitar a la familia paterna. Se escapó y llegó hasta la Embajada de Suecia de Addis Abeba (Etiopía), donde habló con el personal de la embajada y les explicó que ella y sus hermanas habían sido sometidas a una MGF. Posteriormente, durante el interrogatorio policial, relató lo siguiente: “Y un día mi padre llamó a mi abuela [paterna] y le dijo: ‘Quiero que las niñas vuelvan conmigo a Suecia, así que debes...’ ... les cortan cosas a las niñas”. La niña aclaró que no había escuchado esta conversación entre ambos adultos, sino que había sido la abuela quien le había hecho el relato de esta conversación con el padre. A la niña y a sus hermanas se les practicó la ablación mientras el padre se encontraba en Suecia. En este país, fue detenido y pasó a custodia policial durante tres semanas, bajo “sospecha justificada” de incitar a practicar una MGF. En noviembre de 2008, el hombre fue puesto en libertad porque “no se podía probar que el/los sospechoso/s hubiera/n cometido un delito” (decisión del fiscal tras una investigación policial preliminar). La acusación, que se formuló solo en base a la Ley sobre MGF, tuvo que abandonarse por falta de pruebas que demostraran la intención delictiva del padre. Con una interpretación alternativa de la legislación existente sobre el deber de proporcionar cuidado y supervisión, quizá hubiera sido posible una sentencia condenatoria en este caso.

En definitiva, los estados pueden elegir tratar los casos de MGF realizadas en el extranjero, aun estando los tutores legales ausentes durante el acto de MGF e incluso cuando desconocían que la práctica se iba a realizar, desde dos perspectivas: 1) insistiendo en la intención delictiva de conformidad con la Ley sueca sobre MGF; o 2) mediante el enfoque de “omisión de la obligación de cuidado”, estableciendo la responsabilidad de los tutores por no haber protegido suficientemente a la niña.

LOS RIESGOS Y POTENCIALES DE INTRODUCIR EL CONCEPTO DE “OMISIÓN DEL DEBER DE CUIDADO” CON RESPECTO A LA MGF

Probablemente se incriminaría a una cifra superior de migrantes originarios de países donde se practican las MGF si los países europeos aplicaran en mayor medida el enfoque de la omisión del deber de cuidado en la persecución judicial de los casos de MGF. No obstante, existe un principio general del derecho penal por el cual se prohíbe efectuar interpretaciones amplias en procedimientos penales (Johnsdotter & Mestre i Mestre, 2015). En los demás casos descritos en el material recopilado, los padres fueron absueltos sobre la base de que habían dejado a sus hijas bajo el cuidado temporal de familiares de confianza y, al parecer, declararon honestamente no ser conocedores de lo sucedido. La cuestión es si es razonable sentenciar a personas por hechos que no han planeado, previsto o deseado.

Por otro lado, el enfoque del concepto de “omisión del deber de cuidado” podría representar una herramienta poderosa en el ámbito de la prevención

como factor disuasorio. Tiene el potencial de ser un paso importante en los esfuerzos para proteger a niñas jóvenes en Europa, dado que envía un mensaje claro a los grupos de migrantes concernidos sobre la prohibición de la MGF. Asimismo, podría convertirse en un instrumento útil para las familias que visitan sus respectivos países de origen durante un período y que necesitan convencer a sus redes sociales que, en caso de que alguien realice una MGF en sus hijas, se enfrentarán a penas de cárcel.

CONCLUSIÓN

El enfoque del concepto “omisión del deber de cuidado” en el tratamiento legal de los casos de MGF es un arma de doble filo. Por un lado, si se abusa del enfoque, existe un riesgo de estigmatización adicional de los grupos migrantes ya de por sí vulnerables en los países europeos, además de una vulnerabilidad legal mayor para quienes forman parte de dichos grupos. Podría decirse que la medida acentúa la represión en lugar de la prevención.

Por otro lado, este enfoque podría funcionar por sí solo de forma preventiva para proteger a las niñas que todavía no han sido sometidas a una MGF. En caso de utilizarse con sutilidad y discreción, podríamos estar hablando de un potencial inexplorado hasta ahora en forma de herramienta de prevención muy potente.

REFERENCIAS

- EIGE. (2013a). Female genital mutilation in the European Union – Report. Vilnius: European Institute for Gender Equality.
- EIGE. (2013b). Study to map the current situation and trends on FGM – Country reports. Vilnius: European Institute for Gender Equality.
- Johnsdotter S, Mestre i Mestre RM. (2015). Female Genital Mutilation in Europe: An Analysis of Court Cases. Brussels: European Commission, The Directorate-General for Justice.

El trabajo con las comunidades africanas de la UE para acabar con la MGF: el enfoque REPLACE (sustitución)*

Hazel Barrett

Universidad de Coventry

INTRODUCCIÓN

Acabar con la práctica de la MGF en la UE (y en todo el mundo) ha demostrado ser una tarea difícil. Esta tradición cultural profundamente arraigada es muy resistente al cambio. Pese a las diferentes campañas e intervenciones pensadas para explicar los efectos contraproducentes para la salud que tiene la MGF y la penalización de la práctica en todos los Estados Miembros de la UE, esta práctica sigue efectuándose en mujeres y niñas residentes en la UE. El enfoque REPLACE (sustitución, en inglés) es una nueva forma de combatir la MGF en la UE que va más allá de concienciar a nivel individual sobre la práctica. Este enfoque asume que no todas las comunidades afectadas por la MGF son iguales, sino que todas ellas tienen sistemas de creencias diferentes que apoyan la práctica, así como diferentes presiones sociales que favorecen su continuidad. La MGF es una norma social y las comunidades practicantes disponen de diferentes mecanismos para imponerla, así como diferentes sistemas de creencias que la apoyan. Si queremos cuestionar la norma social que apoya la MGF, debemos dirigirnos tanto a los individuos como a sus comunidades de referencia. Esto es lo que se pretende con el enfoque REPLACE.

EL ENFOQUE REPLACE

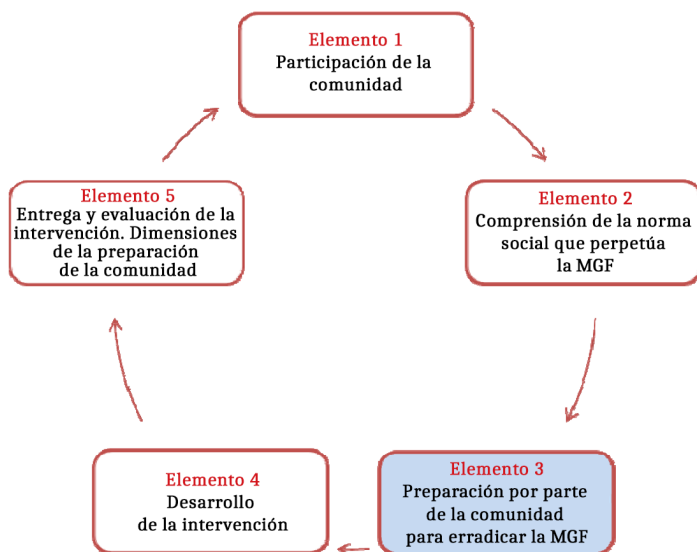
El enfoque REPLACE es una metodología innovadora y eficaz para trabajar con las comunidades en la erradicación de la MGF en la UE. Este enfoque ha sido desarrollado, implementado y evaluado por las comunidades africanas afectadas por la MGF, incluidas las de Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea Bissau, Senegal, Somalia y Sudán que residen en cinco de los Estados Miembros de la UE (España,

* Texto traducido del inglés. El texto original se puede consultar en este volumen.

Italia, Países Bajos, Portugal y Reino Unido). El proyecto ya ha recibido dos subvenciones a través del Programa Daphne III de la CE.

Este enfoque combina las teorías de cambio de comportamiento y la participación de las comunidades mediante estudios de acción participativa basados en las comunidades. Así, se empodera a las comunidades afectadas por la MGF mediante la aplicación de la teoría del cambio de comportamiento (Michie, et al, 2014) fomentando la participación de los líderes y lideresas de las comunidades, así como de las personas influyentes en las mismas y en los grupos de pares. El objetivo es cuestionar la norma social que apoya la continuación de la MGF en las respectivas comunidades.

Figura 1: Los cinco elementos del enfoque REPLACE



El enfoque REPLACE es un esquema cíclico de cinco elementos (ver Figura 1) que representa el flujo de motivación y cambio de comportamiento dentro de una comunidad. Para que una comunidad rechace la MGF como práctica es posible que se necesiten repetir varios ciclos del esquema (para obtener más información, ver www.replacefgm2.eu).

Figura 2: Preparación por parte de la comunidad para erradicar la MGF: dimensiones del cambio

Dimensiones de la preparación de la comunidad		Fases	Preparación de la comunidad para acabar con la MGF
A	Conocimiento por parte de la comunidad sobre la MGF	1	COMUNIDAD NO SENSIBILIZADA: LA PRÁCTICA DE LA MGF ES UNA NORMA SOCIAL
B	Sistemas de creencias y actitudes de la comunidad con respecto a la MGF	2	NEGACIÓN/RESISTENCIAS DE LA COMUNIDAD: ALGUNOS DE SUS MIEMBROS RECONOCEN LA MGF COMO UN PROBLEMA
C	Esfuerzos por parte de la comunidad para acabar con la MGF	3	LIGERA SENSIBILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD: MUCHOS SE PREOCUPAN POR LA MGF, PERO NO HAY MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO
D	Conocimiento de la comunidad sobre los esfuerzos para acabar con la MGF	4	PREPLANIFICACIÓN: RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LA COMUNIDAD DE QUE ALGO HAY QUE HACER, PERO FALTA ENFOCAR LOS ESFUERZOS
E	Actitudes de líderes y personas influyentes de la comunidad para acabar con la MGF	5	PREPARACIÓN: LÍDERES DE LA COMUNIDAD EMPIEZAN A ELABORAR UN PLAN SERIO PARA ACABAR CON LA MGF
F	Recursos de la comunidad disponibles para apoyar los esfuerzos destinados a acabar con la MGF	6	INICIACIÓN: EN MARCHA ACTIVIDADES E INTERVENCIONES EN LA COMUNIDAD PARA ACABAR CON LA MGF
		7	ESTABILIZACIÓN: LÍDERES DE LA COMUNIDAD APOYAN ACABAR CON LA MGF EN SU COMUNIDAD
		8	EXPANSIÓN: MIEMBROS DE LA COMUNIDAD SE SIENTE CÓMODOS CON LA ELIMINACIÓN DE LA MGF
		9	APROPIACIÓN COMUNITARIA: UN GRAN NÚMERO DE MIEMBROS SE SUMA A LOS ESFUERZOS PARA ACABAR CON LA MGF, QUE SE CONVIERTE EN NORMA SOCIAL

La preparación REPLACE de la comunidad para erradicar la MGF es un elemento esencial del enfoque REPLACE (ver Figura 1). REPLACE adaptó el modelo de preparación de una comunidad diseñado por Plested et al (2006) al caso de la MGF en la UE (ver Barrett et al, 2015a). El análisis implica puntuar a cada comunidad con respecto a las seis dimensiones del cambio y, posteriormente, situarla en una de las nueve etapas del cambio (ver Figura 2). Esto se puede hacer mediante grupos de debate o a través de diferentes individuos representantes de las comunidades (el promedio de sus puntuaciones sería utilizado para puntuar a la comunidad). Seguidamente, un asesor independiente compara las puntuaciones otorgadas a la comunidad con la hoja de seguimiento y sitúa a la comunidad en una de las nueve etapas de preparación para erradicar la MGF (para obtener información sobre cómo hacerlo, ver Barrett et al, 2015b).

El análisis es una herramienta matizada que se puede emplear no solamente para medir la preparación de una comunicación con respecto al cambio, sino también para informar sobre el desarrollo de la intervención. Tal como demuestra la Figura 3, es muy probable que las comunidades identificadas en las fases 1-3 de preparación para erradicar la MGF exijan que se realicen ciertas intervenciones de sensibilización. Sin embargo, las comunidades clasificadas en las fases 4-6 necesitarán ayuda para cambiar ciertas actitudes e iniciar el cambio en el comportamiento con respecto a la erradicación de la MGF; finalmente, las clasificadas en las fases 7-9 requieren de un apoyo para continuar con el cambio comportamental para cuestionar con éxito la norma social en la que se basa la práctica de la MGF y sustituir dicha norma por una en la que la MGF no sea aceptable.

Al realizar otro análisis REPLACE del grado de preparación de una comunidad para erradicar la MGF tras haber finalizado una intervención se puede evaluar el éxito de dicha intervención y ajustarla. Asimismo, este análisis indica si la comunidad ha progresado a través de las diferentes fases y también permite estudiar el enfoque de las futuras intervenciones.

Figura 3: Análisis REPLACE del grado de preparación de la comunidad para erradicar la MGF

DIMENSIONES DEL CAMBIO	FASES DE LA PREPARACIÓN PARA ACABAR CON LA MGF (1-9)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A. Conocimiento por parte de la comunidad de la MGF	L	M	M	M	H	H	H	H	H
B. Sistemas de creencias y actitudes de la comunidad con respecto a la MGF	L	L	M	M	M	H	H	H	H
C. Esfuerzos de la comunidad para acabar con la MGF	L	L	L	M	M	M	M	H	H
D. Conocimiento por parte de la comunidad de los esfuerzos para acabar con la MGF	L	L	L	L	L	M	H	H	H
E. Actitudes de líderes y personas influyentes de la comunidad con respecto al abandono de la MGF	L	L	L	M	M	H	H	H	H
F. Recursos de la comunidad disponibles para apoyar los esfuerzos destinados a acabar con la MGF	L	L	L	L	L	M	M	M	H
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
FASES DE LA PREPARACIÓN DE LA COMUNIDAD PARA ACABAR CON LA MGF	Comunidad no sensibilizada	Negación/resistencia por parte de la comunidad	Ligera sensibilización por parte de la comunidad	Pre-planificación	Preparación	Iniciación	Estabilización	Expansión	Apropiación comunitaria
	Aumentar el conocimiento de la MGF			Cambiar las actitudes e iniciar el cambio comportamental con respecto a la MGF			APOYAR EL CAMBIO Apoyar el cambio de comportamiento en la no realización de la MGF		
FOCO DE INTERVENCIÓN	* Cohesionar la comunidad * Aumentar el conocimiento del impacto en la salud y del aspecto ilegal de la MGF * Desafiar el sistema de creencias que apoyan la MGF			* Identificar y apoyar a líderes y grupos influyentes de la comunidad en sus esfuerzos para acabar con la MGF * Apoyar los esfuerzos para acabar la MGF a través de intervenciones adecuadas * Empezar a explotar los recursos de la comunidad para acabar con la MGF			* Reforzar los esfuerzos de la comunidad para acabar con la MGF * Garantizar los recursos de la comunidad y otros para así garantizar el abandono de la práctica		
EQUILIBRIO DE EMPODERAMIENTO DE LA COMUNIDAD O INDIVIDUAL	Empoderamiento de la comunidad			Empoderamiento individual			Empoderamiento de la comunidad		
CAMBIO EN LA NORMA SOCIAL	Norma social que apoya la MGF			Punto de inflexión en la norma social			Norma social que abandona la MGF		

RESULTADOS

Se realizó un análisis REPLACE del grado de preparación comunitaria para erradicar la MGF en el que se analizaron varias comunidades participantes. Dicho análisis se empleó para informar sobre el tipo de intervención que debía implementarse (ver Tabla 1). Tras la finalización de la intervención en la comunidad, se repitió el análisis. En cada caso, el análisis REPLACE de preparación comunitaria mejoró, indicando que había habido cambios positivos en el seno de la comunidad de cara a erradicar la MGF.

Figura 4: Fases de la preparación de una comunidad para erradicar la MGF y la acción de intervención de los socios de REPLACE

Comunidad afectada por la MGF	Fase de preparación para erradicar la MGF	Acción de intervención
Comunidad eritrea/etíope (Italia)	FASE 1-2: Falta de conciencia comunitaria sobre la MGF mezclada con negacionismo y resistencias	Organización de una serie de sesiones dirigidas a la comunidad para agrupar a sus miembros y concienciar sobre la práctica de la MGF y sobre sus repercusiones legales en la UE.
Comunidad gambiana/senegalesa (España)	FASE 2: Actitud negacionista y resistencia de la comunidad a reconocer que la MGF es un problema	Organización de un conjunto de sesiones dirigidas a la comunidad para concienciar sobre la MGF enfocándose en sus consecuencias legales en la UE, tanto a nivel de la igualdad de género como de los derechos humanos. Oportunidad de abrir un debate
Comunidad de Guinea Bissau (Portugal)	FASE 3: Ligera sensibilización sobre la MGF, pero sin motivación por parte de la comunidad para enfrentarse al problema	Organización de un conjunto de sesiones dirigidas a la comunidad sobre las actitudes hacia la cultura europea y la MGF con respecto a la salud, la religión, la Ley y la igualdad de género. Oportunidad para el debate
Comunidad sudanesa (Reino Unido)	FASE 3: Ligera sensibilización sobre la MGF, pero sin motivación por parte de la comunidad para enfrentarse al problema	Organización de un evento dirigido a la comunidad para presentar las sesiones sobre las consecuencias para la salud que implica la MGF, en concreto los tipos I y II, y para cuestionar la creencia de que el Islam obliga a la MGF. Se abren debates en tres lenguas
Comunidad somalí (Países Bajos)	FASE 4: Preplanificación: hay un reconocimiento por parte de la comunidad de que algo se debe hacer para erradicar la MGF, pero los esfuerzos carecen de objetivos claros	Maestros de escuelas coránicas desarrollan e imparten una clase sobre el Corán centrándose en cómo des-montar la creencia de que el Corán obliga a realizar la MGF

CONCLUSIÓN

El análisis REPLACE del grado de preparación de una comunidad para erradicar la MGF es una de las pocas herramientas disponibles con las que

se pueden analizar los cambios en el comportamiento comunitario y la transformación de las normas sociales. Ha demostrado ser muy eficaz cuando ha sido utilizado como parte de la metodología REPLACE. Se trata de una herramienta que las comunidades y otras partes implicadas pueden emplear fácilmente. Puede ayudar a ajustar las intervenciones para que sean eficaces y, si se emplea con cierta periodicidad, puede supervisar el progreso de una comunidad en su evolución hacia el abandono de la MGF.

REFERENCIAS

- Barrett, H, Brown, K, Alhassan, Y & Beecham, D. 2015a, *The REPLACE Approach: Supporting communities to end FGM in the EU. A Tool Kit*. www.replacefgm2.eu
- Barrett, H, Brown, K, Alhassan, Y & Beecham, D. 2015b, *The REPLACE Approach: Supporting communities to end FGM in the EU. Community Handbook*. www.replacefgm2.eu
- Michie, S, Atkins, L, & West, R. 2014. *The Behaviour Change Wheel: A guide to designing interventions*. Silverback Publishing: London
- Plested, B.A, Edwards, R.W & Jumper-Thurman, P. 2006, *Community Readiness: A handbook for successful change*. Tri-ethnic Centre for Prevention Research, Colorado State University

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido financiado parcialmente por el Programa Daphne III de la CE (código de subvención de acción: REPLACE: JLS/2008/DAP3/AG/1193-3DCE03118760084; REPLACE2: JUST/2012/DAP/AG/3273).

Agradezco la valiosa contribución del Equipo REPLACE de la Coventry University REPLACE (Katherine Brown, Yussif Alhassan y Kayleigh Kwah) y de los socios de REPLACE (APF, CESIE, FORWARD, FSAN, GES y el ICRH de Universidad de Gante), así como de las comunidades afectadas por la MGF que han participado en el proyecto.

**POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN
EN ÁFRICA**

Experiencia de lucha contra la ablación en Malí*

Fatoumata Coulibaly

Asociación BAMEKO

INTRODUCCIÓN

En Malí, las mujeres representan más de la mitad de la población (50,01 %). Pese a representar la mayoría, las mujeres están expuestas a obstáculos relacionados con tradiciones socioculturales.

Malí es país firmante de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 10 de diciembre de 1948, de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (CADHP) de 21 de junio de 1981 y del Protocolo adicional a la Carta Africana de Derechos de la Mujer en África (Protocolo de Maputo).

Pese a los esfuerzos de mejora llevados a cabo por el Gobierno maliense, cabe constatar que las mujeres (y sobre todo aquellas que provienen de las zonas rurales) no ejercen plenamente sus derechos personales, sociales y económicos ni en su entorno familiar, ni en las organizaciones ni en la sociedad.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS

En Malí, las mujeres se enfrentan a diferentes formas de violencia. Todas las mujeres han sufrido al menos una de las 20 formas de violencia contra las mujeres que se han identificado en el país: violencias físicas (golpes y heridas, “correcciones” que pueden llegar a provocar una mutilación o la muerte); violencias psicológicas (injurias flagrantes y graves, lenguaje despectivo y humillante, amenazas de muerte); violencias sexuales en la vida cotidiana (acoso sexual, abusos sexuales a menores y violación); violencias relacionadas con un conflicto (la violación por parte de uno o varios individuos ha sido empleada como arma de guerra durante el conflicto en el Norte de Malí); otras formas graves de violencias como, por ejemplo, el matrimonio forzado o la lapidación; violencias económicas (negación de recursos y feminización de la pobreza); violencias institucionales e infrarrepresentación de las mujeres en los lugares donde se toman decisiones;

* Texto traducido del francés.

matrimonios infantiles y forzados, sororato y levirato; prácticas nefastas como las MGF (una ablación, que constituye la violencia no reprimida por una ley específica más importante); alimentación forzada; escarificaciones, etc.

La ablación, el *bolo koli* en bambara (que significa “lavar las manos”) o la mutilación genital femenina es la práctica por medio de la cual se realiza un corte en el clítoris. Puede incluir la ablación de la punta o de la mitad del clítoris, o bien la ablación total del mismo. Dicha práctica se realiza en mi país y no tiene nada que ver con la religión, ya que la practican todos: musulmanes, católicos, laicos, etc. En Malí, únicamente hay una minoría sonrai, una etnia del Norte de Malí, que no la practica.

LOS PREPARATIVOS DE LA ABLACIÓN

“No llores, apretad los dientes, cerrad los ojos, seréis más valientes y fuertes. La operación consiste en daros pureza, en limpiaros de toda impureza. Pobres de vosotras como llores, porque seréis la vergüenza de vuestras mamás. Cuando acabe la operación, os habréis convertido en mujeres de verdad”, nos dijeron durante la preparación que tuvo lugar la noche antes de la ablación. Éramos 6 o 7 niñas de la misma familia y teníamos entre 6 y 7 años.

LOS CONSEJOS DE MI PADRE

Yo, personalmente, no tuve miedo porque mi padre me calmó con sus palabras. El Sr. Coulibaly había sido un excombatiente de la Segunda Guerra Mundial (lo que se llamaba comúnmente “tirador senegalés”). Me vino a hablar sin que estuvieran ni mis tías, ni mi madre ni su madre: “Por favor, sé fuerte, porque pase lo que pase, que sepas que un día todas estas tonterías se habrán acabado”.

Esta operación existe desde tiempos inmemoriales y no produce nada bueno en las niñas; todo lo contrario, solo les provoca dolor. “Yo no tengo derecho a opinar, me dice; si en nuestras costumbres un hombre tuviera derecho a opinar, ¡yo diría que NO a esto y no permitiría que nadie tocara a mis hijas!” Aquí en Malí, el padre no podía opinar sobre lo que le iba a pasar a su hija; solo sus hermanas y las madres podían decidir sobre esta cuestión. En el caso de los niños varones, son los tíos quienes toman la decisión. Después de escuchar los consejos de mi padre, me fui a la habitación de mi abuela para dormir con mis compañeras.

Y LLEGÓ EL DÍA

Por la mañana, muy temprano, la abuela nos despertó con cantos sagrados. La circuncidadora estaba esperando afuera. Eran las 6 de la mañana. Todas las madres y tías estaban reunidas en el lugar de la ceremonia.

Una a una, íbamos entrando en los baños que había en la cabaña de la ceremonia. Era una cabaña sin tejado en la que había un lavabo, un hoyo y una gran piedra blanca donde nos teníamos que sentar para bañarnos. En el suelo había una esterilla sobre la cual tenías que estirarte boca arriba. Unas mujeres te sostenían los brazos y, otras, las piernas.

La circumcidadora, con su vestido y su fular rojos, realizaba su operación, sin alcohol, sin mercromina, sin anestesia. Lo único que te dice es: “¡Aprieta los dientes y, sobre todo, no grites!”. Después de cortar el clítoris, usa unos polvos negros cuya composición solo e conocida por ella. Después, una a una, vamos saliendo y las mamás bailan y cantan “fari fari, n’dogoni fari yala”, que quiere decir “son valientes, las niñas son valientes”. Muchas veces algunas madres vienen acompañadas de músicos de tambores. Gracias al apoyo de nuestra abuela, ninguna de nosotras se ha desmayado por la pérdida de sangre.

LAS CUATRO SEMANAS DE ENCIERRO

Cada mañana, la abuela se encargaba de comprobar cómo se iban curando las heridas. La circumcidadora venía cada dos días para preguntar por nuestro estado de salud. Como esposa de circumcidador, y siendo ella misma circumcidadora, conocía los secretos de su trabajo. Es precisamente su marido quien fabricaba las cuchillas para la operación.

Nosotras nos bañábamos cada dos días. Cada jueves, formábamos una fila india hacia el riachuelo, guiadas por una chica ya iniciada que hacía de guardiana para lavar nuestros trajes tradicionales. Es también esta chica quien se ocupaba de nosotras las 24 horas en la habitación. Llevábamos puestos un bubú de color azul, un paño negro y un tipo de fular que nos cubría la cabeza y que solamente dejaba ver los ojos, la nariz y la boca para poder respirar. Todas las niñas llevábamos chancletas hechas con material de ruedas.

¡Y pobre la que no esté en la habitación! La que falte recibe un castigo, ya sea de la chica o de la abuela. La chica también nos da lecciones sobre cómo hay que estirarse en la esterilla para no hacerse daño, mientras que la abuela nos explica los secretos de la vida. La circumcidadora viene a curarnos con el polvo negro cada dos días, después de haber limpiado las heridas, sin olvidar las medicinas tradicionales de nuestra abuela. En dos semanas las heridas ya han cicatrizado. Salimos de la habitación a la cuarta semana.

Esta práctica se hace en época de lluvias, cuando estás de vacaciones, es decir, cuando no hay escuela. La familia vecina también había hecho ceremonias de ablación, pero una niña después de la operación murió por la hemorragia. Pronto dijeron que había muerto por culpa de los brujos. Según ellos, esto pasa justo cuando los brujos se comen a las niñas. Ese día me marcó mucho, hasta que tuve 15 años. Eran los mismos argumentos que usaban hombres y mujeres cuando se moría una niña.

MIS EXPERIENCIAS PROFESIONALES

Cuando me contrataron en la Radio Televisión Nacional de Malí, pude constatar el mismo fenómeno a lo largo de mis reportajes en el interior del país. Mi ira iba creciendo, cada vez más, así que hice un documental en el que entrevisté a marabutos, protestantes, católicos, brujos, personal sanitario e incluso a personas en la calle (con micro en mano).

Fue entonces cuando supe que la ablación no se menciona en el Corán ni en la Biblia. Por eso es por lo que he decidido luchar contra la ablación, ya que no podíamos hablar de ello en la radio ni en la televisión. Fue entonces cuando me uní a dos grandes asociaciones de mujeres: la AMSOPT (Asociación Maliense para el Seguimiento y la Orientación de las Prácticas Tradicionales), liderada por la Sra. Khadíja Aoudou MAIGA; y la APDF (Asociación por el progreso y la defensa de los derechos de las mujeres), liderada entonces por la difunta Fatoumata Siré DIAKITE, que posteriormente ocupó el cargo de embajadora de Malí en Berlín.

Fue más tarde, en 2007, cuando creé mi propia asociación de mujeres llamada "BAZEKO", que significa "bienestar". También tuve la oportunidad de actuar en *Moolladé*, del difunto Sembene Ousmane. Pero Sembene Ousmane no sabía que yo participaba en esta lucha. Fue en 2005, para el lanzamiento de la película en el Festival de Cannes, cuando se enteró de las entrevistas que yo había hecho.

Señoras, señores, estimados invitados e invitadas, les recuerdo que hoy mismo, en esta misma hora, hay una niña que está siendo sometida a la ablación a escondidas. Hay muchas mujeres que me han confesado a lo largo de mis reportajes lo siguiente: "En cuanto el sol se pone, empiezo a tener miedo de irme a la cama con mi marido porque me duele el sexo". Estas mujeres no pueden confesar esto a sus esposos, ni a sus suegras, ni a nadie. Son muchas las mujeres a las que padecen dolor hasta el final de sus vidas.

REACCIÓN DE LAS AUTORIDADES EN 2004/2005

El Estado de Malí ha hecho avances. Por ejemplo, se ha prohibido la ablación en los centros de salud. Se ha creado una organización que lucha contra la práctica y está dirigida por una sabia mujer, la Sra. Keita Joséphine Traoré, que ha luchado por implicar a religiosos reticentes. Y no debemos olvidar a los *griot* (hombres de una casta de trovadores), ni a la sociedad civil, a los y las estudiantes, y tampoco a todas las asociaciones que luchan contra esta práctica. Todo esto ha dado sus frutos, porque ha acabado con los tabúes. Ahora todas las radios y televisiones tienen autorización para concienciar sobre este aspecto y se hacen películas, obras de teatro, canciones, etc. sobre este tema. Podemos decir que, hoy en día, hemos visto muchos progresos.

CONCLUSIÓN

A quienes estáis aquí, pese a la diferencia del color de piel, de la cultura, del país, de la religión, de la condición, etc., os corre la misma sangre roja por las venas. Todas aspiramos a ser felices, a vivir con alegría, a sentirnos realizadas, etc. Ayúdenos para que podamos impulsar y ayudar al Gobierno maliense a promover la creación de una ley específica contra las violencias ejercidas contra las mujeres y para poder garantizar su estricta aplicación (a nivel nacional, internacional y regional) con respecto a las violencias contra las mujeres.

A los socios técnicos y financieros, es importante movilizar cuantos más recursos y dispositivos de seguimiento técnico y financieros, y asignar fondos a las organizaciones de mujeres que luchan contra las violencias ejercidas contra las mujeres.

Prevención y gestión de la MGF en Tanzania*

Marycelina Msuya

Universidad Cristiana Médica del Kilimandjaro

INTRODUCCIÓN

Entre las prácticas tradicionales perjudiciales que se realizan en Tanzania se encuentran el matrimonio precoz, los tabúes alimentarios, la violencia sexual y doméstica, la privación de la herencia a la esposa, la preferencia por el nacimiento de varones y la mutilación genital femenina.

El primer objetivo del perfil de este país es proporcionar una mayor comprensión de los problemas relacionados con la MGF desde una perspectiva más amplia de la igualdad de género y del cambio social. Pese a que existen varios obstáculos que se deberían superar antes de erradicar la MGF en Tanzania, muchos de los programas existentes están creando cambios activamente positivos y la legislación gubernamental ofrece una plataforma de base útil para abandonar la práctica. Una de cada diez mujeres tanzanas ha sido circuncidada. En la mayoría de casos se trata del tipo más habitual de MGF que incluye la escisión y extirpación de la carne.

CONTEXTO

El 86 % de las mujeres entre 15 y 49 años ha oído hablar de la MGF. Los conocimientos sobre la MGF van en progresivo aumento de acuerdo con el nivel de educación de la mujer, de modo que pasa de ser conocida por un 71 % de mujeres sin educación a un 97 % de las que cuentan con educación superior.

Una de cada diez mujeres tanzanas ha sido circuncidada. En la mayoría de los casos se trata del tipo más habitual de MGF que incluye la escisión y extirpación de la carne (81 %). La MGF varía ampliamente en función de la región, de modo que puede haber <1 % en muchas regiones, mientras que en Manyara llega a tener una prevalencia del 58 %. La prevalencia de la MGF aumenta con la edad: un 19 % de mujeres entre 45-49 están circuncidadas, mientras que en el intervalo

* Texto traducido del inglés. El texto original se puede consultar en este volumen.

de 15 a 19 años representa el 5 %. En Tanzania, la MGF se realiza a lo largo de la infancia. No obstante, las mujeres informan que han sido circuncidadas con una edad inferior a 1 año (35 %) o con 13 años o más (28 %). La encuesta TDHS-MIS 2015-16 es la cuarta encuesta que incluye preguntas sobre MGF.

La prevalencia de la MGF ha disminuido desde 1996, que se situaba entonces en el 18 % de mujeres circuncidadas. Esta disminución es especialmente destacable entre mujeres jóvenes que tienen entre 15 y 29 años. Para obtener datos sobre hasta qué punto las niñas continúan siendo circuncidadas, a las mujeres con hijas de menos de 15 años que participaron en la encuesta TDHS-MIS 2015-16 se les preguntaba si sus hijas habían sido circuncidadas. En general, la encuesta demostró que menos de un 1 % de las niñas están circuncidadas actualmente; no obstante, dado que más de un cuarto de las mujeres entre 15-49 años se circuncidaban a los 13 o más años, sigue siendo posible que las niñas menores de 15 años se sometan en un futuro a la práctica. Casi todas las mujeres (95 %) creen que su religión no les obliga a practicar la MGF y que ésta no debería continuar aplicándose.

CONCLUSIONES

Tanzania es un país de una enorme diversidad geográfica, cultural, étnica y religiosa. La MGF se practica a lo largo del país en diferentes grados. Por tanto, las estrategias para eliminarla como práctica deben implementarse a nivel nacional y también a nivel comunitario. Las organizaciones deberían prestar especial atención a que las iniciativas y estrategias anti-MGF tengan en cuenta las circunstancias concretas de cada región. En concreto, tienen que tenerse en cuenta las razones subyacentes por las que la MGF se practica y los modos en los que dicha práctica ha evolucionado en algunas regiones.

La MGF debería integrarse en la formación del personal médico y en los programas de salud reproductiva de las clínicas porque el grueso de sus pacientes son mujeres en edad de reproducción. Las y los profesionales sanitarios deben recibir una mejor formación para gestionar las complicaciones derivadas de la MGF. Dada la posible tendencia hacia la medicalización de la práctica en algunas zonas (p. ej., en Kilimanjaro), esta cuestión debería abordarse en los programas formativos de los estudiantes de medicina y enfermería para que conozcan las consecuencias de su papel como profesionales con respecto a la MGF.

Asimismo es necesario mejorar el acceso a la asistencia sanitaria a través del programa de derivación de pacientes con complicaciones por MGF para así garantizar que las mujeres reciban la asistencia adecuada y de forma rápida. La falta de acceso y de uso de una asistencia sanitaria adecuada en general también representa un problema que debe abordarse, en concreto en las zonas más remotas del país.

Poner a prueba los indicios: Estudio aplicado y transferencia de conocimiento en Gambia*

Kemo Fatty

Wassu Kafo Gambia

Wassu Gambia Kafo fue fundada en 1999, en Gambia, como organización no gubernamental cuya misión es fomentar el desarrollo y la cooperación entre Gambia y España en materia de salud, investigación y educación.

Wassu Gambia Kafo es uno de los dos centros de investigación del Observatorio Transnacional de Estudios Aplicados a Nuevas Estrategias para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina. El observatorio se aloja en las oficinas de la Fundación Wassu, en la Universitat Autònoma de Barcelona.

Wassu Gambia Kafo ha establecido un acuerdo con las siguientes instituciones: Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de Gambia (desde 2003); Misión Médica Cubana (desde 2003); Universidad de Gambia (desde 2007); Protocolo de Acuerdo con el Gobierno de Gambia (2008); Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Banjul (desde 2009); Facultad de Enfermería y Obstetricia, Mansakonko (desde 2010), UNICEF, la OMS y el Ministerio de Sanidad (2010-2012), la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Bansang (desde 2010), la Facultad de Sanidad Pública de Brikama (desde 2013) y la Oficina para la Mujer (2016-2020).

La generación de conocimiento que se desarrolla a través de la investigación aplicada es una metodología única en Gambia. El conocimiento se transfiere en cascada desde: las instituciones (gubernamentales, internacionales, religiosas, sanitarias, sociales y educativas), comunidades (parteras tradicionales, personas que ejercen la ablación, líderes religiosos y de la comunidad), hasta los grupos de mujeres y hombres (jóvenes).

Desde 2011 hasta 2016, en Gambia se han formado a 6.006 personas en la prevención y gestión de la MGF, entre las que se incluyen: 97 personas del cuerpo funcional (juzgados, magistratura y legislación); 1.133 profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, obstetricia y misión médica cubana); 1.843 institutos de medicina y ciencias de la salud (estudiantes, profesionales sanitarios y personal de tutoría); 1.059 líderes religiosos o de las comunidades (imanes y otros líderes comunitarios); 1.293 parteras tradicionales

* Texto traducido del inglés. El texto original se puede consultar en este volumen.

(parteras y extirpadoras tradicionales); como también comunidades y otros grupos (grupos de jóvenes y de mujeres y hombres —*kafos*—).

Wassu Gambia Kafo ha llevado a cabo muchos proyectos de investigación, entre los que destacan especialmente los siguientes:

- 1989 - presente: investigación etnográfica con grupos de debate, entrevistas detalladas, análisis de barreras, etc.
- 2008 - 2009: una encuesta KAP con profesionales sanitarios reveló que el 42,5 % apoyaban la MGF y que su medicalización ya es una realidad en el país (7,6 %).
- 2008 - 2009: Un primer estudio clínico desarrollado en Gambia sobre la MGF (a 871 mujeres y niñas) arrojó datos sobre la práctica según etnicidad, tipos y consecuencias para la salud.
- 2010 - 2011: En un segundo estudio clínico (a 572 mujeres) se comparó el impacto en mujeres con y sin MGF durante el parto y el nacimiento del bebé.
- 2011: Un estudio KAP en hombres reveló que tan solo el 8 % de los encuestados participa en el proceso de decisión, mientras que un 71,7 % no son conscientes de las consecuencias en la salud que produce la práctica, y un 51,6 % creen que los hombres pueden aportar algo en su prevención.
- 2009 - 2014: Un estudio comparativo KAP demostró que el 76,4 % de las y los profesionales sanitarios desean que se abandone la práctica, y que el 71,6 % creen que es una práctica perjudicial que tiene consecuencias negativas para la vida y la salud de la mujer.

Gambia y Wassu Gambia Kafo han desarrollado dos estudios: el primero revela que la MGF sigue siendo una práctica habitual en las 6 regiones de Gambia, donde el tipo I afecta al 66 %, mientras que la MGF de tipo III tiene una inesperada prevalencia en la zona central del río y en la costa occidental. Las complicaciones por tipo se desglosan de la siguiente manera: de un total de 871 casos (tipo I: 577; tipo II: 229; tipo III: 65 casos), se observan complicaciones inmediatas en 110 de los casos, complicaciones a largo plazo en 189 de los casos y complicaciones totales en 299. Entre las complicaciones para la salud se encuentran: sangrado, anemia, cicatrización anormal, vulvovaginitis, síndrome prostático, tétano y septicemia.

En el segundo estudio los resultados demostraron que las mujeres con MGF tienen 4,5 veces más probabilidades de sufrir complicaciones durante el parto y de dar a luz a bebés que presenten problemas de salud. Dichas complicaciones se deben a la pérdida de la elasticidad producida por la MGF (fibrosis, queloides, sinequia vaginal). El estudio concluía que todas las formas de MGF, incluida la de tipo I, producen porcentajes mucho más altos de complicaciones ginecológicas y psicosexuales.

Ambos estudios, realizados por Wassu Gambia Kafo, demostraron un alcance alto de la práctica y consecuencias derivadas de la misma en niñas con

complicaciones para su salud a largo plazo, entre las que se incluyen partos difíciles y prolongados. Y es precisamente en este contexto que Wassu Gambia Kafo consideró que era adecuado, tanto a nivel científico como cultural, formar a profesionales sanitarios en la identificación, gestión y prevención de la MGF.

Después de realizar la transferencia de conocimiento en forma de cascada, Wassu Gambia Kafo incluye la MGF como formación para varias disciplinas. Desarrollaron un manual formado por 10 módulos. Dicho manual se emplea para la formación de estudiantes y profesionales de las ciencias de la salud, y se ha incluido en el programa académico de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Aliadas de Gambia. Asimismo, y como material complementario, han realizado un trabajo audiovisual, *Initiation without cutting* (Iniciación sin ablación), producido en inglés y en otros 5 idiomas locales. Wassu Gambia Kafo ha empleado otros recursos en la lucha por la erradicación de la MGF, entre los que se incluyen una declaración pública emitida en Brufut, además de las declaraciones de diferentes formadores y formadoras, una de las cuales titulada “Un futuro sin la MGF”.

La investigación que ha llevado a cabo Wassu Gambia Kafo también ha permitido que se desarrollen las siguientes actividades:

- 2011: Coloquio con líderes religiosos de África Occidental en Mauritania. Promulgación de una fatua en la que se expresa el compromiso de las autoridades islámicas a evitar la MGF, organizada por las agencias de la ONU.
- 2011 - 2016: Formación a líderes religiosos en Gambia. Apertura de un espacio para el diálogo sobre las consecuencias negativas de la práctica, organizado por la Oficina de la Mujer.
- 2011 - 2020: Diseño e implementación del Programa Nacional de Formación para Profesionales Sanitarios a través del Ministerio de Salud y Bienestar Social de Gambia, con el apoyo de UNICEF y de la OMS.
- 2012 - 2015: Exportación de la metodología Wassu mediante la introducción de programas académicos en cuatro universidades de Kenia y Tanzania.
- 2015: Aportación de pruebas al gobierno gambiano y a la Asamblea Nacional para promulgar la ley que prohíbe la MGF en Gambia.

El estudio KAP llevado a cabo en 2011 también demostró que el 40,9 % de las y los profesionales sanitarios y estudiantes reconocen su habilidad para detectar las consecuencias en la salud asociadas a la MGF. En 2014, otro de los programas de formación y capacitación realizado con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social demostró que el 62,3 % de las y los profesionales sanitarios y estudiantes son conscientes de las consecuencias en materia de salud asociadas a la MGF; previamente, en 2011, el 47,2 % de las personas encuestadas aceptaba que sus hijas fueran mutiladas o cortadas, un porcentaje que se vio reducido en un 24 % en el período entre 2012 y 2014. Otro estudio demostró que el 53,8 %

de las personas encuestadas asociaba la MGF a la religión entre 2012 y 2014, mientras un 24,6 % lo hacía durante las formaciones a profesionales sanitarios, cursos de sensibilización de líderes religiosos y transferencias de conocimiento en mezquitas.

La transferencia de conocimiento basada en la evidencia empírica a las y los profesionales sanitarios tiene como objetivo el de proporcionarles una formación que les permita gestionar las complicaciones relacionadas con la MGF. También les da las herramientas necesarias para que fomenten el abandono de la práctica desalentando a las familias, desincentivando la medicalización de la práctica e informando a otras y otros profesionales de que se trata de una infracción grave de la ética profesional porque ignora precisamente las complicaciones para la salud a largo plazo que tiene la práctica y porque no es necesariamente más seguro ni más barato.

Estos aspectos que he destacado en mi presentación constituyen el ámbito de intervención de Wassu Gambia Kafo.

**POLÍTICAS DE PREVENCIÓN
Y PROTECCIÓN EN ESPAÑA**

La experiencia del Observatorio Wassu para la prevención y la atención de la mutilación genital femenina (MGF) en España

Nora Salas Seoane

Fundación Wassu-UAB.

La Fundación Wassu es una organización científica de ámbito internacional que actúa para la prevención de la MGF a través de la investigación antropológica y médica, aplicada a la transferencia del conocimiento. Alberga el Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF, con dos bases de formación e investigación: una en Gambia (ONG Wassu Gambia Kafo) y la otra en España (Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales del Departamento de Antropología de la Universidad Autónoma de Barcelona). La metodología desarrollada consiste en la generación de conocimiento sobre la realidad sociocultural de la MGF a través de la investigación aplicada para transferir el conocimiento en cascada a agentes clave para su prevención.

En España, se genera conocimiento a través de la investigación aplicada con métodos cualitativos y cuantitativos: etnografías, grupos focales, entrevistas en profundidad, análisis de casos y estudios sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) a través de cuestionarios. Actualmente, se está llevando a cabo el análisis de cuestionarios CAP realizados a 506 profesionales del ámbito de la salud, trabajo social y educación en Cataluña, Islas Baleares, Euskadi y Aragón entre 2008 y 2014. En Cataluña, cabe destacar un aumento en la detección de casos y un aumento en la actitud para realizar prevención de la práctica, comparativamente con datos de estudios anteriores realizados en 2001 y 2004. Por otro lado, disminuye la denuncia el hecho de denunciar como primera actitud preventiva.

Realizamos mapas de la Mutilación Genital Femenina en España que se actualizan cada cuatro años, situando geo-demográficamente a la población femenina procedente de países donde se practica la MGF. Estos datos permiten apoyar a la planificación de políticas públicas para implementar programas de prevención y atención de la práctica en municipios concretos. Se han realizado también diagnósticos de la MGF en territorios determinados para la implementación

de programas a nivel estatal, con el apoyo de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, para Euskadi a través de Emakunde, el Instituto Vasco de la Mujer, y para la ciudad de Barcelona a petición del Ayuntamiento de Barcelona. También diseñamos materiales que sirven como herramientas para realizar prevención de la práctica por parte de los y las profesionales que trabajan en atención directa con las familias en servicios de atención a las personas.

A nivel de transferencia del conocimiento para la prevención y atención de la MGF, realizamos las acciones siguientes: formación a profesionales de atención primaria en salud, trabajo social y educación; formación académica a estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales; espacios de sensibilización y reflexión con líderes religiosos y comunitarios, familias y comunidades, hombres, mujeres y jóvenes; y participación en congresos internacionales y nacionales y la publicación de resultados en revistas científicas.

En esta presentación, se focaliza en el asesoramiento que realiza la Fundación Wassu para la creación de Programas de Prevención y Atención de la MGF en convenio con Ayuntamientos y otras instituciones. El objetivo de estos programas es promover actitudes y competencias que favorezcan la prevención de la MGF y la atención a sus consecuencias como un tema de educación para la salud en los servicios de atención a las personas (salud, servicios sociales y educación). Se promueve, asimismo, el empoderamiento de mujeres, hombres, jóvenes, familias y comunidades con origen en países donde se practica la MGF. La práctica se inserta dentro de los circuitos normalizados de atención primaria como un tema de salud comunitaria, de forma sostenible, sin inventar nuevos circuitos. A través de la formación, se capacita a profesionales con herramientas para la intervención preventiva y con habilidades interculturales para trabajar el tema con las familias. Estas son empoderadas con conocimiento sobre las consecuencias de la MGF para la salud a través del diálogo intercultural por parte de referentes legitimados/as que cuidan de su salud biopsicosocial.

Los programas tienen una mirada socio-antropológica al fenómeno y se basan en el empoderamiento, la prevención y la promoción de la salud. Son sostenibles, se adaptan al territorio y consiguen el apoyo institucional necesario para llevarse a cabo. Las experiencias de asesoramiento de Fundación Wassu en los municipios donde se ha trabajado en esta línea, como en Badalona y Santa Coloma de Gramenet (Barcelona), han dado resultados muy positivos y enriquecedores tanto para los profesionales como para las familias. Las niñas que han viajado a sus países de origen en el marco de estos programas, han vuelto a España sin haber pasado por la práctica. Se empodera y se capacita con conocimiento y habilidades tanto a profesionales como a familias para caminar conjuntamente hacia el abandono de esta práctica, que es perjudicial para la salud psico-sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

La intervención catalana frente a la MGF: una mirada en el espejo

Aina Mangas Llompart
Ayuntamiento de Badalona

“El universalista es, muy a menudo, un etnocentrista que se ignora”

(Todorov, 1989:27, en San Román, 1996:77)

La Mutilación Genital Femenina, se visualiza en España a principios de los 90 al detectarse en Cataluña, dos casos de MGF en niñas. La noticia llega a la opinión pública y desde la mirada occidental que parte el discurso universalista, de la simple denuncia de la “barbarie” (Rodríguez, 2002:7), se justifica la condena, la criminalización, la estigmatización y el castigo sin más (Foucault, 1975). Es una mirada que refleja un “espejo narcisista, que se jacta de ser la tierra prometida de la liberación femenina, ocultando las inequidades de género inherentes a la cultura de acogida” (San Román, 1996) y que esconde los miedos de una particular tradición psicoanalítica (Bennett, 1993), donde se lleva a cabo la “medicina del deseo” (Guerra, 2008).

En 2001 el Parlament insta al Gobierno de la Generalitat de Catalunya para hacer un plan de choque para erradicar la MGF. En su Resolución 832/VI, se habla de medidas contra las “mutilaciones rituales genitales femeninas”. Estas serán una de las prácticas más problemáticas y peor resueltas, derivadas del contacto intercultural (La Barbera, 2009, citado en Fernández, 2011: 394). En 2002 la Generalitat presenta su primer protocolo de actuación para prevenir la MGF, el primero en España, gestado en la provincia de Girona, creado con la intención de mejorar la coordinación entre los y las profesionales que intervenían con las familias subsaharianas. Sin embargo, la actuación se centra en controlar y perseguir a las familias que viajan al país de origen. Hecho denunciado públicamente en 2004 por profesionales que trabajan directamente con la comunidad.

En 2007 la Secretaría de Inmigración de la Generalitat publica su segundo protocolo de actuación ante la MGF y en 2009 se reedita incorporando los últimos cambios que se dan a nivel jurídico como la *Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho*

de las mujeres a erradicar la violencia machista. Como herramienta para desplegar el protocolo a nivel territorial, Inmigración e Interior, promueven la creación de las Mesas de Prevención de la MGF. Sin embargo, no se deja participar a la comunidad. Estas actuaciones son denunciadas públicamente en jornadas, por parte de mediadoras culturales, mujeres de asociaciones africanas y profesionales de la salud. A partir de 2008, la Generalitat pretende la expansión de este modelo al resto de Cataluña, sin una metodología definida y sin una evaluación previa del impacto de estas actuaciones. Incluso, en 2009, como se muestra en la fotografía, la policía autonómica viaja a Gambia “en su lucha contra la ablación”.



Foto: Mossos d'Esquadra en Gambia, 2009. Fuente: González, S. (2009).

El modelo de la Generalitat se visualiza en la prensa a través de las sentencias y las actuaciones promovidas por los Mossos d'Esquadra, enunciadas como forma de “salvación” de las menores de la práctica. Actuaciones centradas en vigilar, perseguir y castigar (Foucault, 1975) a las familias africanas, no exentas de efectos colaterales que afectan negativamente a las familias y a los y las profesionales que intervienen, perpetuando la desigualdad, lejos de evitar la práctica a largo plazo, puesto que no se involucra a la familia en el proceso de su abandono.

Según el informe EIGE 2013 sobre buenas prácticas en el abordaje de la MGF, el protocolo catalán es una buena herramienta de protección, no de prevención, que evita el daño sin importar sus consecuencias y critica la falta de evaluación, tanto de la eficacia, como del impacto, de una herramienta que está funcionando desde hace más de una década.

En la evaluación de este modelo se detectan algunas irregularidades e incongruencias, entre lo que plantean los protocolos y las leyes y en cómo se está actuando. Se han creado un conjunto de herramientas “clandestinas” destinadas al control, más que a la prevención, que vulneran los derechos de las familias africanas. Siguiendo a Cohen (1988), la perversión de este sistema llega cuando los/as profesionales de salud, servicios sociales, educación y cuerpos de

seguridad, para demostrar la bondad de estas medidas de actuación, justifican los medios de control, estigmatización y vulneración de ciertos derechos, para la supuesta prevención de la MGF. Control que se realiza de forma sutil y enmascarada bajo la bandera de los Derechos Humanos y desde la erradicación de la violencia machista.

A partir del 2011, el desmantelamiento progresivo del sistema del bienestar se acentúa con la reestructuración de la administración pública, afectando principalmente a los servicios de salud, servicios sociales y educación. Las repercusiones de estas políticas de “austeridad” afectan directamente en la atención y la prevención general. En el caso de la MGF, el presupuesto destinado a las Mesas de Prevención de la MGF en 2013 fue de 0 euros. Se evidencia que si los y las profesionales de salud, servicios sociales y educación tienen dificultades para realizar intervenciones preventivas, por el contexto y el desconocimiento, y por otra parte, los Mossos d'Esquadra con el soporte de Inmigración, abanderan y protagonizan la intervención frente a la MGF, vemos como resultado actuaciones punitivas.

En algunos municipios de la provincia de Barcelona en los que se impone el modelo, se empieza a repetir la situación vivida en la provincia de Girona en 2004, con actuaciones tremendamente punitivas en primera instancia, frente a la programación de viajes al país de origen. Las primeras sentencias condenatorias en España se dan a partir de 2011. No es casualidad, que de las 5 sentencias, 4 se producen de Cataluña: Caso Premià de Mar (2012), Caso Vilanova i la Geltrú (2013), Caso Lloret de Mar (2014) y Caso Valls (2015).

En 2015, la Generalitat anuncia como medida pendiente para las “víctimas” de la MGF “tradicional o ritual”, que la reconstrucción genital femenina la asumirá la sanidad pública catalana. Al mismo tiempo, coexiste la cirugía genital cosmética, realizada en clínicas privadas. Una vez más, el cuerpo femenino se politiza y se comercializa. La misma ley 5/2008, que define la MGF o riesgo de padecerla, a “cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales o produzca lesiones, aunque haya consentimiento expreso o tácito de la mujer”, ignora la cirugía genital cosmética y se centra en criminalizar y perseguir la MGF “tradicional o ritual”. Parece ser “que quien se somete al bisturí del cirujano plástico disfruta de libertad y autonomía en una sociedad libre de opresión, mientras que quien se expone al cuchillo ritual es víctima pasiva de las sociedades patriarcales tradicionales” (La Barbera, 2010:467). No se trata de prohibir o permitir todas las formas de corte genital, pero si de encontrar una postura coherente, a través de políticas no discriminatorias (Johnsdotter y Essén, 2010: 35).

Como la propuesta alternativa al modelo autonómico imperante, se propone el modelo Wassu, “planteado para llegar a las propias raíces culturales y a las relaciones de género, que necesariamente debe contemplar una transformación social, religiosa y cultural más amplia” (Kaplan, Moreno y Pérez, 2010: 7). Este

modelo, diseñado por la antropóloga Adriana Kaplan, se basa en la investigación aplicada a la transferencia social del conocimiento en cascada. Este modelo se ha pilotado en Badalona, a través del programa municipal de Prevención y Atención de la MGF, a través de Mangas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bennett, P. (1993) Critical clitoridectomy: Female sexual imagery and feminist psychoanalytic theory. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 18 (2): 235-259.
- Cohen, S. (1988) *Visiones de control social*. Barcelona. S.A. PPU.
- Departament de Benestar Social i Família (2014) *Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016*. Generalitat de Catalunya. 64 pág.
- European Institute for Gender Equality (EIGE) (2013b), *Good practices in combating female genital mutilation*, Luxemburgo, Publications Office of the European Union.
- Fernández, M. (2011) Cuando los árboles no dejan ver el bosque: Occidente ante las intervenciones rituales en los genitales femeninos. *Revista de Antropología Social*, vol. 20, pp. 394-401. Universidad Complutense de Madrid. [Reseña de Multicentered Feminism. Revisiting the Female Genital Mutilation. Discourse de La Barbera, Maria Caterina. [En línea] <http://digital.csic.es/bitstream/10261/63831/1/Occidente%20ante%20las%20MGF.pdf>
- Foucault, M. (1975) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores S.A.
- Gonzalez, S. (2009) Els Mossos viatgen a Gàmbia en la seva lluita contra l'ablació. *El Periódico de Catalunya*. Edición Cataluña, 3 de febrero de 2009, 27.
- Guerra, M.J. (2008) Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres, en: *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. Nº 38, enero-junio, 2008, 61-76.
- Johnsdotter, S. y Essén, B. (2010) Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications. *Reproductive Health Matters* 2010;18 (35):29-37.
- Kaplan, A., Moreno, J. y Pérez, M.J. (coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra.
- La Barbera (2010) Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXV, nº2, pp. 465-488, julio-diciembre 2010. [En línea] <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/viewFile/236/237> [Consultada: 07.12.2016]
- Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. DOGC Núm. 5123 del 2 de mayo de 2008.
- Mangas, A. (2010) *El Ojo de la MGF Un cruce de miradas*. [Tesina no publicada, realizada en el marco del Máster de Investigación Etnográfica, Teoría Antropológica y Relaciones Interculturales. Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona].
- Mangas, A. (2015) *Programa de Prevención y Atención de la Mutilación Genital Femenina en Badalona*. Servei de Salut Pública. Ajuntament de Badalona. [Documento no publicado].
- Rodríguez, D. (2002) Las mutilaciones genitales en la población senegambiana en Cataluña y África: el debate entre universalismo y relativismo cultural, en: González, A. y Molina, J.L. (coords.) *Abriendo surcos en la tierra. Homenaje a Ramón Valdés del Toro*. Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 79-102.

- San Román, T. (1996) *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Barcelona. Tecnos-UAB.
- Secretaria per a la Immigració, ed. (2002) *Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Secretaria per a la Immigració, ed. (2009 [2007]) *Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.

La prevención y la atención de la mutilación genital femenina: Una experiencia local interdisciplinar en Santa Coloma de Gramenet

M^a Teresa Martín de Villodres

Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet

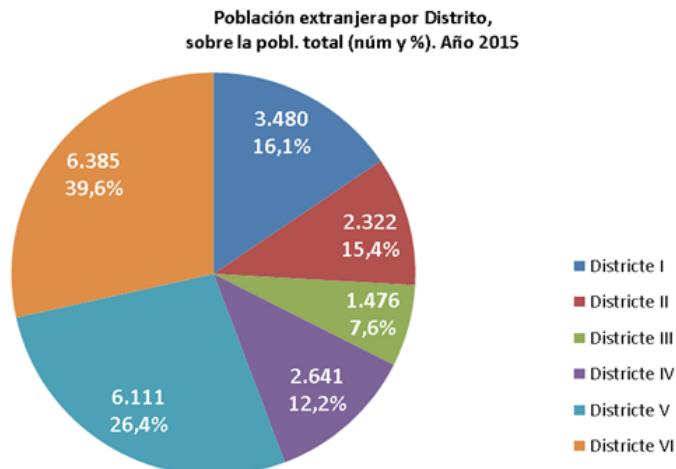
1. ALGUNOS DATOS SOBRE SANTA COLOMA DE GRAMENET

Santa Coloma de Gramenet es un municipio de 7Km², de la comarca del Barcelonés, dentro del área metropolitana de Barcelona. Es la 7^a ciudad más poblada de la provincia de Barcelona y la 9^a de Cataluña. Según datos oficiales de 2015:

- Población total: 116.950 habitantes
- Densidad de población: 16.707 hab./Km²
- Paro: 11.017 personas (19% de la población activa)
- RFDB: 14.700€/hab. (de las más bajas de Cataluña)

En 2015 había 22.415 personas extranjeras empadronadas, un 19,2% del total de la población. En SCG hay más de 80 nacionalidades diferentes.

A la derecha podemos ver la concentración de la población extranjera en los diferentes Distritos de la ciudad.



Fuente: Elaboración propia a partir de IDESCAT (Generalitat de C.)

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

En el mes de Mayo de 2015, el Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet establece un convenio de colaboración con la Fundación WASSU-UAB para diseñar conjuntamente el Programa de prevención y atención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en Santa Coloma de Gramenet.

Esta iniciativa se enmarca y se coordina desde el Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet, a través de la Oficina técnica del Plan local por la inclusión social (PLIS) del Departamento de Evaluación de Programas.

El Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento llega a un acuerdo con el Instituto Catalán de la Salud, proveedor sanitario de la Generalitat de Cataluña, para que facilite a los profesionales de la Salud (Pediatría, enfermería, etc.) la participación en el Programa.

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El objetivo principal de esta colaboración es promover actitudes y competencias que favorezcan la prevención de la MGF en la ciudad.

Como objetivos específicos, se contempla:

- Diseñar de forma intersectorial el Programa
- Identificar las zonas prioritarias de intervención e impulsar proyectos concretos
- Formar y sensibilizar a profesionales del ámbito de la salud, los servicios sociales y la educación
- Acordar criterios de intervención y establecer unos circuitos de coordinación y participación comunitaria

4. FASES Y PRODUCTOS DEL PROGRAMA

Primera fase: el grupo motor

Durante el segundo semestre de 2015 se trabaja en el marco de un Grupo motor, compuesto por profesionales sanitarios, de servicios sociales y profesionales del Ayuntamiento del ámbito de la atención a las personas.

La misión principal de este equipo de profesionales es diseñar, elaborar y hacer el seguimiento del Programa. Y algunas de sus funciones son:

- Acordar los criterios de intervención para la prevención y la atención

- Adaptar la metodología y las herramientas de prevención proporcionadas por la Fundación Wassu al contexto territorial
- Establecer los circuitos de coordinación y de participación comunitaria a partir de los espacios ya existentes en el territorio
- Designar el Grupo del Territorio Piloto
- Proponer los proyectos que se consideren necesarios llevar a cabo en el marco del Programa
- Hacer el seguimiento y la evaluación de las actuaciones que se lleven a cabo
- Proporcionar el soporte y los recursos que necesite el Grupo del Territorio Piloto.

Composición del Grupo

La composición de este Grupo Motor tiene un marcado carácter interinstitucional e interdisciplinar:

Fundación WASSU

Fundación WASSU – Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet

- Servicio de Salud pública y atención a los consumidores
- Servicio de Atención a la infancia y las familias – EAIA
- Centro de información y recursos para las mujeres (CIRD-SIAD)
- Servicio de Convivencia e Intermediación:
 - o Centro de Información y Asesoramiento a Personas Extranjeras
 - o Red de transmisión de valores y mensajes positivos
- Servicio de Educación
- Oficina técnica del Plan local para la inclusión social

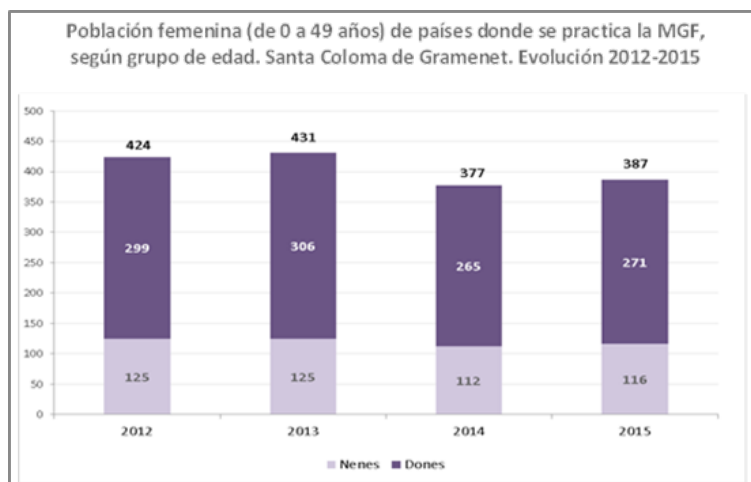
Instituto Catalán de la Salud

- Programa Salud y Escuela. Servicio de Atención primaria Barcelonés
- Centro de Atención a la salud sexual y reproductiva (CASSIR)
- Pediatría y Enfermería pediátrica. Equipos de Atención Primaria de Salud V Santa Rosa y VI Fondo
- Dirección de la Unidad de Gestión de Atención Primaria (UGAP)
- Grupo de Inmigración del Barcelonés Norte y Maresme

Informe “La población femenina en Santa Coloma de Gramenet de países en los que se practica la MGF”

En esta primera fase del Programa se parte de una prospectiva realizada por parte de la Oficina técnica del Plan local para la inclusión social, en la que se identifica la población femenina residente en Santa Coloma de Gramenet, de países en que se practica la MGF.

En Junio de 2015, constan empadronadas en la ciudad 387 niñas y mujeres en edad fértil de países en los que se practica la MGF.



Fuente: Elaboración propia a partir del PMH (Ayto. SCG) e IDESCAT (Generalitat de Catalunya).

Con los datos de este informe se identifica el territorio prioritario de intervención, donde más adelante se implementará el proyecto piloto del Programa. Las mayores concentraciones de población femenina de países en los que se practica la MGF se encuentran en el *Distrito V* (119 niñas y mujeres en edad fértil).

Formación sobre prevención y abordaje de la MGF

Paralelamente, se imparte a los/las profesionales del Grupo Motor una formación, a cargo de la Fundación WASSU, titulada: "Mutilaciones genitales femeninas. Identidad, Salud y Derechos humanos. Propuestas para un abordaje preventivo desde la actuación profesional".

El objetivo principal de esta formación, impartida durante dos jornadas (11 y 19 de junio de 2015), es facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades y prácticas para abordar el tema de la MGF con las familias.

Proyecto de capacitación de los/las profesionales. Materiales para la intervención

Durante las siete reuniones de trabajo del Grupo Motor, que tienen lugar a lo largo de 2015 y 2016, se diseña el proyecto de capacitación de los/las profesionales que constituirán el Grupo del Territorio Piloto, se designa la composición de este Grupo con profesionales de atención directa a las familias del *Distrito V* de la ciudad y se diseñan acciones informativas y formativas en ese territorio.

Los contenidos trabajados en las reuniones del Grupo Motor se apoyan sobre diversos materiales de trabajo para profesionales y familia. Algunos, facilitados por la Fundación WASSU; otros, creados y validados por el Grupo Motor. Estos materiales serán unas herramientas muy útiles a lo largo del proceso de capacitación de los/las profesionales. Entre ellos destacan:

- Compromiso preventivo (Compromiso informado de evitación de la MGF y Guía de aplicación (ICS): Documento que las familias de las niñas mostrarán al resto de su familia en el país de origen.
- Póster desplegable y trípticos para trabajar con las familias, y Guía para profesionales (F. Wassu-UAB). Están pensados, especialmente, para las consultas de Pediatría.
- Criterios de Intervención en MGF. Decálogo. Consensuados por los profesionales del Grupo.
- Revisión de los Códigos de Registro: Historia Clínica, Expediente de Servicios Sociales Básicos y otros Registros.
- Revisión del Marco legal. Revisión de los artículos de la Ley 14/2010 de Infancia y la Ley 5/2008 sobre Violencia machista donde se hace referencia a la práctica de la MGF
- Referentes Territoriales. Designación de las profesionales de referencia del Programa (Oficina del Plan Local para la Inclusión Social y F. Wassu-UAB)
- Algunos ejemplares de estos materiales:

Criterios de Intervención para la prevención y la atención de la MGF. Decálogo

El Grupo Motor definió, desarrolló y adaptó estos criterios de intervención, a partir del marco teórico proporcionado por Wassu-UAB. Sus contenidos hacen referencia a:

1. Beneficio del o la menor
2. Educación para la salud y empoderamiento familiar
3. Abordaje multisectorial desde la confianza
4. Acompañamiento de la decisión familiar de no mutilar
5. Confidencialidad
6. Herramientas para reforzar la decisión familiar de no mutilar
7. Atención integral
8. Velar por la inclusión en la comunidad
9. Presunción de inocencia versus persecución legal
10. Derecho a la libre circulación

Compromiso informado de evitación de la mutilación genital femenina

Este documento está orientado para su uso en consultas de atención primaria de centros de salud, especialmente en pediatría, cuando las familias planean

viajar a uno de los países en donde se practica la MGF. En él, las familias se comprometen a vigilar y cuidar de la salud de sus hijas durante su estancia en el extranjero, siguiendo los consejos de los centros de vacunación internacional y evitando la MGF.

Puede causar un efecto disuasorio en el país de origen y ayudar a contrarrestar la posible presión que la familia pudiera tener allí.

También contamos con los múltiples materiales que la Fundación Wassu ha puesto a nuestra disposición: Póster desplegable informativo, Mapa, Trípticos, Guía para profesionales, etc.

Segunda fase: grupo del territorio piloto

En Enero de 2016 se inicia el despliegue del Programa en el Distrito V de la ciudad, como territorio piloto.

Durante el primer semestre del año se realiza un conjunto de acciones informativas y formativas, dirigidas a sensibilizar y capacitar a los y las profesionales.

Composición del Grupo

Se designa la composición del Grupo del Territorio Piloto. Todos sus componentes son profesionales de atención directa con las familias. Y serán ellos y ellas las que pondrán en marcha en el territorio lo acordado por el Grupo Motor.

Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet

- Servicio de Atención a la infancia y las familias: Trabajadoras y Educadoras Sociales del EBASP V.
- Centro de información y recursos para las mujeres (CIRD-SIAD): Psicóloga y Trabajadora Social
- Servicio de Convivencia e intermediación: Equipo de Mediación. Centro de información y asesoramiento a personas extranjeras (CIAPE). Red de transmisión de valores y mensajes positivos.
- Oficina técnica del Plan local para la inclusión social

Instituto Catalán de la Salud (ICS)

- Centro de Atención a la salud sexual y reproductiva (CASSIR): Psicóloga
- Equipo Atención Primaria V Santa Rosa: Pediatra, Enfermeras pediátricas, Trabajadora Social.
- Equipo Atención Primaria VI El Fondo: Pediatra

- Programa Salud y Escuela. Servicio de Atención primaria Barcelonés Norte y Maresme: Enfermera del Programa

Otros organismos, instituciones o servicios

- Centro de Diagnóstico y Asistencia Precoz (CDIAP): Psicólogas
- Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ): Psicólogo
- Fundación WASSU – Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

Acciones Informativas

Durante el mes de Enero de 2016, se celebran en el Territorio Piloto (Distrito V) dos sesiones de presentación del proceso iniciado por el Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet y la Fundación Wassu-UAB para la elaboración del Programa. También se envía una circular informativa al resto de unidades, servicios o departamentos del municipio que pueden acabar siendo usuarios y/o participantes del Programa.

Formación en prevención y abordaje de la MGF

Siguiendo la misma línea de acción y objetivos generales que en la 1ª Fase, se imparte a los profesionales del Grupo del Territorio Piloto una formación en prevención y abordaje de la MGF.

Sesiones de acompañamiento a la intervención preventiva

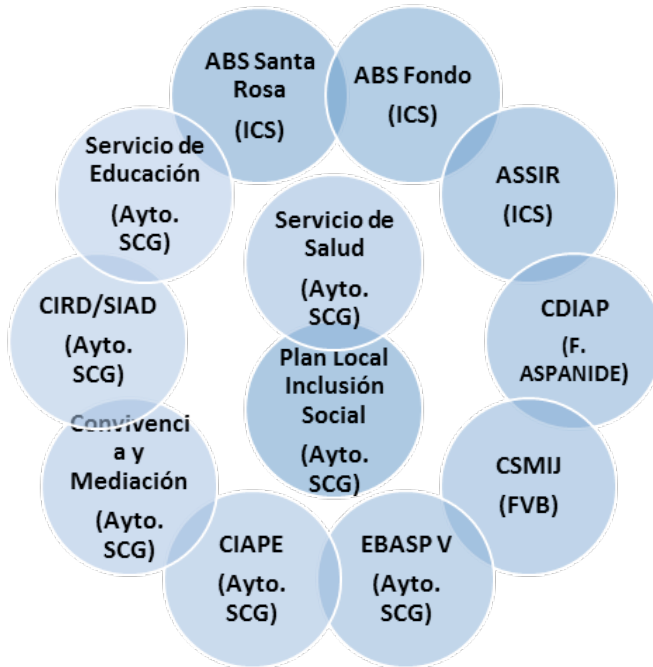
El siguiente paso que se da en esta Fase es la implementación de Sesiones de acompañamiento a la intervención preventiva. Tienen como objetivo complementar la formación teórica impartida, mediante sesiones de análisis de casos prácticos reales.

Están dirigidas a todas las personas miembros del Grupo del Territorio Piloto, aunque también participaron profesionales de otros territorios que expresaron su interés en compartir este espacio.

Su carácter interdisciplinar ha representado un valor muy importante, ya que ha permitido intercambiar diferentes saberes y miradas que han enriquecido a todas las personas participantes.

Red de prevención y atención de la MGF

Las sesiones de formación teórica y las de análisis de casos han permitido crear una red entre profesionales de muchos servicios, cosa que podría facilitar una intervención coordinada y más rica de cara al futuro.



Tercera Fase: aplicación y despliegue del programa

En 2017 se inicia la Tercera Fase: la aplicación y el despliegue del Programa en el conjunto del territorio de Santa Coloma de Gramenet.

Actualmente, estamos estudiando la viabilidad de firmar otro convenio de colaboración, esta vez entre la Fundación WASSU, el Instituto Catalán de la Salud y el Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento de SCG que haría posible desarrollar esta 3ª Fase del Programa y extender este modelo de intervención al conjunto del territorio. Concretamente, esta colaboración, cuando sea efectiva, enmarcaría acciones como:

- Presentación del Programa de prevención y atención de la Mutilación Genital Femenina en Santa Coloma de Gramenet.
- Diversas acciones de sensibilización de cara a la prevención
- Extensión del Proyecto de capacitación profesional a otros territorios de la ciudad.

La experiencia de la Unión Nacional de Asociaciones Familiares en prevención y atención a mujeres y niñas con MGF

Julia Pérez Correa

Unión Nacional de Agrupaciones Familiares

INTRODUCCIÓN: UNAF Y LA MGF

La Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) es una organización sin ánimo de lucro y de ámbito estatal que trabaja en la defensa y promoción de los derechos y el bienestar de las familias desde 1988.

Declarada de “Utilidad Pública” y “Entidad de Carácter Consultivo Especial del Consejo Económico y Social” (ECOSOC) de Naciones Unidas, UNAF está integrada por 28 organizaciones que trabajan en el campo familiar desde muy diversos ámbitos, como la salud, la educación, la igualdad, la interculturalidad, infancia, personas mayores, discapacidad, entre otras.

Además, como organización abierta y progresista, UNAF defiende el derecho de la ciudadanía a elegir libremente y a formar el modelo de convivencia que más le satisfaga. De este modo, apoyamos la diversidad familiar.

UNAF es además una organización de referencia en la prevención y erradicación de la Mutilación Genital Femenina a nivel nacional e internacional. A través de sus programas de Promoción de la Salud Sexual en la Población Migrante y Prevención e Intervención ante la MGF, UNAF lleva trabajando desde hace diez años en la promoción de los derechos y la salud sexual de las mujeres y niñas migrantes que viven en nuestro país, desde un enfoque de derechos humanos, de equidad de género e interculturalidad.

UNAF ha participado en la elaboración de:

- Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la MGF;
- Proposición No de Ley Asamblea de Madrid;
- Red Prevención de la MGF de la Comunidad de Madrid – Guía de Actuaciones Sanitarias.

También ha generado alianzas con las Embajadas de los países de origen de la MGF.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Desde UNAF entendemos que la intervención en MGF demanda hacer un ejercicio permanente de reflexión y evaluación de nuestra práctica profesional y organizativa. Es necesario el intercambio y aprendizaje entre entidades, tejer sinergias y aunar esfuerzos.

Así mismo defendemos una metodología que garantice la transferencia de conocimientos a profesionales y poblaciones en riesgo de MGF, desarrollando acciones pioneras que han supuesto una maduración organizativa y profesional para la entidad en este ámbito y que nos ha permitido acumular experiencia profesional de otras entidades sociales con las que compartimos nuestras experiencias y objetivos.

Proponemos un trabajo desde la interculturalidad con un enfoque integral y de derechos humanos, que abogue por la construcción de relaciones equitativas entre personas, comunidades, países y culturas, respetando los derechos humanos individuales y colectivos.

ACTIVIDADES

El objetivo principal de nuestro programa es desarrollar una intervención, lo más global posible, que incluya la concienciación, información y sensibilización de profesionales y órganos de gobierno respecto a las Mutilaciones Genitales Femeninas, el trabajo con población migrante en riesgo de mutilación genital o que ha sido sometido a ella. Así desde UNAF ofrecemos múltiples actividades gratuitas, orientadas tanto a las comunidades que llevan a cabo esta práctica, como a profesionales que trabajan directa o indirectamente con ellas.

Las principales actividades del programa son:

Talleres de prevención de las MGF con población migrante. Dirigidos a personas migrantes, tienen una duración aproximada de entre dos y tres horas, según la disponibilidad de las personas asistentes y/o de la entidad con la que se organizan. Mantienen un enfoque de acercamiento progresivo a esta temática, con una metodología activa y participativa, ajustando los contenidos a las características de cada grupo de intervención. Se realizan en cualquier punto de España sin ningún coste para la personas destinatarias o la entidad con la que se organizan. Aunque se trabaja por separado con mujeres y con hombres, los talleres están destinados a personas migrantes de ambos sexos.

Cursos de formación para profesionales de prevención e intervención ante las MGF. Las y los profesionales de los ámbitos sanitario, social y educativo tienen un importante papel en la prevención de esta práctica y también en la intervención con mujeres y niñas a quienes se les ha practicado la mutilación genital. Esta formación tiene como objetivo capacitar a profesionales para la detección de situaciones de riesgo y la inclusión en sus prácticas de protocolos y medidas de prevención y atención a las MGF.

Los cursos se plantean con una duración de entre cuatro y ocho horas, se llevan a cabo en cualquier localidad del país y pueden concurrir entre 20 y 30 participantes. Son totalmente gratuitos para las personas destinatarias y las entidades con quienes se organizan. Incluyen la entrega de materiales y documentación referentes a la temática tratada.

Cursos de formación para mediadores y mediadoras interculturales procedentes de los lugares de origen en los que se mantiene la práctica de las MGF. Estos mediadores y mediadoras son claves para facilitar la comunicación en los talleres formativos, cumpliendo una función esencial como intérpretes del idioma, y sobre todo aportando claves culturales e información útil en el trabajo para la erradicación de las MGF que se lleva a cabo tanto con la población migrante, como con las y los profesionales.

La formación tiene como objetivo su capacitación para desarrollar las labores de mediación, con conocimientos específicos sobre MGF, incluyendo contenidos relacionados con la prevención, la atención, la salud en general y la salud sexual en particular, así como estrategias de actuación y de educación entre pares. Los cursos son gratuitos y se desarrollan a lo largo del año atendiendo las necesidades y la disponibilidad de los y las posibles participantes.

Cursos on-line sobre prevención e intervención ante las MGF para profesionales. Su objetivo es llegar al mayor número de profesionales, especialmente a quienes tienen dificultades para acceder a la formación presencial. Esta metodología facilita el acceso a profesionales de todo el ámbito estatal. La participación en el curso es continua, a través de ejercicios prácticos y en foros, con una duración de 30 horas para un máximo de 30 participantes y es totalmente gratuita.

Comunicación online y redes sociales para la difusión de los contenidos del programa con el objetivo de visibilizar, sensibilizar e informar específicamente sobre acciones relacionadas con la prevención e intervención ante la MGF en todo el mundo. El programa cuenta con un blog “Salud Sexual en Clave Cultural”, una página de Facebook “Prevención Mutilación Genital Femenina” y una cuenta de Twitter: @saludsexcultura. Se realiza también un trabajo de difusión a través de medios de comunicación y se participa anualmente en campañas internacionales como “19 Días de activismo para la prevención de abuso y violencia contra infancia y juventud. Fundación Cumbre Mundial de la Mujer”.

Jornadas sobre prevención e intervención ante las MGF. Con motivo del Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina (6 de febrero), desde el año 2012 UNAF viene celebrando anualmente unas jornadas que constituyen un destacado espacio formativo para el público profesional sobre una materia tan compleja como son las MGF. Se busca abordar el tema de las MGF tanto desde la realidad de nuestro país como desde lo que sucede en los lugares de origen y en otros espacios internacionales. Desde el enfoque de derechos humanos, se trata de abordar el marco teórico llevándolo a la práctica, promover el conocimiento y el intercambio de buenas prácticas, reflexionar sobre el papel de los distintos agentes sociales y fortalecer el trabajo en red y las alianzas.

Para ello se cuenta con la colaboración de diversas entidades, personas expertas, profesionales y activistas internacionales de primera línea que trabajan en la prevención y erradicación de la Mutilación Genital Femenina tanto a nivel nacional como internacional.

Las jornadas constituyen además de un espacio formativo y de intercambio entre entidades implicadas en los mismos objetivos, un lugar estratégico donde se gesta el marco propiciatorio para la incidencia política que se precisa para que el cambio sea más efectivo.

Material de sensibilización. UNAF es pionera y cuenta con una larga trayectoria en la elaboración de materiales de formación y sensibilización para la prevención de la Mutilación Genital Femenina dirigidos a profesionales y a población migrante, que actualiza de manera continua y distribuye gratuitamente en todas las formaciones. Los materiales se publican en versión impresa y online, y están accesibles también de forma gratuita en la página web de UNAF. Destacar la *Guía de recursos sobre prevención e intervención ante la mutilación genital femenina* que ofrece una recopilación de recursos incluyendo referencias de películas, vídeos, guías, estudios, material divulgativo y protocolos de actuación que se actualiza anualmente.

Material didáctico audiovisual: cortometraje Mariama. UNAF ha producido el cortometraje *Mariama* como material didáctico para la prevención de la mutilación genital femenina, para el que se contó con la experiencia y dirección de Mabel Lozano. *Mariama* cuenta en primera persona la historia real de Ibrahim Bah y su toma de conciencia sobre el daño y las nefastas consecuencias de la mutilación genital femenina, lo que le llevará a enfrentarse a todo tipo de dificultades para salvar a su hija de esta práctica en su Guinea-Conakry natal.

Otras Actividades.

Proyecto “Prevención y Erradicación de la Mutilación Genital Femenina” en Guinea Bissau en colaboración con la Comisión Nacional para el Abandono de las

Prácticas Tradicionales Perjudiciales para la Salud de las Mujeres y las Niñas de Guinea Bissau y en el marco del intercambio de estrategias y buenas prácticas.

Asesoramiento e información a todas aquellas personas, entidades, organizaciones e instituciones que lo soliciten.

Colaboraciones con los centros de salud, centros educativos, medios de comunicación, centros de servicios sociales y/o todos aquellos servicios o recursos interesados en el tema. Así como participación en foros, jornadas, congresos, conferencias, mesas..., que nos solicitan.

Con este programa tratamos de acercarnos a familias y mujeres procedentes de etnias que practican las MGF, para concienciarlas sobre los riesgos que supone esta práctica e informarles de las consecuencias que tiene para su salud y la de sus hijas, así como de la situación legal en España.

UNAF recibió en 2015 el Premio a las Buenas Prácticas de Integración” por su programa “Prevención e Intervención ante la Mutilación Genital Femenina”, que otorga la Liga Española de la Educación con la cofinanciación del Fondo Europeo de Integración y el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Mutilación Genital Femenina (MGF): La labor de prevención y sensibilización del Ayuntamiento de Madrid

Ana Buñuel Heras y Noelia Rata Cepero

Ayuntamiento de Madrid

La Mutilación Genital Femenina (MGF) en sus diferentes tipologías, es una grave violación de los derechos humanos, un acto de violencia contra las mujeres y una muestra extrema de la desigualdad de género. Atenta no sólo contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que les niega su derecho a la salud y a la integridad del propio cuerpo.

Según recoge el último informe publicado por UNICEF se estima que al menos 200 millones de niñas y mujeres en el mundo han sido o son víctimas de la MGF, de las que 44 millones son menores de 14 años y si la tendencia actual continúa en el año 2030 aproximadamente 86 millones de niñas en todo el mundo sufrirán algún tipo de mutilación genital. La práctica se realiza principalmente en 30 países esencialmente del África subsahariana (Guinea, Senegal, Nigeria, Mali, Camerún, Ghana... etc.) también en Egipto, Yemen o Indonesia. Entre las principales etnias, que podemos encontrar en España, que practican MGF se encuentran los Sarakole-Soniké, Fulani, Mandinga, Bambara, Dogón, Edo, Hausa y Fante y entre las etnias que no la practican podemos citar a los Wolof, Serero Ndiago. Las **causas** por las que las personas justifican la realización de MGF consisten en una mezcla de factores culturales (costumbre, tradición, pertenencia al grupo, rito del paso de la infancia a la edad adulta, evitar el rechazo social, aumentar posibilidades para el matrimonio...) religiosos (precepto religioso acerca de la pureza y la limpieza) reproductivos (aumenta la fertilidad, mejora y facilita el parto, permite que el bebé no toque el clítoris porque si no moriría) y sociales existentes en familias y comunidades que en realidad están basadas en la **desigualdad de género**.

Por otra parte, las **consecuencias** para la salud de las niñas y mujeres de la MGF se observan algunas en el momento en que se realiza (hemorragias, problemas urinarios, infecciones locales, miedo, pánico, shock, tétanos, muerte) mientras que otras son más tardías (disuria, retenciones de orina, cálculos, prurito vaginal, queloides, hematócolpos, abscesos, VIH, desgarros, infertilidad... etc.) y pueden acompañar a las mujeres a lo largo de toda su vida. Aunque es

difícil conocer la mortalidad exacta de esta práctica, la OMS estima cada año se producen alrededor de 3.000 muertes de niñas o mujeres como resultado de la MGF y sus complicaciones.

La **Comunidad Internacional** dentro del marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas 1948) y a través de los organismos internacional establece el marco legal a través de distintas normativas a tener presente en el tema de MGF:

- La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (Naciones Unidas, 1948) prohíbe todas las formas de discriminación basadas en el sexo, asegura el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de las personas así como el derecho a la protección ante cualquier violación de cualquiera de estos aspectos señalados en la Declaración.
- La **Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer** (Naciones Unidas, 1979) (ratificada por 136 estados en 1995) establece la dirección de los planes de acciones internacionales y nacionales contra las prácticas tradicionales nefastas.
- La **Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer** (Naciones Unidas, 1993 en Viena) insta a que: “Los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer”.
- La **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo** (1994) y en la **Conferencia Internacional de las Mujeres. Declaración y Plataforma de Acción de Pekín** (1995) se incluyen, en sus conclusiones, recomendaciones específicas a los Estados a fin de erradicar la MGF.
- La **Convención sobre los derechos del niño** (1989, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas/ Ratificada por España el 30.11.1990) afirma en el artículo 24.3: “Los Estados miembros adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”.
- **Declaración contra la práctica de la MGF (OMS)** (1997) con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- **Resolución (WHA61.16)** sobre la eliminación de la MGF en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2008) donde se pone de manifiesto la necesidad de realizar acciones conjuntas entre los sectores implicados (salud, educación, justicia y mujer).
- **Estrategia mundial para la eliminación de las distintas formas de MGF practicada por dispensadores de la salud** (OMS, 2010) instando a las y los profesionales a no realizar esta práctica.

- **Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas (2012)** que prohíbe la práctica de la MGF.
- **Asamblea General de la ONU- Agenda 2030 de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Septiembre 2015)** .En la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 que marca 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a nivel mundial y como parte del Objetivo 5. Lograr la Igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas, se incluye como meta específica “la eliminación de todas las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil”.

En África:

Muchos países han desarrollado políticas y legislaciones específicas para su prohibición, junto con otros instrumentos legales a nivel internacional y regional. Dos ejemplos de ellos son:

- **El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África** (Maputo, julio de 2003).
- La **Solemne Declaración de Igualdad de Géneros en África** (2004).

En los últimos veinte años, ha habido una creciente conciencia mundial sobre los efectos nocivos de la MGF y se continúan intensificando las campañas orientadas a su eliminación procedentes tanto de organizaciones no gubernamentales, agencias de las Naciones Unidas y algunos gobiernos.

En Europa:

- **Resolución del Parlamento Europeo (2008/2071)** (24 de marzo de 2009) sobre la lucha contra la MGF practicada en la UE: Condena energícamente la MGF por ser una violación de los derechos humanos así como un atentado a la integridad de niñas y mujeres, instando a la Comisión y a los estados miembros a desarrollar una estrategia integral así como planes de acción destinados a prohibir la MGF en el territorio de la Unión.
- **Comunicación de la Comisión Europea al Parlamento Europeo y al Consejo “hacia la eliminación de la MGF” [COM (2013) 833 final** (25 de noviembre de 2013): señala medidas específicas para trabajar en la erradicación de la MGF en la UE. Entre los objetivos más destacados figuran: promover una prevención efectiva y medidas de apoyo a las víctimas, el “empoderamiento” de la mujer, apoyar la aplicación de las leyes que prohíben la MGF y garantizar la protección a las mujeres en riesgo dentro del marco legislativo existente de la UE en materia de asilo.

- **Convenio de Estambul del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica**²⁰ (11 de mayo de 2011): es el primer instrumento jurídico vinculante relacionado con la violencia contra la mujer. Está en vigor en nuestro país desde el 1 de agosto de 2014.

En España:

Por otra parte, a nivel nacional, la práctica de la MGF es considerada delito de lesiones. Así se recoge en:

- La **Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal** (modificada por la ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre), art. 149:
 - Artículo 149.1: “El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años”.
 - Artículo 149.2: “El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o persona con discapacidad de especial protección”.
- **Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (1/1996 de 15 de enero, modificación parcial del Código civil y de la ley de enjuiciamiento civil)**:
 - Artículo 13: “Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”.
 - Artículo 14: “Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor o, cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal”.
- **Ley Orgánica 1/2014 de 13 de marzo (que modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial)**. En su artículo único indica que la jurisdicción española es competente para conocer la mutilación genital realizada por españoles o extranjeros, fuera del territorio nacional cuando se cumplan las condiciones especificadas en este

artículo, es decir, el procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España 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.

- **Ley de enjuiciamiento Criminal dispone:**
 - Artículo 262: “Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante.”
 - Artículo 355: “Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones”.
- **Ley Orgánica 8/2015 y Ley 26/2015**, de modificación de la protección a la Infancia y a la adolescencia, en la primera en el artículo 1 se concreta el concepto jurídico de interés superior del menor, y en la segunda, en el artículo 1 se incluye, dentro de los principios rectores de la actuación administrativa, la protección de los menores contra cualquier forma de violencia, incluida la mutilación genital femenina.
- **Ley Orgánica 1/2015, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995**, esta introduce una circunstancia agravante por razón de género que podrá resultar de aplicación al delito de MGF, lo que implica un mayor rigor de la sanción penal y una mejora de la protección penal de mujeres y niñas.

Por su parte, **Madrid**, cuenta con:

- Ley de Violencia de **Género de la Comunidad de Madrid 5/2005**(de 29 de septiembre): incluye en su ámbito de aplicación la MGF en cualquiera de sus manifestaciones:
 - Preámbulo: se reconoce como formas intolerables de violencia de género, “la mutilación genital, el acoso sexual, las agresiones y abusos sexuales contra las mujeres, el tráfico o el favorecimiento de la inmigración clandestina de las mujeres con fines de explotación sexual, o la inducción a una mujer a ejercer la prostitución en los términos previstos en el vigente Código Penal” y las incorpora en su ámbito de aplicación (en el artículo 2).
 - Artículo 7.4: “A efectos de la detección y prevención de situaciones de riesgo de mutilación genital, la Comunidad de Madrid elaborará, en colaboración con los municipios de su ámbito territorial, un protocolo específico de actuación en esta materia”.
 - Artículo 29: “La Comunidad de Madrid ejercerá la acción popular en los procedimientos penales por causa de mutilación genital”

La presencia en la región de Madrid de mujeres inmigrantes, procedentes de países y etnias donde se practica la MGF, implica la posibilidad de que estas mujeres hayan sufrido o puedan sufrir este tipo de violencia. Según el padrón continuo del año 2015, en la Comunidad de Madrid estarían residiendo 7.204 mujeres procedentes de países donde realiza la práctica, siendo un 26,68% de ellas menores de 15 años. Es destacable como la población de menores de 15 años procedentes de países donde se practica mutilación ha ido incrementando incluso en época de crisis. Dentro del municipio de Madrid, está localizada la MGF en los distritos de: **Villaverde, Carabanchel, Puente Vallecas, Centro y Latina.**

- El **Ayuntamiento de Madrid**, teniendo muy presente esta realidad, forma parte de la **Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina** conjuntamente con otros organismo públicos y entes sociales tales como la Dirección General de Salud Pública-Servicio Madrileño de Salud-, Ayuntamiento de Parla, Médicos del Mundo, la Sexología.com, Unión de Asociaciones Familiares (UNAF), Save a Girl Save a Generation, Sexólogos sin Fronteras, Federación de Mujeres Progresistas, Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, Asociación Madrileña de Matronas, Sociedad Madrileña de Medicina familiar y Comunitaria y Asociación Madrileña de Salud Pública.

Desde la **Administración Municipal** se aborda el tema desde dos Áreas:

Área de Equidad, Derechos Sociales y Empleo

En concreto desde la **Dirección General de Igualdad entre Mujeres y Hombres**, aplicando el enfoque de género desde el mismo momento de la conceptualización del problema a intervenir.

Para ello, se apoya el desarrollo de dos líneas de trabajo, sensibilización y prevención, con diferentes entidades:

MÉDICOS DEL MUNDO

A través de Médicos del Mundo, se desarrolla el programa de “**Erradicación de la MGF**”, creando redes comunitarias de mujeres africanas y sensibilizando sobre las causas primeras de MGF, así como generando empoderamiento a través de la igualdad.

Se trabaja desde dos ámbitos:

1. Con profesionales: para sensibilizar y formar a profesionales socio-sanitarios del municipio de Madrid en materia de MGF, identificando niñas en riesgo de sufrirla y trabajando para prevenir esta práctica en las familias.

2. Con la población africana: para crear conciencia a esta práctica y crear redes contra ella mediante la mediación intercultural, siendo un buen recurso para lograr la transformación social, a través de tarea de mediación entre personas , grupos y comunidades así como contribuir a disminuir la resistencia a los cambios y la resolución de posibles conflictos.

Estas estrategias ya se han mostrado exitosas en Aragón, Navarra y Cataluña en proyecto dirigidos también por Médicos del Mundo.

Se trabaja la **prevención** en los siguientes sentidos:

- Formación a personal socio-sanitario en cómo evitar esta práctica, identificando niñas en riesgo de sufrirla durante un viaje familiar, educando y poniendo en marcha los mecanismos de prevención. También sobre cómo ayudar a aquellas mujeres que la sufrieron en el pasado, actuaciones o derivaciones en materia sexológica, psicológica y médica.
- Liderando procesos para crear y mejorar los protocolos profesionales de actuación para estos casos como la guía de actuación para sanitarios de la comunidad de Madrid.
- Trabajo comunitario-Talleres de sensibilización:

Generando talleres, cursos y acciones para concienciar y sensibilizar a personas africanas sobre la MGF, especialmente de los países donde más se practica.

Los talleres son de dos tipos:

1. Agentes de salud expertos en MGF: en los que se generan contenidos específicos sobre salud en los que se trata MGF
2. Talleres específicos: Con temáticas atractivas para la población africana. Hábitos saludables, Violencia de género, atención al parto y posparto, planificación familiar, etc. En cada una de estas charlas se introduce la temática de MGF de forma culturalmente apropiada.

Se trabaja con las comunidades, grupos y asociaciones africanas mediante reuniones para que conozcan la MGF, sus efectos dañinos y los mitos que fundamentan esta práctica para que luchen en sus propias familias, comunidades y lugares de origen contra ella.

- **Activismo:**

Se genera activismo de las propias personas africanas, promoviendo que sean éstas el principal motor y liderazgo de esta lucha. Se establece un grupo de personas activistas africanas que hayan pasado por los cursos. Se reúnen semanalmente y generan de forma autónoma actividades de sensibilización o denuncia de la MGF. Ej. Obra de teatro, charla, etc.

- **Acompañamientos:**

Desde el acompañamiento que realiza la mediadora cultural de Médicos del Mundo a centros sanitarios se refuerza la prevención de forma directa con las familias con niñas en riesgo de sufrir MGF.

Las acciones preventivas concretas del proyecto de Médicos del Mundo en el municipio de Madrid en 2016 han sido:

Se han realizado 21 acompañamientos a mujeres que han sufrido MGF o familias con niñas en riesgo de sufrir MGF a centros sanitarios.

Se han desarrollado 6 talleres “Formación a profesionales socio-sanitarios en materia de MGF” con una asistencia total de 248 personas en: Hospital “Infanta Leonor”, Unidad docente del “Hospital La Paz” EIR matronas, Centro de Salud “Entrevías”, Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, Centro de Salud “Paseo Imperial”, Sesión general “Hospital La Paz”.

Se han desarrollado 17 talleres “Sesiones-taller con grupos de personas africanas” con una asistencia total de 53 personas.

Por otra parte, se apoya la realización de Jornadas, Debates y talleres educativos sobre MGF que plantean diferentes entidades sociales: UNAF, Mundo Cooperante.

Está previsto también apoyar la formación de futuros/as profesionales en colaboración con el Observatorio de Igualdad de Género de la URJC.

Área de Gobierno de Salud, Seguridad y Emergencias

Concretamente desde **Madrid Salud** se desarrolla el programa de Salud Sexual y Reproductiva y el programa de Ámbito Educativo de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud, trabajando en la **prevención**, sensibilización y la promoción de una salud sexual en la ciudad de Madrid, a través de su red de Centros Madrid salud (CMS) y en el contexto de la estrategia “Barrios saludables”. Podemos especificar estas acciones en:

1. Actividades de sensibilización

Se realizan de actividades de sensibilización con motivo de los “Días singulares”, que conmemoran acontecimientos o problemáticas que se han identificado a nivel nacional, internacional o mundial de especial interés público. En éste sentido se insta a realizar actividades de sensibilización en los espacios educativos donde se realizan intervenciones preventivas a lo largo de todo el curso escolar, con actividades “en patio” y en aula., como el día 6 de Febrero “Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina”.

- Realización de “performances” y campaña de sensibilización en “calle”, realizada por el CMS de Centro en colaboración con Médicos del Mundo.
- Apoyo y participación en las iniciativas que se llevan a cabo en la Ciudad de Madrid a través de las mesas de salud de los distritos.

2. Formación a profesionales de Madrid Salud

- Madrid Salud ha realizado una formación específica en ésta materia con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la situación que viven las mujeres víctimas de mutilación con entidades especializadas en la materia como UNAF, incluyendo acciones formativas en los planes municipales de formación impartidos por la Escuela Municipal de Formación.
- Presencia en eventos y congresos donde se aborda los Derechos Sexuales y reproductivos entre los que se encuentra la lucha contra la MGF realizados anualmente por organismos Nacionales y Comunitarios como Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3. Atención individual en el programa de Salud Sexual y Reproductiva

Atención individual en las asesorías a mujeres derivadas por diferentes entidades no gubernamentales (ONG) que colaboran en la red territorial donde Madrid salud trabaja con el objetivo de favorecer la mejora de su salud sexual.

4. Actividades Comunitarias

- Colaboración con diferentes ONG que trabajan en la materia.
- Colaboración en el proyecto Europeo de “After” empowering women, liderado por Simetrías Fundación Internacional.
- Participación en la guía que se está elaborando en la mesa técnica para la materia de la Comunidad de Madrid, dirigida a profesionales que trabajan en el campo tanto de la salud pública como de la atención sanitaria. Es necesario e imprescindible el trabajo y la coordinación con otros sectores (educación, servicios sociales, asociaciones civiles, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, fiscalía, forenses, etc.) así como la participación de las comunidades afectadas. Por tanto, esta guía formará parte en un futuro de un protocolo más amplio que contemple el papel de los distintos sectores implicados.

Finalmente indicar que la MGF precisa de un **abordaje integral e intersectorial** en el que han de estar implicados, tanto las y los profesionales como la propia comunidad, que juega un papel decisivo en la **prevención** de la misma.

