



Mutilación Genital Femenina: La Metodología Wassu como propuesta preventiva al modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña

Marina Echave Ruiz

Tutoría / Tutorea
Yolanda Jubeto Ruiz



Esta publicación ha recibido financiación de aLankidetzeta - Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo.
Argitalpen honek eLankidetzeta - Garapenerako Lankidetzaren Euskal Agentziaren finantziarioa jaso du.



Máster Oficial en Desarrollo y Cooperación Internacional / Garapena eta Nazioarteko Lankidetzeta Master Ofiziala

Trabajo Fin de Máster / Master Amaierako Lana
Curso 2021/2022 Ikasturte

*Mutilación Genital Femenina:
La Metodología Wassu como propuesta preventiva al modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña*
Marina Echave Ruiz

Tutoría / Tutorea: Yolanda Jubeto Ruiz

Hegoa. Trabajos Fin de Máster, n.º 100 / Master Amaierako Lanak, 100 zkia.

Fecha de publicación: junio de 2023
Argitalpen data: 2023ko ekaina



Hegoa
Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional
Nazioarteko Lankidetzeta eta Garapenari buruzko Ikasketa Institutua

www.hegoa.ehu.eus
hegoa@ehu.eus

UPV/EHU. Edificio Zubiria Etxea
Lehendakari Agirre Etorbidea, 81
48015 Bilbao
Tel.: (34) 94 601 70 91

UPV/EHU. Biblioteca del Campus de Álava / Arabako Kampuseko Liburutegia
Nieves Cano, 33
01006 Vitoria-Gasteiz
Tel.: (34) 945 01 42 87

UPV/EHU. Carlos Santamaría Zentroa
Plaza Elhuyar, 2
20018 Donostia-San Sebastián
Tel.: (34) 943 01 74 64



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Agiri hau Aitortu-EzKomertziala-PartekatuBerdin 4.0 Nazioartekoa (CC BY-NC-SA 4.0)
Creative Commons-en lizentziapean dago.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL..... | 8 |
| 2.1 LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS | 8 |
| 2.1.2 Origen de la MGF | 9 |
| 2.1.3 Dónde se practica | 10 |
| 2.1.4 Tipos de MGF | 13 |
| 2.1.5 Razones por las que se practica..... | 15 |
| 2.1.6 Consecuencias de la MGF en las mujeres y las niñas..... | 16 |
| 2.2 MAPA DE LA MGF EN ESPAÑA..... | 18 |
| 2.2.1 Por países de origen..... | 19 |
| 2.2.1 Por sexo y edad | 20 |
| 2.2.3 Por la distribución geográfica | 21 |
| 2.3 NORMATIVA | 22 |
| 2.3.1 Legislación de la MGF en países de África | 22 |
| 2.3.2. Legislación Internacional | 23 |
| 2.3.3 Legislación estatal | 25 |
| CAPÍTULO III: PARTE EMPÍRICA | 29 |
| 3.1 ANÁLISIS DEL MODELO DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR LA MGF DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA | 29 |
| 3.1.1 El protocolo catalán de actuación para prevenir la MGF..... | 29 |
| 3.1.2 Evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña | 33 |
| 3.2 EL MODELO WASSU DE PREVENCIÓN DE LA MGF | 37 |
| 3.2.1 Los orígenes de Wassu Gambia Kafo | 37 |
| 3.2.2 La creación del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) | 40 |
| 3.2.3 Las principales líneas de trabajo de la Fundación Wassu | 42 |
| 3.2.4 La metodología Wassu como modelo de actuación preventivo, científico y holístico | 45 |
| CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES..... | 46 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 49 |
| ANEXO 1: Cuestionario sobre MGF a Júlia Perernau y Beatriz Escaño..... | 55 |

ÍNDICE DE MAPAS

| | |
|--|----|
| Mapa 1. Porcentaje de niñas a las que se les practica la MGF en países de África. | 11 |
| Mapa 2. La MGF en la diáspora. | 12 |
| Mapa 3. Distribución territorial de la población femenina de origen MGF. | 21 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Población total residente en España de países origen MGF, según sexo. | 20 |
| Gráfico 2. Población residente en España de origen MGF, por sexo y edad. | 20 |

ÍNDICE DE IMÁGENES

| | |
|---|----|
| Imagen 1. Mutilación Genital Femenina de Tipo I o Clitoridectomía. | 13 |
| Imagen 2. Mutilación Genital Femenina de Tipo II o Escisión. | 13 |
| Imagen 3. Mutilación Genital Femenina de Tipo III o Infibulación. | 14 |
| Imagen 4. Línea temporal del trabajo de Wassu Gambia Kafo. | 40 |
| Imagen 5. Metodología Wassu: transferencia de conocimiento en cascada. | 45 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Legislación y prevalencia de la MGF en países de África que la practican. | 22 |
|---|----|

LISTADO DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------|---|
| ACCD: | Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo |
| AVCD: | Agencia Vasca de Cooperación al Desarrollo |
| CAP: | Conocimientos, Aptitudes y Prácticas |
| CCAA: | Comunidades Autónomas |
| CE: | Constitución Española |
| CEDAW: | Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women |
| CP: | Código Penal |
| DGVG: | Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género |
| DUDH: | Declaración Universal de Derechos Humanos |
| EAIA: | Equipos de atención a la infancia y adolescencia |
| EC: | European Commission |
| EIGE: | Instituto Europeo para la Eliminación de la Violencia de Género |
| FCCD: | Fons Català de Cooperació al Desenvolupament |
| GIPE/PTP: | Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales |
| IAC: | Inter African Committee |
| ICD : | Institut Català de les Dones |
| ICS: | Institut Català de Salut |
| LO: | Ley Orgánica |
| LOPJ: | Ley Orgánica del Poder Judicial |
| MGF: | Mutilación Genital Femenina |
| MISSM: | Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones |
| MoU: | Memorandum of Understanding |
| OMS: | Organización Mundial de la Salud |
| ONU: | Organización de Naciones Unidas |
| UNICEF: | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| UNFPA: | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UAB: | Universidad Autónoma de Barcelona |
| UAM: | Universidad Autónoma de Madrid |
| URV: | Universitat Rovira i Virgili |
| VIH: | Virus de la Inmunodeficiencia Humana |
| WGK: | Wassu Gambia Kafo |

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La Mutilación Genital Femenina es extensamente conocida por todos y todas como la práctica consistente en la escisión de los genitales de las mujeres y niñas. No es mucha ni muy precisa la información con la que contamos la mayoría de personas en occidente antes de lanzarnos a hacer juicios de valor sobre la misma. Su origen ancestral y su estrecha relación con culturas y tradiciones que nos son desconocidas y lejanas tienden a empujarnos a tildar la práctica como un ataque patriarcal sobre las mujeres, sin antes hacer una revisión de los maltratos a los que sometemos a nuestros propios cuerpos dentro de nuestra cultura y nuestros hábitos, por qué no decirlo, ya impregnados y profundamente influenciados por el sistema capitalista.

La mirada de occidente ve la mutilación de los genitales femeninos como un acto de barbarie, criminalizando y estigmatizando a las mujeres que la practican. Ello supone una simplificación y ocultamiento de un problema de mayor complejidad, como es la difícil coexistencia de la cultura de origen y la cultura de acogida en una misma persona o familia.

El crecimiento en los flujos migratorios a partir de la década de los 80 y los 90, especialmente procedentes de países subsaharianos, ha puesto el foco en el problema que supone la Mutilación Genital Femenina (en adelante, MGF) para las mujeres, pues esta práctica ha traspasado fronteras y ha conseguido establecerse en territorios en los que nunca antes había sido ejecutada. A la par de tal propagación se ha dado una intensificación de la preocupación a este respecto, dando lugar a la creación de herramientas de diversa índole (jurídicas, sanitarias, sociológicas...) que en muchas ocasiones no han hecho más que poner el foco en el control de la misma antes que en su erradicación, no permitiendo a las mujeres, independientemente de su procedencia, relacionarse dentro de un espacio seguro y libre de juicios.

Eso es precisamente lo que me gustaría que signifique este trabajo, un lugar seguro en el que aprender y entender sobre los aspectos característicos de la práctica en todo su proceso, y donde reflexionar y compartir visiones sobre las implicaciones que este tiene en los cuerpos y en las almas de las mujeres, siempre desde un profundo respeto y la más honesta sororidad.

Mi interés por la Mutilación Genital Femenina surge de ese mismo desconocimiento, a veces inocente, a veces prejuicioso, y de mi inquietud por consolidar una opinión fundada no solo en información teórica al respecto sino también, y mucho más importante, experiencial. Por ello, en el proceso de búsqueda de las prácticas del Master centré mi foco en organizaciones estatales que realizaran una labor en el terreno de la prevención y atención a las mujeres que hubieran sido sometidas a dicho ritual.

Al iniciar ese proceso de investigación, pronto me di cuenta de que una de las mayores referentes a nivel nacional e internacional en el estudio de la práctica es Adriana Kaplan. Antropóloga, profesora e investigadora, su trayectoria se ha centrado en el estudio de las migraciones de África Subsahariana y el análisis antropológico de los procesos de aculturización e integración social en el ámbito de la salud sexual y

reproductiva y de la mutilación genital femenina. Su incansable trabajo y su innovadora metodología de transferencia de conocimiento han dado lugar a algunos de los documentos más relevantes que se han escrito hasta el momento sobre la práctica, compartiendo con la comunidad datos de gran relevancia, sobre todo, para la construcción de una estrategia eficaz para el tratamiento de las posibles consecuencias que ésta produce en la salud de las mujeres y en el plan de acción para su erradicación.

Sin dudarlo y con las ansias de una estudiante con ganas de sentir en sus propias carnes las vivencias de las mujeres gambianas, sus creencias, su valentía y sus miedos, me embarqué en uno de los viajes más transformadores de mi vida. Di comienzo al viaje en mayo de 2021, y aunque físicamente volví en julio de ese mismo año, mental y emocionalmente considero que no he sido capaz de darle el cierre que esta experiencia se merece hasta ahora, con la culminación de este trabajo.

Objetivo general

El objetivo general del trabajo es la creación de un espacio seguro de aprendizaje, donde las mujeres se sientan libres para compartir conocimiento y reflexionar sobre los aspectos que caracterizan a la Mutilación Genital Femenina, así como la deconstrucción de ideas preconcebidas sobre la misma. Con el trabajo también quiero promover el estudio y análisis de dos modelos de intervención diferentes, como son el modelo de intervención preventivo de la Generalitat de Cataluña y el modelo Wassu, para reflexionar sobre sus debilidades y destacar las buenas prácticas implementadas a través de ellos.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos que me marco con este trabajo son:

- Informarme y comprender las implicaciones físicas, psicológicas, culturales y sociales de la Mutilación Genital Femenina en las mujeres y niñas.
- Analizar la normativa internacional y nacional relativa a la prevención de la MGF y evaluar su eficacia.
- Evaluar el protocolo de actuación ante la MGF implementado en la Comunidad Autónoma de Cataluña y compararlo con el Modelo Wassu, desarrollado e implementado por la organización Wassu Gambia Kafo y la Fundación Wassu UAB
- Detectar prácticas mejorables en la prevención de la MGF y localizar también aquellas consideradas como positivas para plantear una estrategia a futuro.

La metodología utilizada para la elaboración del presente Trabajo de Fin de Máster se basa, por un lado, en una revisión de fuentes bibliográficas secundarias como libros, informes, artículos de revistas tanto físicos como electrónicos, y de los datos contenidos en las bases de datos de diversos organismos internacionales. Y, por el otro, en una parte empírica centrada en el análisis detallado del Protocolo de actuaciones para prevenir la MGF de la Comunidad Autónoma de Cataluña y en la valoración personal de la eficacia del mismo. He decidido hacer un estudio del protocolo de Cataluña, ya que es el territorio con mayor población de origen gambiano y, como consecuencia, también

reúne el mayor número de casos registrados de mutilaciones en niñas, por lo que cuenta con un protocolo más sofisticado y desarrollado que el resto de comunidades. Asimismo, a través del trabajo, he querido ahondar en la Metodología Wassu propuesta por la Fundación Wassu-UAB y su contraparte gambiana Wassu Gambia Kafo y estudiar el impacto de su labor a lo largo de sus más de 20 años trayectoria. Para un mejor entendimiento de sus acciones y su recorrido profesional he realizado una entrevista a dos personas que mantienen una relación estrecha con la Fundación en Barcelona como son Júlia Perernau y Bea Escaño, ambas técnicas de investigación de la Fundación Wassu-UAB desde hace cuatro y dos años respectivamente.

En lo que respecta a la estructura del trabajo, este se divide en tres capítulos. El primer capítulo corresponde a la introducción del trabajo, el cual hemos podido leer hasta el momento.

Seguidamente encontramos el segundo capítulo que consiste en el Marco teórico del trabajo. Este punto se divide, a su vez, en tres apartados distintos. En el primero se explican las cuestiones más teóricas sobre la práctica, el debate que existe en torno al término a utilizar para designar la práctica, su origen, los territorios donde se practica, los distintos tipos de mutilaciones que existen, las razones que empujan a determinadas comunidades a realizarla y las consecuencias de muy diversa índole que pueden sufrir las mujeres y las niñas que se someten a la escisión de sus genitales. El segundo apartado es una representación de la población originaria de países donde se practica la MGF en el territorio estatal distribuidos en base a distintas variables: su país de origen, su sexo y edad y su distribución geográfica. Y el tercero, hace referencia a la normativa vigente que sienta las bases para la regulación de la MGF a nivel internacional y nacional.

En el tercer y último capítulo, tal y como he explicado anteriormente, abordamos la parte empírica del trabajo, consistente en la comparación de dos propuestas de intervención diferentes en la misma área de intervención, como son el Protocolo para prevenir la MGF de Cataluña y la Metodología Wassu.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1 LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS

Según la OMS, la Mutilación Genital Femenina comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos.

La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Asimismo, constituye una violación de los derechos de las niñas, de los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en aquellos casos en los que el procedimiento acaba produciendo la muerte. Además, la práctica de la MGF está tipificada como delito en todos los Estados miembros de la Unión Europea (en adelante, UE). UNICEF, en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2006 considera la Mutilación Genital Femenina una Práctica Tradicional Perjudicial (PTP), junto con el matrimonio infantil o forzado, las ataduras, los arañazos y las quemaduras, entre otras.

Se desconoce el número exacto de niñas y mujeres en todo el mundo que se han sometido a la Mutilación Genital Femenina, pero según cifras de UNICEF, se estima que más de 200 millones de mujeres y niñas vivas han pasado por ello, de las cuales 44 millones son niñas menores de 15 años¹. 8427 niñas son mutiladas cada día, lo que equivale a 6 niñas cada minuto². Además, más de la mitad de ellas vive tan sólo en tres países: Indonesia, Egipto y Etiopía. También se calcula que más de 3 millones de niñas se encuentran actualmente en riesgo de ser mutiladas³.

Ha existido, y sigue existiendo, un profundo debate en torno a la terminología utilizada para referirse a la práctica de la extirpación de los genitales femeninos. El debate no es aleatorio, ya que la utilización de uno u otro término puede expresar la posición que una determinada persona u organismo ha adoptado con respecto a la misma.

Ha sido muy habitual el uso del término *circuncisión femenina*, equiparándola a la circuncisión masculina y presentándola como un rito de paso a la vida adulta que todas las personas deben experimentar. Sin embargo, la circuncisión masculina, a diferencia de la primera, no provoca ninguna consecuencia negativa para la salud o el bienestar de la persona circuncidada, ni constituye un atentado contra sus derechos.

¹ UNICEF (2016): *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

² COLÓN, José Manuel (Director) (2017). *La Manzana de Eva* [Película]. España: Alquimistas Producciones. Disponible en: Netflix.

³ WHO (2008): “Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. World Health Organization”. Ginebra, Suiza.

Por ello, desde posiciones más críticas con la práctica, feministas y defensoras de los derechos de las mujeres niegan el uso de ese término y reivindican la utilización del término *Mutilación Genital Femenina*, pues describe con mayor precisión las verdaderas implicaciones del acto, poniendo en relieve que se trata de una “amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino”⁴ y que supone una violación sistemática de los derechos fundamentales de las mujeres y las niñas. Este ha sido el término adoptado en las agendas y foros internacionales, así como por el Comité Inter Africano (IAC) y, a instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Naciones Unidas ha decidido utilizarlo en algunos documentos.

Por el contrario, posturas menos firmes o teóricamente más respetuosas con las culturas en las que se lleva a cabo esta práctica han optado por utilizar la expresión *Prácticas tradicionales perjudiciales que afectan la salud de las mujeres y las niñas* (PTP), con el objetivo de no minusvalorar los ritos culturales minoritarios, aunque sí asumiendo que se trata de una práctica dañina para las mujeres.

Por último, en el plano académico, desde las ciencias sociales y biomédicas, es habitual la referencia a la misma como *cortes genitales femeninos*. Lo que se pretende con el uso de este último término es presentar la mutilación como una acción neutral evitando los juicios de valor no sobre la práctica en sí, sino sobre el grupo poblacional que la ejecuta, así como la posible “estigmatización o barbarización”⁵ que puede dar lugar a raíz de uso de términos parciales.

En el presente trabajo yo he decidido referirme con el término Mutilación Genital Femenina, ya que es el único término que considero describe lo que realmente supone esta práctica ancestral en las mujeres y en las niñas, no sólo en el momento de su perpetración sino en las distintas etapas vitales hasta el final de su ciclo de vida.

2.1.2 Origen de la MGF

Se desconoce el origen exacto de la Mutilación Genital Femenina, aunque se considera que podría tratarse de una práctica milenaria, previa al nacimiento de las religiones monoteístas, proveniente del antiguo Egipto. Antes de continuar, debemos tener presente que las raíces de la MGF se encuentran en sistemas de dominación patriarcal, un sistema que ha logrado evolucionar y adaptarse a cada época y a cada sociedad, que se ha mantenido de generación en generación, y que ha impregnado toda la estructura de valores y creencias de casi todas las comunidades. El hecho de que la MGF sea defendida, promovida y ejecutada por mujeres puede llevarnos a pensar que ellas, mediante el

⁴ **BEDOYA, María Helena y KAPLAN, Adriana** (2009): *Las Mutilaciones Genitales Femeninas: asilo, identidad y derechos humanos*. En: Comisión de Ayuda al Refugiado en Euskadi (CEAR-Euskadi). Persecución por motivos de género y derecho de asilo: del contexto global al compromiso local. El sistema de asilo español frente a la violación de los derechos humanos de las mujeres y de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales. Bilbao, Lankopi, S.A., pp. 63-75.

⁵ **KAPLAN, Adriana** (2003): *Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas* en Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos No 4 FPFE, Madrid pp.23-30.

ejercicio libre de su voluntad, deciden someterse a ello, pero esa no es más que otra de las argucias a las que nos somete el patriarcado⁶.

La escisión se practicaba ya entre los egipcios desde los años 5.000 o 6.000 a.C, pues ello ha sido constatado en momias encontradas que datan de aquella época⁷. Una importante referencia sobre la explicación que se daba a la perpetración de este ritual la encontramos en el mito de la creación del pueblo Dogón en Malí⁸. Según este mito, el dios del Cielo masculino estaba solo y quiso unirse a la Tierra representada en forma de cuerpo de mujer. El sexo de la Tierra era un hormiguero y su clítoris se erguía como un termitero mostrando su masculinidad e impidiendo el coito. Al ser ambos del mismo sexo se produjo el primer desorden del universo, pues la unión no podía tener lugar. Sin embargo, dios todo poderoso abatió al termitero rebelde y se unió a la tierra sometida a la escisión, eliminando así la causa que provocó el primer desorden⁹.

El nombre “infibulación”, que equivale a la MGF de tipo III, que estudiaremos a continuación, proviene de la civilización romana del término “fíbula” que hace referencia al broche con el que éstos se cerraban la toga. También se ha podido constatar que hace siglos, la MGF era un ritual practicado en zonas tropicales de Asia, como en Filipinas, de África y de algunas etnias de la Alta Amazonia y en Australia, por las mujeres de la etnia indígena de *los arunta*¹⁰.

En lo que respecta a la historia más reciente, en Europa y en Estados Unidos, durante los siglos XVIII, XIX, e incluso a principios del siglo XX, algunos médicos recurrieron a la escisión del clítoris como tratamiento para curar la histeria, la epilepsia y la migraña¹¹. Así, queda demostrado que las practicas perjudiciales consistentes en la persecución, control y dominio sobre el del cuerpo de la mujer no han sido competencia exclusiva de sociedades no occidentales, sino que esta práctica ha sido ejecutada por sociedades ubicadas en todos los continentes del mundo y en diversas épocas de la historia.

2.1.3 Dónde se practica

La práctica de la MGF puede encontrarse en comunidades a lo largo de todo el mundo. En África se practica en algunas comunidades de 29 países: Benín, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Chad, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Yibuti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia,

⁶ PULEO, Alicia. (2005): El Patriarcado ¿una organización social superada? *Temas para el debate*, (133), 39-42. Citado por Unión de Asociaciones Familiares. (2016). *La Mutilación Genital Femenina en España. Prevención e intervención*.

⁷ Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) (2016): “Guía para profesionales. La MFG en España. Prevención e intervención”. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

⁸ GRIAULE, Marcel (1987): *Dios de agua*. Barcelona: Altafulla Editorial.

⁹ JOHNSDOTTER, Sara. (2012): Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A Poor Reflection as in a Mirror, *History and Anthropology*, 23(1), 91-114.

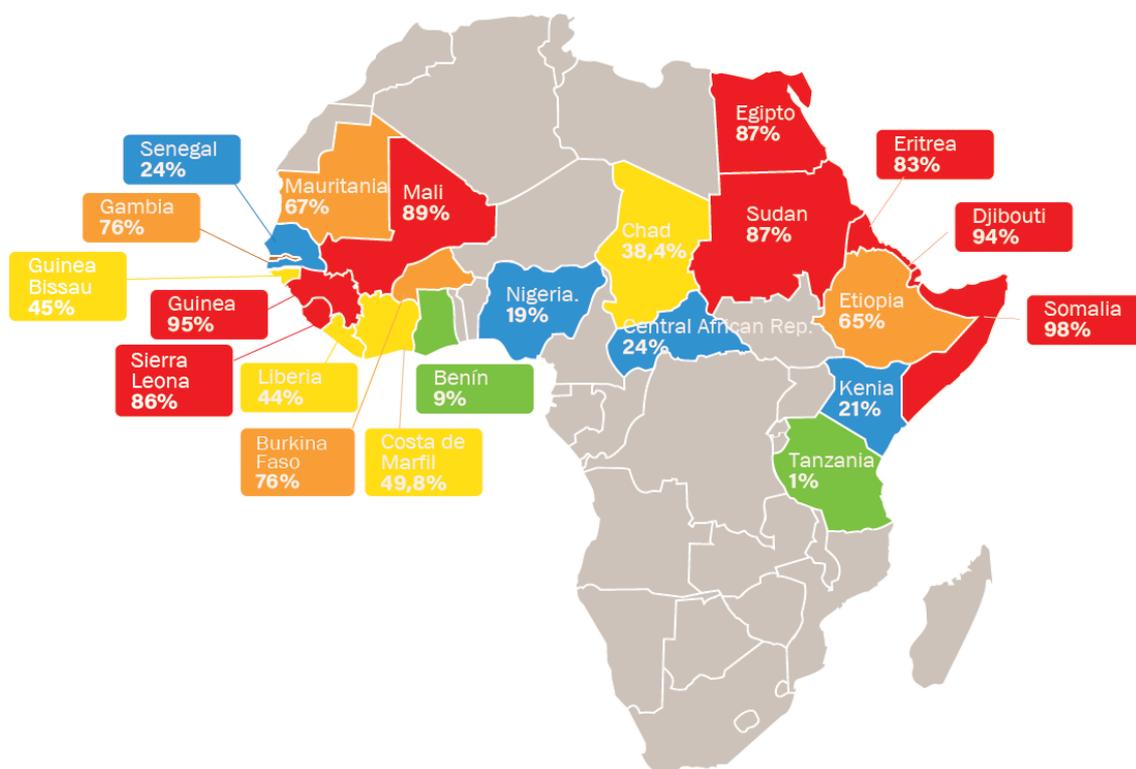
¹⁰ Medicusmundi Andalucía (2008): *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

¹¹ Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) (2016): “Guía para profesionales. La MFG en España. Prevención e intervención”. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tanzania, Togo, Uganda y Zambia.

En el siguiente mapa podemos observar la prevalencia de la MGF en los distintos países del continente africano representados por el porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que han sido sometidas al ritual.

Mapa 1. Porcentaje de niñas a las que se les practica la MGF en países de África.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de: UNICEF (2013) *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nueva York: UNICEF.

La edad a la que se practica la MGF no es fija y oscila de un país a otro. En algunas regiones se lleva a cabo durante la primera infancia (en algunos casos, sólo un par de días después del nacimiento), en otras durante la niñez, con motivo del matrimonio, durante el primer embarazo de la mujer o después del nacimiento de su primer hijo. No obstante, en la mayoría de países africanos la circuncisión se practica antes de los cinco años y, generalmente, en el resto de países se practica en niñas menores de 15 años¹².

Algunos grupos étnicos de países asiáticos también practican la MGF, por ejemplo, en comunidades de India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka. En Oriente Medio, la práctica se da en Omán, los Emiratos Árabes Unidos y Yemen, así como en Irak, Irán y el Estado de Palestina. En Europa del Este, informes recientes muestran que

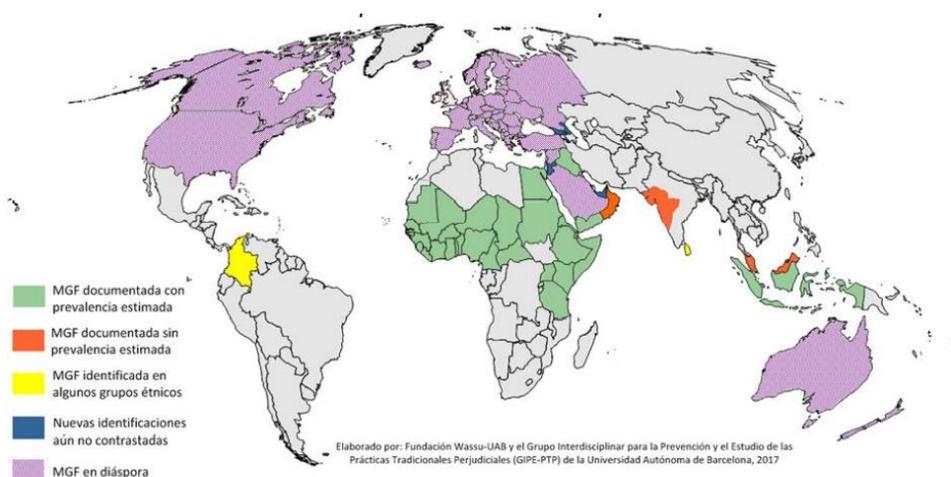
¹² MANGAS, Aina (2017): “Una Mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas”. Tesis doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

algunas comunidades la practican en Georgia y Rusia. En Sudamérica, también se conoce que esta es practicada por ciertas comunidades en Colombia, Ecuador, Panamá y Perú.

Debido a la intensa globalización actual y a los movimientos migratorios experimentados, las prácticas culturales y tradiciones de unos lugares han sido trasladadas a otros, dando lugar también a la diáspora de la Mutilación Genital Femenina. Lo local se ha convertido en global y, por eso, se han registrado numerosos casos de mutilaciones dentro de aquellas poblaciones en diáspora asentadas en países occidentales como Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Reino Unido y diferentes países europeos, entre ellos España.

Para representar la diáspora de la MGF, en el siguiente mapa podemos observar en distintos colores la prevalencia y expansión que ha experimentado la práctica en todo el mundo. En color verde están coloreados aquellos países donde la práctica tiene su origen y donde existen estudios que documentan la prevalencia de la práctica actualmente, entre los que encontramos a numerosos países de África Subsahariana, junto a Egipto, Yemen, Iraq e Indonesia. En color naranja están resaltados Malasia, Omán y una región de India, puesto que son las zonas donde la mutilación de los genitales de las mujeres también está documentada, pero se desconoce el grado de prevalencia de la misma entre la población femenina. En color amarillo encontramos a Colombia, país donde hay evidencias de que algunos pueblos indígenas la practican. Finalmente, en color lila aparecen representados aquellos países en los que han sido identificados nuevos casos de MGF todavía no contrastados o no documentados y que, por tanto, se han visto afectados por la diáspora y expansión de la práctica.

Mapa 2. La MGF en la diáspora.



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

2.1.4 Tipos de MGF

Según la OMS¹³ la Mutilación Genital Femenina se puede clasificar en cuatro tipos distintos según la severidad de la intervención y de la zona de los genitales femeninos que se ampute:

Tipo I o Clitoridectomía: La circuncisión (del griego “incisión”) consiste en la eliminación parcial o total del glande del clítoris, y/o del prepucio/capuchón del clítoris. En la cultura islámica este tipo de mutilación adquiere el nombre de *sunna*¹⁴, que significa tradición y se suele equiparar a la circuncisión masculina.

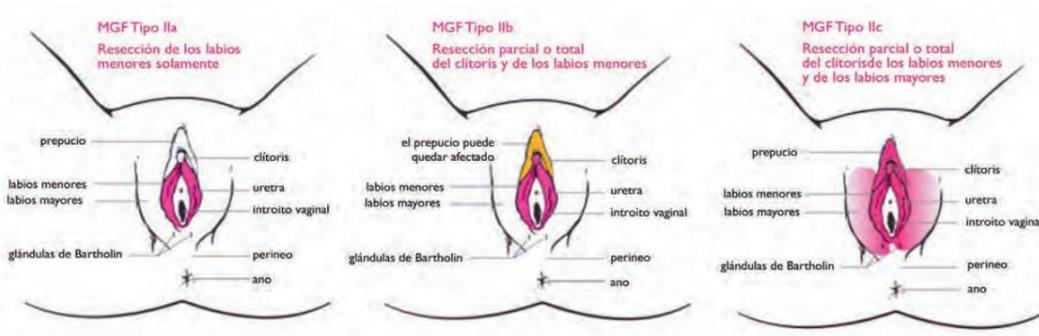
Imagen 1. Mutilación Genital Femenina de Tipo I o Clitoridectomía.



Fuente: KAPLAN, Adriana & GIPE/PTP (2017): *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales*. (2.ª ed.). Barcelona.

Tipo II o Escisión: (del griego, “corte”) implica la resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.

Imagen 2. Mutilación Genital Femenina de Tipo II o Escisión.

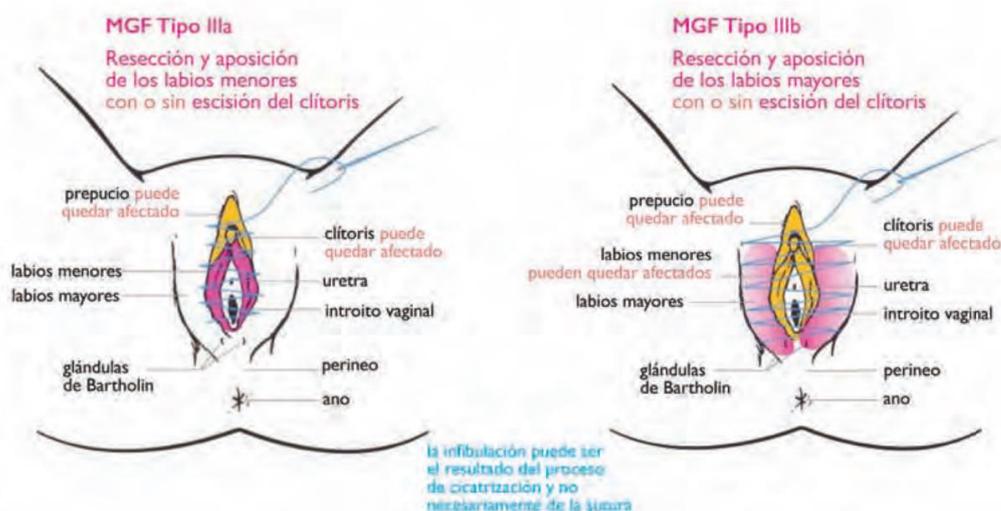


Fuente: KAPLAN, Adriana & GIPE/PTP (2017): *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales*. (2.ª ed.). Barcelona.

¹³ WHO (2016): WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra, Suiza. Traducido por Fundación Wassu (2017).

Tipo III o Infibulación: es la forma más severa de mutilación en la que se procede al estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio/capuchón del clítoris y el glande del clítoris. Se deja un pequeño orificio que permite la salida de la orina y la sangre menstrual.

Imagen 3. Mutilación Genital Femenina de Tipo III o Infibulación.



Fuente: KAPLAN, Adriana & GIPE/PTP (2017): *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales*. (2.ª ed.). Barcelona.

Tipo IV: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos de severidad variable y sin finalidad terapéutica como, por ejemplo: la punción, piercing o incisión en el clítoris y/o los labios; la elongación del clítoris y/o labios; la cauterización del clítoris y del tejido adyacente; las raspaduras del orificio vaginal o corte de la vagina; la introducción de sustancias corrosivas en la vagina para causar sangrado, o de hierbas con la intención de estrecharlo.

En ocasiones resulta complicado diferenciar entre un tipo de mutilación u otro, pero, según estimaciones de la OMS, aproximadamente el 90% de los casos de MGF son de tipo I o II y un 10% de los casos de tipo III.

También existe la desinfibulación, que es la técnica que consiste en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada de una mujer previamente sometida a infibulación. Suele ser necesario llevar a cabo la desinfibulación para mejorar el estado de salud y bienestar de las mujeres, para hacer posible el coito o para facilitar el parto. Otra práctica habitual es la reinfibulación o resutura, que consiste en coser de nuevo el orificio vaginal de una mujer después de haber sido desinfibulada, con el fin de volver a estrecharlo.

2.1.5 Razones por las que se practica

Son numerosas y muy variadas las razones que sustentan la MGF. La misma lleva implícito un fuerte significado y afecta profundamente la estructura social de las comunidades donde ésta es practicada¹⁵.

Por un lado, existen razones de carácter socio-cultural como la conservación de la tradición y la identidad étnica. Se dice que las mujeres son vistas como símbolos y guardianes de la moral y los valores sociales y se espera que se ajusten a las tradiciones y normas sociales¹⁶. En algunas sociedades, la MGF marca el rito de paso a la edad adulta y va acompañada de ceremonias para marcar el momento en que la niña se convierte en una mujer madura, confirmando así su feminidad y ensalzando el “honor de la familia”.

Estos ritos de paso se estructuran en tres fases diferentes: separación, marginación y agregación¹⁷. En la primera fase las niñas son separadas de la comunidad para ser sometidas a la intervención física de la circuncisión. Esta etapa está marcada por la sangre y el dolor, y sólo se les permite a las mujeres más ancianas acompañar a las niñas en este proceso, legitimando con su sola presencia la reproducción de la tradición. La segunda fase del ritual es la de marginación, y dura tanto como lo haga la cicatrización de la herida¹⁸. Se trata de un periodo de alto riesgo para las niñas por lo que resulta fundamental cuidar su nutrición para una mejor y más rápida recuperación. Aquí es donde se transmiten los saberes de las mujeres de madres a hijas, construyéndose así la identidad étnica, cultural y de género que las acompañarán toda su vida adulta. La tercera y última fase consiste en la agregación, donde se presenta a las niñas en sociedad a través de un acto ceremonial con vestidos nuevos para simbolizar el comienzo de su nueva vida.

Estas mismas niñas y sus madres suelen estar sometidas a una fuerte presión social y son amenazadas con el rechazo del grupo o de la familia si no siguen la tradición o si se manifiestan en contra de su propia identidad étnica¹⁹.

Por el otro, existen motivos espirituales y religiosos por los que se lleva a cabo la MGF. La práctica es anterior tanto al cristianismo como al islam y ni la Biblia ni el Corán suscriben la misma. A pesar de todo ello, son numerosas las comunidades musulmanas, cristianas coptas y judías falashas que la realizan. La respuesta de los líderes religiosos a

¹⁵ **Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.)** (2020): "La mutilación genital femenina en España". Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad.

¹⁶ **GAMAL ELDIN, AHMED. and others** (2018): "FGM/C Decision-Making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan." In Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive. New York, USA: Population Council.

¹⁷ **KAPLAN, Adriana.** (2004). *Iniciación sin mutilación* (castellano). Fundación Wassu-UAB. YouTube, 30 de septiembre de 2013.

¹⁸ **BEDOYA, María Helena y KAPLAN, Adriana** (2002): *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica* en de LUCAS, J. y GARCIA AÑÓN, J. (Ed.) Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report, Universitat de Valencia.

¹⁹ **WHO** (2008): "Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. World Health Organization". Ginebra, Suiza.

la MGF también es muy variada. Aquellos que la apoyan tienden a considerarla un acto religioso o a ver los esfuerzos dirigidos a eliminarla como una amenaza para su propia religión y su cultura. Otros líderes religiosos apoyan y participan en los esfuerzos por erradicarla. Cuando la posición de los líderes no es clara o eluden el tema, se puede percibir que están a favor de la MGF.

También se mencionan motivos higiénicos y estéticos por los que llevar a cabo la mutilación de los genitales femeninos. En algunas comunidades se considera que los genitales externos de la mujer son “feos” y “sucios”. Por ello, el hecho de someterse a este procedimiento convierte a la niña en una mujer limpia y elegante. Asimismo, se cree que el clítoris no mutilado podría llegar a adquirir las dimensiones del pene, pudiendo llegar a causar daños en el pene del hombre o provocar deformidad física e incluso locura. En algunas comunidades también se cree que si durante el parto el bebé toca el clítoris de la mujer con la cabeza ello podría causarle la muerte o provocarle algún trastorno mental²⁰.

Por último, encontramos razones psico-sexuales por los que se perpetúa la mutilación de los genitales de las mujeres y niñas. Cuando hablamos de motivos psico-sexuales estamos hablando de control de la sexualidad de las mujeres para asegurar su fidelidad, ya que se cree que la chica no circuncidada tiene un impulso sexual hiperactivo e incontrolable. Por tanto, si no se somete a ello es probable que pierda su virginidad de manera prematura. En Gambia, por ejemplo, persiste esta creencia de que la MGF es un medio para controlar el impulso sexual irrefrenable de las mujeres. De hecho, en muchas sociedades, la MGF es un requisito indispensable para poder concertarse un matrimonio, quedando pocas o nulas posibilidades de que una mujer se case si no se somete a ello. En otras, se cree que el estrecho orificio vaginal de una mujer infibulada o de una mujer a la que se le han colocado productos químicos en la vagina para estrecharla aumentará el placer sexual del hombre, evitando así la infidelidad o el divorcio. Todo ello no hace más que preservar y exacerbar los roles de género y limitar el lugar que debe ocupar la mujer dentro de la sociedad.

2.1.6 Consecuencias de la MGF en las mujeres y las niñas

Todas las formas de MGF se consideran perjudiciales, aunque las consecuencias tienden a ser más o menos graves dependiendo del tipo de circuncisión que se lleve a cabo, tal y como hemos podido observar en el apartado 2.4. Otros factores como la edad, el estado general de salud, la situación social y las condiciones de higiene en las que se practica pueden influir también en la gravedad de las consecuencias que pueda llegar a sufrir la mujer o la niña²¹. Es por eso que todas ellas son consideradas atentados contra los derechos humanos de las mujeres.

²⁰ **KAPLAN, Adriana** (2003): *Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas* en Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos No 4 FPFE, Madrid pp.23-30.

²¹ **LEYE, Els** (2017): “The consequences of FGM/C”. En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017): *Multisectoral academic training guide on female genital mutilation/cutting*. Madrid: Editorial Dykinson.

Las consecuencias negativas que puede sufrir una persona sometida a la MGF pueden ser de diversa índole, pudiendo sufrir complicaciones físicas a corto y largo plazo, complicaciones sexuales, psico-sociales, o peligros a la hora de dar a luz.

En lo que respecta a las complicaciones físicas a corto plazo, prácticamente todas las mujeres sometidas a la MGF experimentan un dolor y una hemorragia extremos. El dolor se produce por dos aspectos fundamentales: primero, por las extensas intervenciones en los genitales, y segundo, porque esta operación se tiende a practicar con instrumentos inadecuados y sin anestesia. En lo que se refiere a los instrumentos utilizados, el procedimiento suele realizarse con herramientas rudimentarias y sin anestesia mientras la niña o la mujer está siendo sujeta. Para realizar el corte se suelen utilizar tijeras, cuchillos afilados, piezas de cristal, y para curar las heridas hierbas, tierra, cenizas y estiércol, entre otras²². Además, en ocasiones estos instrumentos están mal esterilizados o no lo están en absoluto, lo que puede dar lugar a contagios de hepatitis B-C y del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)²³.

A veces el dolor es tan intenso que puede provocar un shock. Otras de las complicaciones de salud que pueden darse son: hinchazón del tejido genital, infección o mala cicatrización de la herida, infecciones en el tracto urinario, en el tracto genital y/o reproductivo, retención urinaria por el dolor causado al orinar e incluso la muerte a causa del sangrado severo o septicemia²⁴.

También existen riesgos cuyos efectos perduran en el tiempo y que se desarrollan a lo largo de la adultez de la mujer. Entre ellos encontramos infecciones genitales crónicas, dolor crónico en el tejido genital, infecciones urinarias de repetición, incontinencia urinaria, problemas menstruales, picores vaginales, flujo vaginal anormal, dolor al orinar, insuficiencia renal e inflamación pélvica²⁵.

Aunque algunas de las consecuencias inmediatas pueden mitigarse en determinadas circunstancias, está demostrado que las probabilidades de sufrir complicaciones durante el parto son significativamente mayores en las mujeres con MGF en comparación con aquellas que no han sido sometidas a ella²⁶. De hecho, los resultados de un estudio multinacional de la OMS en el que participaron más de 28.000 mujeres

²² **HERMIDA DEL LLANO, Cristina** (2017): "La mutilación genital femenina desde la perspectiva jurídica española". Bajo Palabra. Revista de Filosofía, (15), 47-66.

²³ **BEDOYA, María Helena y KAPLAN, Adriana** (2009): *Las Mutilaciones Genitales Femeninas: asilo, identidad y derechos humanos*. En: Comisión de Ayuda al Refugiado en Euskadi (CEAR-Euskadi). Persecución por motivos de género y derecho de asilo: del contexto global al compromiso local. El sistema de asilo español frente a la violación de los derechos humanos de las mujeres y de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales. Bilbao, Lankopi,dele S.A., pp. 63-75.

²⁴ **Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.)** (2020): "La mutilación genital femenina en España". Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad.

²⁵ **KAPLAN, Adriana & GIPE/PTP** (2017): *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales*. (2.ª ed.). Barcelona.

²⁶ **KAPLAN, Adriana; FORBES, Mary; BONHOURE, Isabelle; UTZET, Mireia; MARTÍN, Miguel; MANNEH, Malick; CEESAY, Haruna.** (2013) "Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn" in International Journal of Women's Health, 2013:5, pp 323-331.

confirman que las mujeres que habían sido sometidas a la mutilación genital tienen más riesgo de sufrir complicaciones durante el parto. Éstas presentaban más probabilidades de sufrir partos prolongados, hemorragias posparto, desgarros, episiotomías, fístulas, de recurrir a cesáreas y de ver prolongadas sus estancias hospitalarias. Asimismo, se demostró que existe un mayor riesgo de muerte fetal, muerte neonatal o la necesidad de reanimar al recién nacido durante el parto²⁷.

Igual de importantes son las consecuencias sexuales que sufren las mujeres sometidas a la MGF, las cuales sufren dolores durante las relaciones sexuales, ven disminuida su satisfacción, el deseo y la excitación sexuales, así como también ven reducida la lubricación durante las relaciones sexuales²⁸. Muchas de ellas también tienen grandes dificultades para alcanzar el orgasmo o sufren anorgasmia, lo cual puede llegar a provocar un sentimiento de angustia en la mujer y afectar profundamente a la relación de pareja.

Todos estos perjuicios físicos tienen una afectación en la salud mental de las mujeres provocando, en ocasiones, trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión, sentimientos de miedo, humillación, vergüenza o culpa. Por lo que además de condicionar la salud física y la supervivencia de las niñas y las mujeres, su salud psicológica también se ve afectada, perpetuando una vez más las desigualdades y discriminaciones por razones de género.

2.2 MAPA DE LA MGF EN ESPAÑA

En España los primeros flujos migratorios desde terceros países se empiezan a incrementar a partir de la década de los 90. Ello coincide con los primeros casos de MGF que se detectan en territorio español, concretamente en Cataluña en 1993, entre la población inmigrante procedente de las regiones que practican la MGF²⁹.

Debemos tener en cuenta que en los últimos veinte años se ha producido un auge de la migración procedente de países de África Subsahariana y que salvo en el caso de Guinea Ecuatorial, país con quien España comparte lazos coloniales, lingüísticos y religiosos el resto de países no lo hacen motivados por estas razones. También hay que tener en consideración que las personas que toman la decisión de migrar a España lo hacen con todo un bagaje cultural, político, social, histórico distintos y resulta imprescindible conocerlos para ofrecer una asistencia y ayuda adaptados a sus necesidades específicas. Por ello, resulta fundamental conocer el perfil de las personas que residen en territorio nacional para conocer el tipo de vínculo que les une a la ejecución y conservación de la práctica incluso fuera de los límites geográficos.

²⁷ **WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome** (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 367:1835–1841.

²⁸ **KAPLAN, Adriana & GIPE/PTP** (2017): *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales*. (2ª ed.). Barcelona.

²⁹ **AGIRREGOMEZKORTA, Rosa Belén y FUERTES, Irene** (2012): *La ablación o MGF: Guía práctica*. Paz y desarrollo ONGD.

A nivel estatal no existen datos de las mujeres residentes en España que han sido mutiladas. Para cubrir ese vacío la Fundación Wassu de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) realiza desde el año 2001 y actualiza cada cuatro años (2001, 2005, 2008, 2012 y 2016) un mapa de la MGF en España. En el mismo analiza por Comunidades Autónomas, y dentro de las mismas por provincias y municipios, la evolución de la población femenina circuncidada distinguiendo entre las mujeres mayores y menores de 14 años. Lo que se pretende con estos estudios, de gran valía, es identificar la distribución de la población con MGF a lo largo del territorio nacional y conocer la edad y el origen de las mismas, con el objetivo de adaptar mejor las políticas de las instituciones públicas y de elaborar estrategias eficaces de prevención y atención a las mujeres y niñas que sufren sus consecuencias.

El citado estudio es en el que nos basaremos para hacer una radiografía de la población originaria de países en los que se practica la MGF en España. Según este mapa en España residen 242.664 habitantes procedentes de países donde se practica la MGF, de los cuales 69.086 son mujeres y de las cuales 18.396 son niñas de entre 0 y 14 años³⁰. Lo que vamos a analizar a continuación es el origen de esos habitantes, su estructura según su sexo y edad y la distribución de los mismos por todo el territorio estatal.

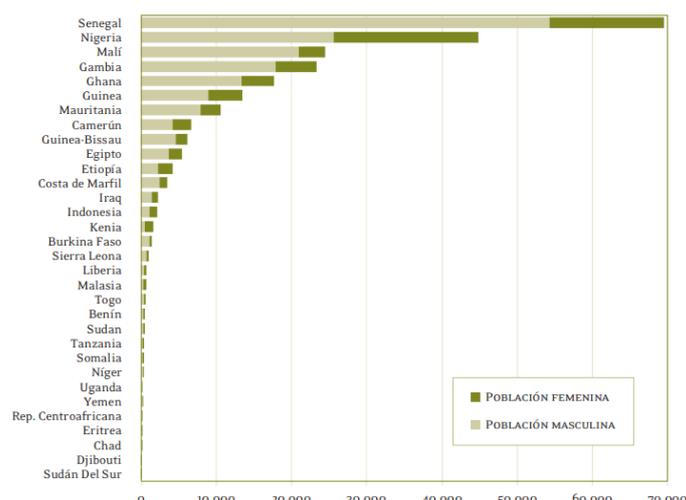
2.2.1 Por países de origen

Teniendo en cuenta el país de origen, Senegal es aquel que representa el mayor volumen de población residente en España, con casi 70.000 habitantes. Le siguen Nigeria con 45.000 habitantes, Mali y Gambia, cada uno de ellos con casi 25.000 residentes. También son destacables el caso de Ghana, Guinea y Mauritania, todos ellos con más de 10.000 habitantes residiendo en territorio nacional.

Si, por el contrario, consideramos únicamente la población femenina, la lista de los países de origen varía levemente, posicionándose en primer lugar Nigeria (casi 20.000 mujeres), en segundo lugar, Senegal (15.000 mujeres) y en el tercero Gambia (5.300 mujeres). Seguidos de Guinea, Ghana y Mali.

³⁰ **MANGAS, Aina** (2017): “Una Mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas”. Tesis doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

Gráfico 1. Población total residente en España de países origen MGF, según sexo.



Fuente: KAPLAN, Adriana y LÓPEZ, Antonio (2017): *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016* .

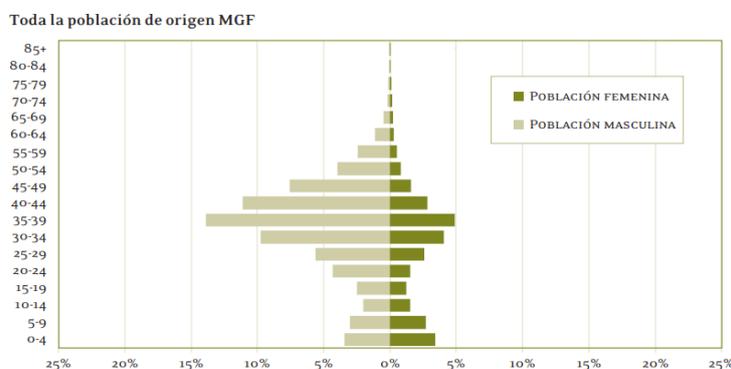
2.2.1 Por sexo y edad

En lo que respecta al perfil demográfico de las personas de origen MGF que residen en España, son dos los rasgos más relevantes.

Por un lado, destaca la masculinización de la población, puesto que el 71,5% del total son hombres, alrededor de 175.000. En todos los orígenes el número de hombres es superior al de mujeres, salvo en el caso de Kenia, Malasia, Tanzania y Uganda, donde el número de mujeres supera al de los hombres. De hecho, países con gran presencia de personas residentes como Senegal o Ghana tienen una relación de 4 hombres por cada mujer.

Por el otro, la mayor parte de la citada población se encuentra en la franja de edades adultas centrales. Así, el 60% de la población tiene entre 25 y 44 años, mientras que sólo el 16% tiene entre 0 y 14 años.

Gráfico 2. Población residente en España de origen MGF, por sexo y edad.

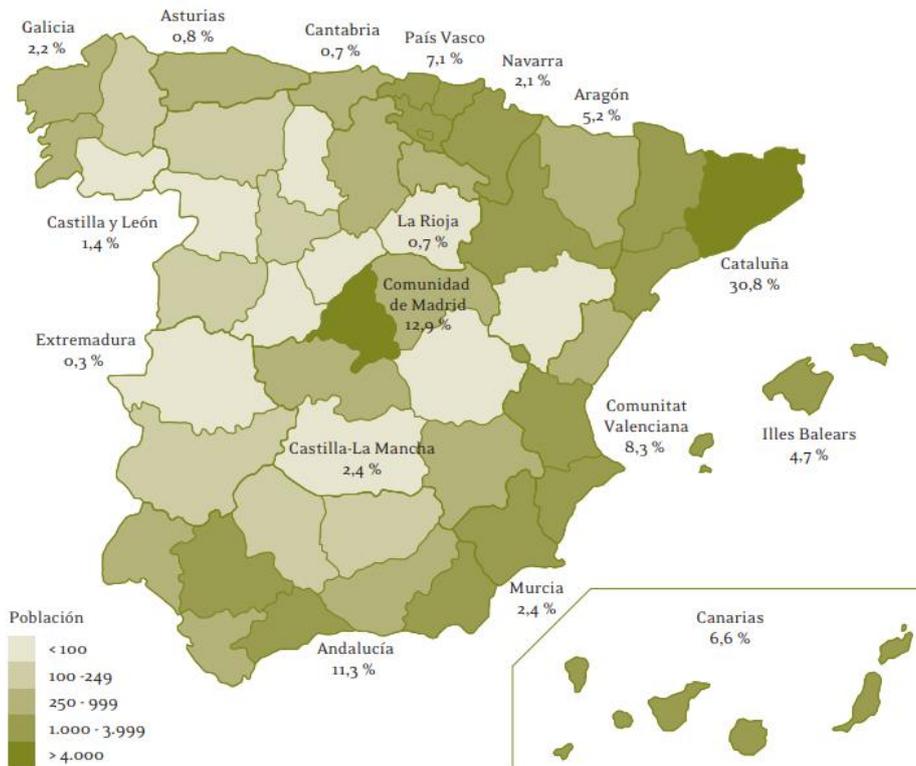


Fuente: KAPLAN, Adriana y LÓPEZ, Antonio (2017): *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016* .

2.2.3 Por la distribución geográfica

La Comunidad Autónoma con mayor presencia de población originaria de países donde se practica la MGF es Cataluña, pues casi un tercio de la población total (30,8%), es decir, 75.000 personas, reside en dicha comunidad. Andalucía se presenta como la segunda CCAA con más población de estas nacionalidades al contar con, aproximadamente, 36.000 habitantes, y la Comunidad de Madrid como la tercera con 26.000, aunque ésta última sobrepasa a la primera en número de mujeres y niñas residentes. Comunitat Valenciana, Euskadi, Aragón, Canarias y las Islas Baleares son el resto de comunidades con más de 10.000 personas de origen de países MGF. Euskadi es la región que ha experimentado un mayor crecimiento de población femenina desde 2012, habiendo ascendido el número de mujeres desde las 3.300 a las casi 5.000, lo que supone un ascenso del 47,8%. También ha sido notable el ascenso de este colectivo en Asturias, Galicia y Navarra donde se ha experimentado un crecimiento superior al 10%.

Mapa 3. Distribución territorial de la población femenina de origen MGF.



Fuente: KAPLAN, Adriana y LÓPEZ, Antonio (2017): *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*.

2.3 NORMATIVA

2.3.1 Legislación de la MGF en países de África

La MGF está prohibida en 25 países de África ya sea a través de su constitución o a través de leyes. Sin embargo, su prohibición no implica necesariamente que la práctica haya dejado de ser ejecutada, ni si quiera implica que la prevalencia entre su población se haya visto reducida, pues esta sigue siendo llevada a cabo en la clandestinidad o bien las herramientas legislativas representan un medio coercitivo de dudosa eficacia. Así, podemos observar en la siguiente tabla que no existe una relación directa entre la temprana adopción de leyes que prohíben la MGF con una menor prevalencia de la misma.

Tabla 1. Legislación y prevalencia de la MGF en países de África que la practican.

| País | Año de legislación | Prevalencia de la MGF |
|---------------------------|--------------------|-----------------------|
| Benín | 2003 | 13% |
| Burkina Faso | 1996 | 76% |
| República Centro Africana | 1966, 1996* | 24% |
| Chad | 2003 | 44% |
| Costa de Marfil | 1998 | 36% |
| Djibouti | 1995, 2009* | 93% |
| Egipto | 2008 | 91% |
| Eritrea | 2007 | 89% |
| Etiopía | 2004 | 74% |
| Gambia | 2015 | 76% |
| Ghana | 1994, 2007* | 4% |
| Guinea | 1965, 2000* | 96% |
| Guinea Bissau | 2011 | 50% |
| Kenia | 2001, 2011* | 27% |
| Mauritania | 2005 | 69% |
| Níger | 2003 | 2% |
| Nigeria | 1999, 2006, 2015** | 27% |
| Senegal | 1999 | 26% |
| Somalia | 2012 | 98% |
| Sudán (algunos estados) | 2008, 2009 | 88% |
| Togo | 1998 | 4% |
| Uganda | 2010 | 1% |
| Tanzania | 1998 | 15% |
| Yemen | 2001 | 28% |

*Reformas a la ley original o leyes nuevas

Fuente: MANGAS, Aina (2017): “Una Mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas”. Tesis doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

Hemos de detenernos en el caso de Gambia, cuya prohibición entró en vigor recientemente a través de la aprobación el 29 de diciembre de 2015 de la ley que decreta su abolición. La base científica necesaria para que el gobierno gambiano reconociera públicamente la MGF como una práctica perjudicial para la salud de las mujeres y niñas, así como para hacer entender a la sociedad los perjuicios de su realización la aportaron precisamente los estudios clínicos y la investigación aplicada realizados por la Fundación Wassu-UAB.

Por otro lado, todavía hay países que a pesar de tener un alto porcentaje de mujeres circuncidadas no han legislado al respecto: Mali (89%), Sierra Leona (88%), Liberia (66%) y Camerún (1%).

2.3.2. Legislación Internacional

La MGF no es una forma aislada de violencia, sino que supone una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas y, por ello, son muchos los instrumentos legales con los que la comunidad internacional cuenta para la defensa de sus derechos y para la lucha por el fin de esta práctica perjudicial. La MGF está tipificada como delito en todos los Estados miembros de la Unión Europea³¹ y ésta última ha desempeñado un papel importante en el “desarrollo de políticas nacionales para contribuir en la abolición de la MGF”³².

Podríamos decir que el instrumento básico y fundamental que sienta las bases para la lucha jurídica contra la MGF es la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH). La Declaración fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 (III), el 10 de diciembre de 1948 en París y supuso un hito en la historia de la defensa de los derechos humanos además de haber servido de referencia para la elaboración de incontables tratados adoptados con posterioridad. El artículo 2 de la declaración afirma que: *“toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”*. Así se establece la premisa sobre la que se cimienta posteriormente la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000 que proclama el derecho a la vida, a la dignidad humana, a la integridad física y psíquica de la persona, así como establece la prohibición de acciones como la tortura y los tratos inhumanos o degradantes, entre los que podríamos incluir implícitamente la MGF.

El primer reconocimiento explícito que se hace a nivel internacional de la MGF como violación de los derechos humanos de las mujeres tiene lugar en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) aprobada en 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En el artículo 5 del mismo los Estados Partes en la Convención pactan tomar las medidas apropiadas para

³¹ ACNUR (2009): *Demasiado Dolor. Mutilación Genital Femenina y asilo en la Unión Europea*.

³² MANGAS, Aina (2017): “Una Mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas”. Tesis doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona

“modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”; en lo que podríamos incluir perfectamente la citada práctica.

Otra de las herramientas jurídicas que desempeña una función protectora fundamental de los derechos de las niñas es la Convención de los Derechos del Niño adoptada también por la Asamblea General de la ONU el 20 de noviembre de 1989. A través de la misma, los Estados se comprometen a cumplir con su obligación de adoptar

“todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual” (artículo 19) y, específicamente a adoptar *“todas las medidas eficaces y apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”* (artículo 24.3).

La Resolución del Parlamento Europeo sobre las mutilaciones genitales femeninas (2001/2035(INI)), del 20 de septiembre de 2001 y la Resolución, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE (2008/2071 (INI)) vienen a confirmar la vulneración de los Derechos Humanos de las mujeres que supone la MGF, así como la manifestación de violencia intrafamiliar que esta constituye. Asimismo, recoge el compromiso de los veintisiete Estados miembros de establecer un protocolo de control, así como la creación de una base de datos en la que recoger el número de mujeres víctimas de esta práctica, con el objetivo de defender a las víctimas potenciales de este delito, amparándolas y tutelándolas. Suponen también un llamamiento para que todos los Estados miembros persigan, condenen y castiguen la ejecución de dichas prácticas teniendo en cuenta todos los ejes que juegan un papel importante en el proceso hasta perpetrar la mutilación.

Todas estas resoluciones y tratados se cristalizan finalmente en el Convenio de Estambul adoptado por el Consejo de Europa en 2011, convirtiéndose en el primer tratado europeo dedicado específicamente a abordar la violencia contra las mujeres y haciendo especial alusión a la MGF como un tipo de violencia contra la mujer. Este tratado lo que pretende es garantizar la protección de aquellas personas solicitantes de asilo que se encuentran en riesgo de persecución por motivos de género y, concretamente, las que se encuentran en riesgo de ser sometidas a una MGF.

De hecho, la Resolución 2012/2684 (RSP) del Parlamento Europeo sobre la erradicación de la MGF recoge que, al menos, 500.000 mujeres que viven en la Unión Europea han sido víctimas de la mutilación genital y 180.000 corren el riesgo de sufrirla. No obstante, según los expertos, estas cifras están subestimadas y no tienen en cuenta ni la segunda generación ni a las mujeres inmigrantes indocumentadas³³. Esa es la razón por

³³ Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de junio de 2012, sobre la erradicación de la mutilación genital femenina (2012/2684(RSP)).

la cual, cada año miles de mujeres y niñas originarias de países en los que se practican mutilaciones de este tipo piden asilo en Europa. Para evitar y minimizar los potenciales daños que la ejecución de dicha práctica puede tener en las generaciones futuras, en 2012 la Asamblea General de las Naciones Unidas designa el 6 de febrero como el Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina³⁴. La elección del día no es aleatoria pues ese mismo día del año 2003 Stella Obasanjo, primera dama de Nigeria desde 1999 hasta 2005, marcó un precedente histórico al declarar oficialmente una postura de *Tolerancia Cero contra la MGF* durante una conferencia organizada por el Comité Inter-Africano en Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y Niñas.

2.3.3 Legislación estatal

En España la Mutilación Genital Femenina está tipificada como un delito de lesiones por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, *de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros*, que viene a modificar el artículo 149 del Código Penal. Esta modificación del ordenamiento jurídico pretende dar respuesta a las nuevas realidades que surgen a partir de los flujos migratorios y de la integración social de las personas procedentes de países donde se lleva a cabo la práctica de la mutilación genital en el Estado Español.

Artículo 149.2 CP:

2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, 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 necesitada de especial protección.

Mediante la utilización de la expresión “*en cualquiera de sus manifestaciones*” podemos entender que se incluyen en el tipo penal todas las lesiones que impliquen la amputación de los genitales, considerándose como tal los cuatro tipos de mutilación genital femenina descritos anteriormente.

El motivo por el que el legislador introduce esta modificación en el ordenamiento jurídico español no es porque no existieran con anterioridad tipos penales para castigar la MGF, ya que la misma podría ser perfectamente sancionada a través de los tipos de delitos de lesiones ya contenidos en el Código Penal, sino que surge del deseo de dotar de una especial punitividad a aquellas acciones que condenan a las mujeres a una vida sexual, y

³⁴ Resolución 67/146, de 20 de diciembre de 2012, Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. Sesión nº 67. Adoptada por la Asamblea General.

por consiguiente, física y psicológica, insatisfactoria³⁵. Ello supone, por tanto, un endurecimiento de la penalidad de las lesiones, puesto que sin la citada reforma la mutilación genital masculina y femenina tendrían el mismo tratamiento jurídico, simplificando la enorme complejidad que comporta a nivel internacional la MGF y dejando fuera del espectro de la ley las notables diferencias existentes en base al género.

En esta figura delictiva el bien jurídico protegido es la integridad física y moral de las mujeres que viene reconocida por el artículo 15 de la Constitución Española, alcanzando la categoría de Derecho Fundamental, gozando así de las máximas garantías mediante una protección reforzada y preferente por parte de los poderes públicos.

Artículo 15 CE:

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

La segunda reforma destacable en este sentido es la llevada a cabo por el Congreso de los Diputados en 2005, por la cual se aprueba la Ley Orgánica del Poder Judicial 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la LOPJ 6/1985 para perseguir extraterritorialmente la práctica de la MGF. Su texto añade un nuevo apartado g) al artículo 23.4 de la LOPJ que dice así: «*Los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España*». De esta forma, se permite a los tribunales españoles perseguir y sancionar la práctica de la MGF fuera del territorio español, siempre y cuando el responsable se encuentre dentro del mismo.

A pesar del avance que supuso la reforma del artículo 23.4 de la LOPJ, en 2014 el gobierno del Partido Popular, sin el apoyo de ninguna otra fuerza política y gobernando en mayoría, aprueba la LO 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la LOPJ 6/1985, que viene a suprimir la mención explícita que se hacía en el apartado g) a la MGF.

En este sentido, resulta sumamente esclarecedora la aportación que se hace en la Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 13 de mayo de 2013 a este respecto. En ella se pone en relieve la dificultad a la que se enfrentan las víctimas o potenciales víctimas de armonizar las creencias adquiridas en el país de origen con las nuevas costumbres del país de acogida a las que presumiblemente deben adaptarse, dejándolas en un limbo de incompreensión e inadaptación. Sin olvidar tampoco que esta es una situación de suma complejidad a la que también deben ser capaces de dar respuesta los legisladores sin tender a criminalizar a la víctima o a sus familiares por un acto que supera los límites de la individualidad y trasciende a un hacer colectivo:

³⁵ **HERMIDA DEL LLANO, Cristina** (2017): “La mutilación genital femenina desde la perspectiva jurídica española”. *Bajo Palabra. Revista de Filosofía*, (15), 47-66.

«Un mayor pluralismo cultural, religioso e ideológico que comporta el fenómeno propio del flujo migratorio evidencia uno de los problemas que desde la vertiente penal no pueden quedar sin respuesta: el conflicto que surge entre lo dispuesto por la ley imperante en la sociedad de acogida y las creencias y concepciones religiosas, tradicionales o culturales de unos determinados grupos sociales migratorios que, a su vez, son iconos de identidad y de diferencia, en el seno de la pluralidad e interculturalidad, suscitándose una tensión inevitable entre el poder, el Estado de acogida, y el individuo inmigrante, entre la autoridad y los valores del individuo, entre los valores sociales y colectivos y las vivencias personales del hombre. No obstante, el Estado no puede admitir, bajo el alegato de la libertad de conciencia o al abrigo de la tradición y al amparo de la costumbre, todas las actuaciones que según criterios individuales sean conformes a los dictados de la conciencia, ya que ello supondría olvidar la afectación de bienes jurídicos de fundamental importancia y trascendencia que constituyen un referente universal, tales como la vida, la integridad física, la indemnidad sexual».

En lo que respecta a la protección jurídica que el ordenamiento jurídico ofrece específicamente a las niñas menores de edad, cabe destacar la promulgación de la LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por la cual se establece “*la obligación por parte de los Poderes Públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y dentro de esta, con carácter singular, la de los menores*”. También es destacable la LO 8/2015, de 22 de julio y la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia, que se ajusta de forma más adecuada a las necesidades de los menores como sujetos de derechos y amplía su capacidad para ejercerlos.

A nivel estatal, en 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publica el Protocolo común de actuación sanitaria ante la MGF constituyéndose en la herramienta principal para la sensibilización y formación de profesionales en la lucha contra la MGF y en su prevención. Las Comunidades Autónomas de Catalunya (2002, 2007, 2009), Aragón (2011) y Navarra (2013), Andalucía (2016), la Comunitat Valenciana (2016), las Illes Balears (2017) y La Rioja (2018) han desplegado protocolos exclusivos de actuación ante la MGF que, algunos de ellos incluso han servido de base para la elaboración del Protocolo común estatal y lo complementan.

Por otro lado, a nivel autonómico, el artículo 148.1 de la CE abre la posibilidad a las Comunidades Autónomas para asumir competencias en materia de asistencia social. Sin embargo, sólo las Comunidades de Catalunya y de la Comunitat Valenciana han decidido hacer mención específica a la MGF en sus leyes autonómicas sobre protección de la infancia: la Ley de la Comunidad Valenciana 12/2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia y la Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.

Algunas Comunidades Autónomas si han optado por incluir la MGF en sus normas sobre igualdad de género y contra la violencia sobre la mujer. Aunque la mayoría de ellas se limitan a definir la práctica sin ahondar en las estructuras de perpetuación de la desigualdad de los hombres sobre las mujeres que esta supone, algunas comunidades

si dan un paso más allá y la definen como un tipo de violencia de género; entre ellas se encuentran Catalunya, Andalucía, Aragón, Madrid, Cantabria, Canarias, Castilla-La Mancha, Comunitat Valenciana, Murcia y Navarra.

Las prácticas tradicionales nocivas no son un fenómeno uniforme, sino que varían según el país y la comunidad dentro de la cual esta es perpetuada. Las estructuras legislativas y la forma en la que estas son aplicadas, así como sus costumbres y transformaciones sociales son distintas³⁶, por lo que el tratamiento jurídico que se hace de las víctimas reales y potenciales tampoco debería ser el mismo. Para ello, es necesario realizar un examen específico de cada caso y de las circunstancias contextuales que acompañan a cada una de las mujeres que se ven una situación de riesgo como esta, pues solo así se estará dando una respuesta integral desde las instituciones públicas.

³⁶ ACNUR (2009): *Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina*.

CAPÍTULO III: PARTE EMPÍRICA

Una vez comprendido el marco teórico que acompaña a la Mutilación Genital Femenina, vamos a proceder a analizar dos abordajes preventivos que se hacen de la práctica que, a pesar de encontrarse alineados, son notoriamente distintos. Se trata del modelo de actuación preventivo de la Generalitat de Cataluña, ejecutado por las instituciones públicas y el modelo preventivo Wassu o también denominada metodología Wassu, que es el ejecutado por la Fundación Wassu-UAB y la contraparte gambiana Wassu Gambia Kafo.

En este apartado, llevaremos a cabo un estudio en profundidad del tipo de acciones que se promueven en ambos modelos, de las implicaciones de llevar estos modelos de la teoría a la práctica y de las fortalezas y debilidades que presentan cada uno de ellos. Para una mejor comprensión y aportar una visión realista y actualizada de ambos modelos se ha llevado a cabo una entrevista doble a actrices clave en la defensa de los derechos de las mujeres que han sido sometidas a una MGF y que dedican su día a día a promover conocimiento y sensibilización entre la población civil, para tratar el tema desde el respeto y no desde el prejuicio. Ellas son Júlia Perernau y Beatriz Escaño.

Júlia Perernau y Beatriz Escaño son técnicas de investigación de la Fundación Wassu-UAB, desde hace cuatro y dos años, respectivamente. Ambas son graduadas en Antropología Social y Cultural, la primera por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y la segunda por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Júlia cuenta con el máster en Antropología Médica y Salud Global por la Universitat Rovira i Virgili (URV) y Beatriz es graduada en el máster en Investigación Avanzada e Intervención Social en Antropología Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

La entrevista se ha llevado a cabo por vía telemática y por escrito, a través del envío de un cuestionario por email que ha sido rellenado por las entrevistadas y enviado de vuelta. La elección del formato ha sido prácticamente una decisión forzada, pues mi situación actual trabajando desde la India me imposibilitaba cuadrar horarios y, sobre todo, calendarios para poder llevarlas a cabo. A lo largo del texto podemos encontrar las aportaciones y opiniones de las entrevistadas, cuya entrevista completa se encuentra adjunta como Anexo 1 al final del trabajo. La entrevista a las citadas expertas en el asunto nos concede la oportunidad de conocer de primera mano las especificidades de cada modelo que entraremos a explicar a continuación.

3.1 ANÁLISIS DEL MODELO DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR LA MGF DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA

3.1.1 El protocolo catalán de actuación para prevenir la MGF

Teniendo en consideración todas las premisas explicadas hasta el momento vamos a proceder a abordar el análisis del Protocolo de actuación contra la MGF de la Generalitat de Cataluña. La elección de la Comunidad Autónoma no es aleatoria y se fundamenta, por un lado, en que Cataluña es el lugar que presenta un mayor porcentaje de población originaria de países donde se perpetúa la tradición (cerca del 30%) y, por el otro, en que

es la CA que más ha consolidado a lo largo de los años unas herramientas legales para construir una estrategia de “lucha” para la prevención y tratamiento de las consecuencias de la MGF en las mujeres y niñas que la han sufrido.

Este protocolo se empieza a gestar en 2001 cuando a través de la Resolución 832/VI el Parlament de Catalunya, a raíz de la detección de los primeros casos de mutilación en niñas en territorio nacional en la década de los 90, insta al Gobierno de la Generalitat a elaborar un plan de acción para tratar de erradicar la MGF. Lo que se pretende con ello es aunar esfuerzos, entender las implicaciones de la práctica y fomentar la información y la coordinación entre los profesionales de los distintos ámbitos que desempeñan un papel relevante en la detección de un riesgo real de producirse la ablación en las niñas. En junio de 2002 se presenta finalmente el Protocolo de prevención de las Mutilaciones Genitales Femeninas al Parlament de Catalunya, el cual es aprobado mediante la Resolución 832/VI, como culminación del trabajo interdisciplinario de la Comisión de Personas Expertas encargadas de diseñar el plan de choque. Sin embargo, debido a los cambios en los textos legislativos (el CP y la LOPJ) y a la aplicación del mismo a las realidades sociales existentes, la Comisión de Seguimiento se ve en la necesidad de hacer una revisión y adaptación del protocolo. Así, en 2007 la citada Comisión compuesta por los departamentos de Educación, de Interior y Relaciones Institucionales y Participación, de Salud y de Acción Social y Ciudadanía mediante la Secretaría de Políticas Familiares y de Derechos de la Ciudadanía, la Secretaría de Infancia y Adolescencia, el Instituto Catalán de la Mujer y la Secretaría para la inmigración, realiza una nueva edición del Protocolo que será el que se implemente en el territorio catalán hasta la fecha y el que procederemos a analizar a continuación.

El presente protocolo va dirigido a toda la ciudadanía y debería ser de conocimiento general, pero fundamentalmente expone unas directrices y el marco de actuación en el que se deben incluir las acciones de una serie de actores que tienen una relevancia significativa a la hora de abordar el problema. Entre ellos se encuentran los profesionales de la salud, los profesionales de los servicios sociales de atención primaria, los profesionales de centros docentes, los profesionales de atención a los menores en riesgo, los profesionales de los cuerpos de seguridad y las asociaciones que trabajan en la prevención de las MGF. A ellos es a quienes se dirige específicamente este protocolo.

En lo que respecta al contenido, en el protocolo se presentan las cuestiones generales sobre la MGF como en qué consiste la práctica, los motivos de atención y de posible riesgo, los indicadores de sospecha, las consecuencias, el marco jurídico en el que se enmarca, unas recomendaciones generales de actuación y una descripción de la intervención a llevar a cabo por los profesionales implicados en esta situación. En este último apartado el protocolo expone cinco niveles de actuación para los citados profesionales: la prevención, la detección, la actuación no urgente, la actuación urgente y la recuperación.

En el primer nivel de prevención se incluyen todas las actividades de sensibilización, información y formación dirigidas a profesionales en materia de MGF, a la ciudadanía y a las familias y las niñas, siempre desde actividades comunitarias desarrolladas en red con la comunidad y las asociaciones especializadas en el ámbito.

El segundo nivel, de detección, involucra a todos los agentes de salud, seguridad, educación, servicios sociales, atención a menores en riesgo, asociaciones para la prevención de la MGF, etc. para que éstos estén provistos de las herramientas necesarias para ser capaces de detectar cuándo existe un riesgo real sobre el cuerpo de una niña.

Una vez detectado este riesgo se activan los niveles de atención no urgente y urgente. El nivel de atención no urgente se activa una vez haya sido detectada una MGF en una mujer o niña, mientras que el nivel de atención urgente se activa cuando se haya detectado una situación de riesgo inminente de que se realice la práctica o bien cuando la niña viaja a su país de origen intacta y regresa con una MGF practicada.

El último nivel es el de recuperación, cuyo objetivo último debería ser evitarlo pues, si se llega a este nivel, ello significa que se ha fracasado en los niveles anteriores de detección del riesgo. En este caso, cuando la mutilación ya ha sido realizada se pretende garantizar una atención de las secuelas tanto físicas como psicológicas que pueda sufrir la niña y, si el supuesto lo requiere, realizar una intervención quirúrgica para revertir las secuelas.

Son muchas y muy diversas las situaciones y sensaciones que experimentan estas niñas, cuyas raíces determinan profundamente el devenir de sus cuerpos, sus mentes y sus almas. Por ello, es necesario tratar a todas y todos los actores con sumo respeto y comprensión y ofrecer a la niña el apoyo que necesita para que se sienta acompañada y para que se consiga evitar el acontecimiento último de este proceso, que es la MGF. Para ello, es de vital importancia conocer los distintos escenarios que pueden darse y tratar de darles respuesta de manera eficaz.

Por un lado, encontramos el caso de niñas procedentes de países donde la MGF es una práctica habitual o de niñas que pertenecen a una familia donde la madre y/o las hermanas mayores hayan sido mutiladas. Para este tipo de situaciones el protocolo catalán propone realizar las siguientes acciones: lo primero que hay que hacer es, durante la visita pediátrica, realizar una exploración genital a la niña. A partir de aquí existen dos escenarios distintos, bien descartar que la niña haya sido sometida a la MGF o bien diagnosticarla de ello. En el caso de que, efectivamente, se confirme que ha sido sometida a la MGF y de que tenga hermanas más pequeñas, se debe realizar una exploración genital a ellas también, y si las niñas no han sido mutiladas es necesario ponerse en conocimiento de los servicios sociales para que hagan una prevención activa. Si, por el contrario, la niña no está mutilada, se debe analizar el nivel de riesgo a partir de la entrevista clínica con ella y con su familia para poder evaluar, entre otras cosas, las costumbres del grupo al que pertenecen en el país de origen, la presión del contexto cultural, las actitudes y las intenciones a corto y largo plazo de la familia inmediata y extensa. De manera transversal a todas estas acciones, es fundamental poner a disposición de la niña y de su familia información y educación sanitarias, siempre con el apoyo de asociaciones y miembros de la misma comunidad que trabajan para la prevención de las MGF.

Por el otro, encontramos los casos de las chicas adolescentes y mujeres mutiladas, incluyendo a aquellas que puedan estar embarazadas. Al igual que en el caso anterior, se debe hacer una exploración ginecológica y una entrevista clínica para diagnosticar la

mutilación de los genitales de la persona. Una vez diagnosticado, se procede a evaluar el grado de afectación en los distintos ámbitos: físico, psicológico y sexual. Posteriormente se le ofrece una serie de servicios para ayudarla en el proceso, como tratamientos y soporte personalizados, información y educación sanitarias con la participación de asociaciones y miembros de la misma comunidad. Asimismo, si la mujer diagnosticada con MGF está embarazada, es fundamental evaluar el grado de afectación y de sus secuelas de cara al parto y llevar a cabo acciones de sensibilización para prevenir que en el caso de que el futuro recién nacido sea niña le practiquen también la mutilación de sus genitales.

Por último, se encuentran aquellas niñas que próximamente van a viajar, ya sea por vacaciones o por una estancia más prolongada, al país de origen. Antes de emprender el viaje, la niña debe ser visitada en la consulta pediátrica para garantizar su integridad genital y para pactar su preservación al regresar. Para ello, el padre y/o la madre o el tutor legal deberán firmar un compromiso preventivo por escrito y concertar otra consulta pediátrica a la vuelta del viaje para comprobar que se ha cumplido con lo pactado. Como en el resto de situaciones analizadas hasta el momento, es imprescindible poner a disposición de las familias información y educación sanitarias para que cuenten con criterio propio, sólido e informado a la hora de firmar el compromiso y este no sea visto como una imposición que va en contra de su cultura y sus raíces. Si la familia no se muestra de forma clara contraria a la mutilación y no confirma su deber de preservar la integridad física de la niña durante el viaje, se activan otros protocolos más estrictos. El personal sanitario debe ponerse en contacto con los EAIA (Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia) para que intervengan y si éstos lo estiman necesario soliciten apoyo a la policía para gestionar su prevención. Si todavía así se considera que el riesgo no ha sido neutralizado, el caso pasaría al juzgado y a la fiscalía, quienes deberán valorar la posibilidad de tomar medidas cautelares si lo creen pertinente.

Son muchos los indicadores que pueden hacer saltar las alarmas de que una MGF se ha producido recientemente en una niña, por lo que resulta fundamental mantener una actitud atenta y cautelosa a la hora de abordar el problema y de ofrecer el apoyo que la niña requiere en esos momentos. Es habitual que la niña que ha sido sometida a una mutilación de sus genitales experimente cambios en su carácter, denote tristeza o falta de interés, inquietud a la hora de sentarse, se niegue a realizar ejercicio físico o ande con las piernas juntas o muy separadas, realice comentarios al respecto a sus compañeras de la escuela o muestre síntomas de anemia subaguda o palidez cutáneo-mucosa. Habría que evitar llegar al punto de que la MGF se haya cometido, pero si todos estos mecanismos no han dado sus frutos y no se ha conseguido prevenir su ejecución, es necesario hacer un seguimiento activo para detectar este cambio en las actitudes de las niñas y activar los protocolos descritos para tratar sus consecuencias.

Además de todo ello, en 2008, bajo la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, se crean las denominadas mesas de prevención de la MGF en toda la CA de Cataluña por la Secretaría para la Inmigración en Girona por parte de la Dirección General para la Inmigración, en colaboración con el Departamento de Interior. El objetivo de estas mesas es la prevención y atención de las

consecuencias de la MGF de las mujeres afectadas, creando un espacio de sensibilización, información y formación para los profesionales y la población diana.

3.1.2 Evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña

Una vez analizado el protocolo y las herramientas que en él se establecen es momento de estudiar cómo ha sido su implementado a lo largo de estos años.

Numerosas organizaciones, actores implicados, expertos y activistas en la defensa de las mujeres racializadas y afectadas por la MGF manifiestan un descontento en la aplicación tanto de los diversos protocolos como de las mesas de prevención. Estas críticas se centran, fundamentalmente, en que no ha habido una apuesta fuerte por la capacitación de los profesionales de la salud y los servicios sociales y el empoderamiento de la comunidad, sino que se ha optado por un modelo de actuación punitivo que ha desembocado en una profunda estigmatización de la población objetivo. Ello en numerosas ocasiones ha derivado en la vulneración de otros derechos humanos de gran relevancia como el derecho a la intimidad de las menores y el derecho a la protección de sus datos. El ICD (Institut Català de les Dones) y el Departamento de Salud han delegado el trabajo de prevención en los departamentos de Inmigración e Interior, centrando la formación en los Mossos d'Esquadra, dando lugar a un abordaje autoritario, centrado en el control y criminalización de las familias. Son estos cuerpos de seguridad autonómicos los encargados de presentar el protocolo y formarles en ello a los profesionales de la salud, los servicios sociales y la educación.

A parte del protocolo, si analizamos en profundidad las mesas de prevención, según Júlia y Bea, “uno de los puntos débiles de estas mesas de prevención es la exclusión de miembros de las comunidades y asociaciones que trabajan el tema en estos espacios. De hecho, algunas mediadoras culturales y mujeres representantes de asociaciones africanas, profesionales de la salud e investigadoras han denunciado públicamente que las mesas no trabajan ni en prevención ni en el trabajo comunitario, sino que fomentan un trabajo reactivo más que preventivo y se centran en el control de viajes de las menores que viajan a África con sus familias”. Por ello, proponen que, para mejorarlas, “se debería cambiar la base del trabajo realizado, incluyendo a las comunidades para poder diseñar actividades preventivas desde una perspectiva intercultural”.

Asimismo, otra de las debilidades que ha impedido que el modelo de actuación catalán se consolide como un modelo eficaz para la prevención de la MGF, es la escasa dotación económica que se ha destinado a la implementación de estas estrategias. Desde el 2002, que entró en vigor el primer protocolo sólo se han destinado 4.000 euros para llevar a cabo su aplicación³⁷. El desmantelamiento del estado de bienestar que se lleva produciendo desde la crisis del 2008 a través de las ya conocidas “medidas de austeridad” ha afectado también al tratamiento del problema de la mutilación genital femenina, que se ha visto sin recursos para desarrollar acciones de calidad. Sin recursos es imposible

³⁷ MANGAS, Aina (2017): “Una Mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas”. Tesis doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

trasladar todo un plan de acción de la teoría de un documento oficial a las complejas situaciones que se presentan en la realidad. Por ello, desde la Fundación Wassu-UAB, Júlia y Bea consideran que “es necesario destinar más recursos para la implementación de los protocolos, sobre todo su parte preventiva, que requiere formar de manera sistemática a los/las profesionales responsables de aplicarlo. Desplegar los recursos humanos y materiales para llevarlos a cabo y trabajar en pro del empoderamiento real de la población es indispensable”.

Llegadas a este punto, cabe aclarar que las debilidades de la actuación de las instituciones catalanas no residen en la naturaleza de las distintas herramientas elaboradas (protocolos, mesas de prevención y compromiso preventivo), pues estas son mecanismos útiles y adecuados para poder crear una estrategia de prevención. Ha sido a la hora de implementar éstos cuando se han manifestado todas sus debilidades. No debemos olvidar tampoco que

“los protocolos deben ser revisados periódicamente y deben incluir la definición del rol de cada uno de los/las profesionales que pueden intervenir. La base de la actuación se debería hacer desde el ámbito de la pediatría o ginecología, asegurando una atención integral de salud, valorando las necesidades de la mujer en cada caso. En este sentido, una estrategia de mejora es el diseño de la formación y sensibilización continua, incorporando en el proyecto, no solo a las mujeres de la comunidad sino también a los jóvenes y hombres” (Júlia y Bea: Anexo 1).

El protocolo descrito identifica de manera precisa los distintos escenarios y los niveles de riesgo, pero estos quedan vacíos de contenido si simplemente se activan en el último de los niveles, el de actuación urgente, no otorgando al resto de niveles (prevención, detección, actuación no urgente y recuperación) la importancia que les corresponde. En numerosas ocasiones, ante la delicada situación a la que se enfrenta una niña que, por la razón que sea, viaja al país de origen, se omiten estos primeros niveles de intervención y se acude directamente a los Mossos d'Esquadra (y estos a la Fiscalía) sin antes valorar todos los ejes que entran en juego y que hacen a cada situación y a cada persona única, merecedora también de un tratamiento único, personalizado y respetuoso. Ello, precisamente, contradice el contenido mismo del protocolo, el cual recoge en repetidas ocasiones que “la intervención judicial es, en cualquier caso, el último recurso que debe utilizarse ante la conducta que se quiere evitar”. En este sentido Roperó (2017: 89-90) expone acertadamente la complejidad de la situación:

“El dilema de la intervención penal se plantea cuando, habiendo condenado enérgicamente la práctica y abogado por la utilización del código penal en la persecución de la MGF, nos vemos llamados a enviar a la cárcel durante varios años a una mujer mutilada por haber mutilado a su hija, apartándola de la misma y dejando a la menor en manos del padre (quien alguna vez ha alegado que él no sabía nada porque esto es una cosa de mujeres) o bajo la tutela del Estado. Entonces nos damos cuenta de que [...] no

sabemos quiénes son las víctimas y quiénes los verdugos, y llegamos a la conclusión de que podríamos estar cooperando a la desprotección de las menores³⁸”.

Es a partir de 2011 cuando se refleja este carácter punitivo de la aplicación del protocolo que desemboca en la primera sentencia condenatoria con pena de prisión para los padres de las niñas que, bien tras un proceso de reagrupación familiar o bien por un viaje al país de origen, practican la MGF a su/s hija/s.

Lo que tienen en común todos estos supuestos es que en todos ellos se ha acudido directamente a la denuncia sin haber hecho un abordaje preventivo de las situaciones promoviendo la formación, información y conocimiento de las niñas y sus madres y padres, para haber empoderado y dado voz y voto a la comunidad para tratar de evitar el lamentable resultado final, que es la MGF. Ello tiene un impacto muy fuerte en la percepción de la justicia española en las familias, pues es una justicia que las victimiza y las convierte en el foco de sus represalias. Lo cual, a su vez, puede provocar, en última instancia, una masculinización de las reagrupaciones familiares, pues para evitar ser perseguidas por la justicia en el país de acogida las familias podrían decidir que las niñas no vinieran con sus familias.

Según palabras de Júlia y Bea, resulta

“esencial centrarse en las comunidades al realizar la intervención, dejando de conceptualizarlas como sujetos pasivos de las acciones y programas diseñados. Escuchar para aprender, tejiendo un diálogo entre iguales, es la base que permitirá detectar las estrategias que funcionan y desarrollar líneas de acción conjuntas, potenciando el trabajo realizado desde la base por parte de entidades de personas migrantes. La competencia intercultural puede ser una herramienta que ayude a establecer el diálogo entre el/la profesional y la familia, pero se tiene que evitar la idea de que la cultura puede ser reducida a un conjunto de habilidades técnicas, pudiendo dar lugar a estereotipaciones culturales. Una vez superados los prejuicios presentes en nuestra mirada etnocéntrica, podemos afrontar la MGF desde otra posición, evitando categorizarla como un “problema migratorio””.

Desde la Fundación Wassu-UAB hacen una serie de recomendaciones para abordar el tema de la MGF en el contexto del territorio español y que podríamos tomar en consideración para mejorar la implementación del modelo preventivo de la CA de Cataluña. Entre ellas podemos destacar las siguientes:

- “Trabajar para construir una sociedad inclusiva, evitando los discursos y prácticas estigmatizadores. Realizar sensibilizaciones antirracistas dirigidas al conjunto de la población que eviten la criminalización de la población migrante;
- Ofrecer una atención integral de la MGF, incluyendo a las niñas que están en riesgo y a las mujeres que ya la han sufrido, garantizando el acceso a recursos sanitarios de calidad que se adapten a sus necesidades específicas.

³⁸ **ROPERO, Julia** (2017). “Análisis crítico de las medidas legales sobre mutilación genital femenina en Europa.” En: Nuño, L. & Kaplan, A. (2017). Aspectos Socioculturales y legales de la Mutilación Genital Femenina: Experiencias transnacionales de prevención y protección. Actas del Congreso Internacional.

- Hacer partícipe a la comunidad en todo el proceso de elaborar e implementar nuevas políticas públicas en materia de MGF.
- Evaluar periódicamente el impacto de los programas, acciones y protocolos en funcionamiento para realizar las adaptaciones pertinentes y no duplicar recursos.
- Definir un plan estatal de formación continuada y en profundidad en materia de prevención y atención de la MGF dirigida a los/las profesionales de atención primaria en salud, servicios sociales y educación. Incluir la MGF en los currículos formativos de todas las ciencias de la salud (medicina, enfermería, matrona, etc.), servicios sociales y educación” (Júlia y Bea: Anexo 1).

Tras reflexionar sobre las debilidades y fortalezas del modelo catalán de intervención y proponer una serie de recomendaciones para su mejora, Júlia y Bea nos ayudan a encontrar actuaciones preventivas que podríamos decir han sido implementadas con éxito “en municipios como Badalona (desde 2010), Bilbao (desde 2013) y Santa Coloma de Gramanet (desde 2015)”. Estos municipios que han replicado la metodología Wassu, que explicaremos a continuación, han priorizado la formación de profesionales de la salud, los servicios sociales y la educación para consolidar una estrategia fuerte de prevención y han conseguido promover la confianza de las familias en estos profesionales, evitando denuncias innecesarias y preservando la integridad de las niñas a la vuelta de sus viajes al país de origen.

En el País Vasco, por ejemplo, “existe la comisión interinstitucional, donde participan profesionales de salud, servicios sociales y educación, pero no incluye la policía ni la protección judicial de menores, porque tiene un carácter preventivo” (Júlia y Bea: Anexo 1), diferenciándose así del modelo catalán centrado en los Mossos d’Escuadra. Además, en las actuaciones de sensibilización y formación llevadas a cabo en territorio vasco, se incorpora y prioriza a las mujeres de la comunidad como agentes de salud y prevención en la MGF, confiando en el poder y efecto multiplicador de estas al transmitir esta información al resto de la comunidad en ambientes de más distendidos y de confianza.

En definitiva, el protocolo catalán ha servido como una primera piedra para construir el camino hacia una verdadera actuación institucional de prevención de la MGF al haber sido el primer protocolo estatal en ser elaborado, mucho antes que de lo que lo han hecho el resto de comunidades e, incluso, el estado central. No obstante, es necesaria una revisión integral del protocolo y de las distintas herramientas a utilizar, como las mesas de prevención y el compromiso preventivo. “La Administración catalana no ha apostado por la capacitación profesional, no ha desplegado los recursos humanos ni materiales necesarios ni tampoco ha trabajado en pro del empoderamiento real de la población. La falta de formación a profesionales incluso ha desencadenado actuaciones contrarias a la finalidad para las que fueron diseñadas” (Júlia y Bea, Anexo 1). Son muchos los logros y avances alcanzados, pero queda mucho trabajo por hacer. Tenemos que considerar que estamos hablando de una tradición ancestral y la única forma de generar cambios sustentables que vengan desde las comunidades que practican la MGF es construyendo conocimiento, que es lo que hacen Wassu Gambia Kafo y la Fundación Wassu-UAB a través de su metodología que procederemos a explicar a continuación.

3.2 EL MODELO WASSU DE PREVENCIÓN DE LA MGF

3.2.1 Los orígenes de Wassu Gambia Kafo

Los orígenes de Wassu Gambia Kafo (en adelante, WGK) datan de 1987 cuando la Dra. Adriana Kaplan, antropóloga, profesora e investigadora, inició un proyecto de investigación en la Universidad Autónoma de Barcelona, centrado en el estudio de las migraciones de África subsahariana hacia España y en el análisis antropológico de los procesos de aculturación e integración social en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Gradualmente, se focalizó en el estudio y la prevención de las Mutilaciones Genitales Femeninas desde una perspectiva de género, longitudinal, circular y transnacional.

En 1999, se estableció Wassu Gambia Kafo en Gambia. Desde sus inicios se desarrolla una serie de acciones de cooperación consistentes en donaciones de material con el fin de mejorar las infraestructuras sanitarias del país. En aquel momento, como reacción a los enfoques agresivos con los que trabajaban algunas ONGs en el terreno, el Gobierno gambiano decidió prohibir todas las acciones en contra de la MGF. Dentro de este marco restrictivo, la organización realizó esfuerzos significativos para involucrar, desde el principio, a autoridades locales y a instituciones para que se reconociera la MGF como un problema de salud que afecta al 76% de sus mujeres y niñas del país.

En 2003 se creó el “Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales” (GIPE/PTP) en la Universidad Autónoma de Barcelona, cuyo trabajo explicaré más adelante.

Paralelamente, en 2004, se iniciaron las negociaciones con el Gobierno de Gambia. Es en esta primera etapa cuando, en colaboración con la Oficina de la Vicepresidencia de la República, el Women’s Bureau, el National Women’s Council y otros actores, se promueve la prevención de la MGF de las niñas con una propuesta metodológica alternativa cuyo ejemplo se muestra en el video-documental *Iniciación sin Mutilación*. Este documental propone un rito de paso alternativo para el abandono del corte, preservando la transmisión cultural y los aspectos de pertenencia social de la ceremonia, que otorgan identidad étnica y de género a las niñas. Asimismo, lanza un claro mensaje sobre la necesidad de prevenir la ejecución de la práctica.

Este trabajo fue presentado a la Vicepresidenta de Gambia y Ministra de Asuntos de la Mujer, quien convocó un comité con representantes de diversos sectores sociales y religiosos, para evaluar su contenido. El dictamen fue favorable y se levantó el veto sobre el tema.

En el año 2008 tiene lugar la creación del “Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF” y es entonces cuando se integran los dos equipos de investigación, con base en Barcelona y en Banjul.

Ese mismo año y gracias a la perseverancia del equipo de Wassu Gambia Kafo, la Vicepresidenta coincidió en la importancia de contar con pruebas científicas sobre el impacto de la práctica en Gambia. A raíz de ello, se solicitó al equipo de Wassu que

diseñara y coordinara el primer estudio clínico realizado en el país sobre las consecuencias de la práctica para la salud de niñas y mujeres, y la Dra. Kaplan lideró a un equipo de 227 médicos cubanos, que representaban el 80% de los médicos del país para tal fin. Los resultados fueron claros; a pesar de los esfuerzos de muchas organizaciones, la MGF todavía se practicaba en todas las regiones de Gambia, por la mayoría de los grupos étnicos, y se encontraron complicaciones de salud en un tercio de las mujeres que habían sido sometidas a ese proceso, incluso en aquellas mujeres que se les había practicado la MGF de tipo I.

En mayo de 2009, los resultados se presentaron en el *I International Forum on Harmful Traditional Practices: Exploring strategies and good practices*, organizado por las entidades Wassu Gambia Kafo y el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la UAB en colaboración con agencias de las Naciones Unidas (UNICEF, UNFPA y la OMS). La Vicepresidenta inauguró el Fórum y, en su discurso, realizó la primera declaración pública acerca de la imperiosa necesidad de prevenir la práctica, poniendo fin al veto presidencial que prohibía cualquier acción en su contra. Además, acogió plena y públicamente la aproximación propuesta por la organización en el video documental *Iniciación sin mutilación* de seguir manteniendo el componente cultural del rito de paso suprimiendo la necesidad de mutilar el órgano sexual y reproductivo de las niñas, y solicitó su traducción a cinco idiomas locales.

En 2010-2011 se realizó el segundo estudio clínico, destinado a comparar las consecuencias para la salud en las mujeres que han sido sometidas a la práctica y aquellas que no. Un estudio comparativo entre mujeres con y sin MGF, vino a confirmar las tendencias del primer estudio, además de demostrar que las mujeres con MGF practicada tenían 4,5 veces más probabilidades de sufrir complicaciones durante el parto y los/as neonatos/as tenían 4,5 veces más probabilidades de tener problemas al nacer, padeciendo sufrimiento fetal o muerte durante el parto.

La evidencia científica obtenida de ambos estudios clínicos se usó en el desarrollo de un programa de formación sobre MGF dirigido a profesionales de la salud. Este programa abarcaba la realidad de Gambia y respondía a las conclusiones de un estudio dirigido por la Dra. Kaplan, que exploraba los conocimientos, actitudes y prácticas en materia de MGF, por parte de los y las profesionales de la salud del país. Los alarmantes resultados evidenciaron que el 48% de los/las encuestados/as apoyaba la práctica, revelando percepciones confusas sobre la misma, desconocimiento de sus consecuencias para la salud e incluso recomendando su medicalización. La necesidad de transferencia de conocimiento y fortalecimiento de capacidades fue claramente manifiesta. Esto no solo era fundamental para asegurar que las niñas y mujeres que sufren las consecuencias de la práctica reciban una atención sanitaria de calidad, sino también para que estas profesionales tengan una posición respetada y legitimada en las comunidades, convirtiéndose en actores clave para la gestión y prevención.

El trabajo conjunto alcanza así una nueva etapa en 2010, con la firma de un Memorando de Entendimiento (MoU) entre el Ministerio de Salud de Gambia, Agencias de Naciones Unidas (UNICEF, UNFPA y la OMS), la Universidad Autónoma de

Barcelona y Wassu Gambia Kafo, en el que se acuerda el diseño y la implementación del Plan Nacional de Formación para Profesionales de la Salud sobre MGF, diseñado por el equipo Wassu. Las instituciones y departamentos del Ministerio de Salud también participaron en el programa para garantizar que los esfuerzos coordinados se extendieran por todo el territorio gambiano. Actualmente, el 47% de los profesionales de la salud del sistema público ya han sido formados, así como más del 80% de los y las estudiantes de las Facultades de Medicina, Enfermería, Salud Pública y Comadronería. Casi el 40% de las parteras tradicionales que a menudo desempeñan el papel de circuncidoras, y el 15% de los líderes comunitarios, también han recibido formación en Gambia.

Además del apoyo e implicación gubernamental por parte del Ministerio de Salud, se ha logrado igualmente la apropiación del programa por parte de centros de formación de profesionales de la salud, lo que otorga la sostenibilidad del conocimiento. A lo largo de 4 años, se ha trabajado conjuntamente con la Universidad de Gambia y la Misión Médica Cubana (que asesoró al Gobierno de Gambia en el establecimiento de la Facultad de Medicina y constituye aún el 85% del profesorado) en el desarrollo de un Currículum Académico que consta de 10 módulos. Se introduce así la MGF como tema transversal en 6 asignaturas: fisiología, anatomía, pediatría, gineco-obstetricia, psicología y salud comunitaria.

En el año 2013, la Dra. Kaplan publicó un estudio con datos recogidos en 2009 mediante cuestionarios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), en el que participaron 993 hombres gambianos de distintos perfiles (agricultores, estudiantes de ciencias de la salud y profesionales sanitarios). Los resultados mostraban que una proporción importante de hombres estaba a favor de mutilar a sus hijas y sólo una minoría era consciente de las consecuencias perjudiciales que tiene la práctica para la salud. Con esto, la necesidad de implicar a los hombres en la prevención de la MGF se hizo evidente. Es fundamental explicarles y hacerles entender el profundo impacto negativo de la práctica en el bienestar de las mujeres y niñas, para que éstos estén dispuestos a jugar el rol de promover su prevención, así como también su abandono.

Entre los hitos más importantes en el trabajo científico de WGK destacan los citados estudios clínicos realizados entre 2008 y 2010, que van a proporcionar el soporte evidencial que, junto con el trabajo incansable de otras organizaciones gambianas, van a desembocar en la prohibición en 2015 de la MGF mediante ley aprobada por la Asamblea Nacional.

Desde el año 2018, con motivo del Día Mundial de Tolerancia Cero a la MGF (6 de febrero), los equipos en Gambia y en España han continuado organizando cinco ediciones del *International Forum on FGM in The Gambia*. El evento ya se ha convertido en un espacio de referencia donde se informa de los últimos avances en la investigación científica, los trabajos en curso, programas e iniciativas de prevención y sensibilización, nuevas estrategias y tendencias. Se trata de jornadas en las que autoridades, representantes de diversos organismos nacionales e internacionales, investigadores/as, organizaciones de la sociedad civil, profesionales, estudiantes y activistas, pueden reunirse a compartir conocimientos, intercambiar experiencias, promover el debate y la reflexión conjunta para aunar esfuerzos en la prevención de la práctica y la atención de sus consecuencias.

En estos últimos años, WGK ha continuado su labor de sensibilización y de formación alcanzando a más de 12.000 personas beneficiarias, consciente de que la prohibición únicamente no es suficiente para erradicar esta práctica y de que las distintas manifestaciones de violencia y de discriminación contra las mujeres y las niñas están interrelacionadas. WGK ha ido ampliando su visión y su trabajo con un enfoque de género y derechos humanos, abarcando otras prácticas perjudiciales como el matrimonio infantil, adoptando el concepto amplio de salud y derechos sexuales y reproductivos como espacio estratégico para avanzar en la igualdad entre hombres y mujeres.

Imagen 4. Línea temporal del trabajo de Wassu Gambia Kafo.



Fuente: Elaboración propia a partir de materiales de uso interno de la organización obtenida a lo largo de las prácticas curriculares.

3.2.2 La creación del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP)

Ha quedado claro hasta el momento que la MGF no es solo un problema local, sino que se ha convertido en un problema global, ya que forma parte del trasfondo cultural de las familias migrantes en la diáspora. En este sentido, el trabajo de campo realizado en Gambia, Senegal y Guinea-Bissau de la mano de la Dra. Kaplan reveló que, en sociedades gerontocráticas, las personas ancianas ostentan el poder de decisión y son altamente respetadas en sus comunidades. La comprensión de este fenómeno tiene un impacto decisivo en el éxito de la labor preventiva que se empieza a realizar en España.

Una vez entendido esto, podemos decir que un hecho un tanto anecdótico que tuvo lugar en 1998 fue el que dio pie a la creación del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP).

Es en ese mismo año cuando un equipo de profesionales de distintos servicios de la comarca del Vallès Oriental (Cataluña) contacta con la Dra. Kaplan ante el enfrentamiento con una compleja decisión: dejar marchar, o no, a una familia con su hija pequeña de vacaciones a Gambia. Tanto el padre como la madre habían sido sensibilizados y querían proteger a su hija de la MGF. Sin embargo, los padres también manifestaban el temor y la dificultad que les generaba enfrentarse a sus mayores, sobre

todo a las abuelas, quienes toman las decisiones respecto a la realización de la práctica, como custodias de la tradición. En respuesta, la Dra. Kaplan y el equipo de profesionales elaboraron una carta explicando las consecuencias legales para los padres, en caso de que la niña padeciera una MGF. El documento fue firmado y sellado por el profesional sanitario que realizó el acompañamiento. Al tiempo después, la familia regresó y la niña estaba intacta.

A partir de esa experiencia, algunas pediatras informaron a la Dra. Kaplan de 11 familias de 6 pueblos diferentes que viajarían a Senegal y Gambia, con la idea de contrastar empíricamente el documento. Kaplan realizó el seguimiento, visitó a las familias durante el viaje, estudió cómo lo utilizaban y comprobó su efectividad. El documento no solo eximía a las familias de ser quienes cuestionaban a sus mayores y evitaba que mutilaran a las niñas, sino que también tenía un efecto multiplicador: otras madres y mujeres de los poblados preguntaban qué era el contenido del documento. Se propagaba la información que los y las profesionales habían entregado a las familias en el trabajo de sensibilización. Nace así el Compromiso Preventivo.

El compromiso preventivo se ha consolidado como el documento donde se reconoce que los padres cuidan de sus niñas y se comprometen a no practicarles la MGF. Es una carta que les sirve a ellas en origen y que facilita a los padres el poder resguardar la integridad de la niña sin confrontar el saber de los mayores. Actualmente, el Compromiso Preventivo es una herramienta que ha sido integrada en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) a nivel estatal, y en diversos protocolos autonómicos y municipales, aunque su uso es irregular en función de la zona y del conocimiento que pueda tener cada profesional sobre el tema. Está disponible tanto para profesionales como para familias que viajan a sus países de origen. Esta herramienta pionera, también ha sido replicada tanto en el Reino Unido (*Statement opposing female genital mutilation*) como en Bélgica (*Stop FGM Passport*).

El inconveniente que ha surgido a partir de su aplicación es que su efectividad se ha visto obstaculizada debido al uso punitivo y de control que se le ha otorgado. Esto se debe a que las autoridades obligan a las familias a firmar el Compromiso Preventivo para poder emprender el viaje, sin realizar un trabajo de sensibilización previo, adecuado y en profundidad. Para revertir este uso, el equipo propone aumentar las sesiones formativas y de sensibilización sistemáticas a todos y todas los y las profesionales, en las cuales se trabajen las competencias interculturales que permitan considerar la variabilidad de cada caso, evitando las clasificaciones y generalizaciones. Asimismo, es necesario que el documento del Compromiso Preventivo deje de tener el papel principal que le dan los protocolos, para volver a ser una herramienta más dentro de la acción preventiva, de carácter opcional y diseñado para dar apoyo a las familias.

Estos antecedentes dan lugar a la creación en 2003 del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Dpto. de Antropología Social y Cultural de la UAB, que une a investigadoras y formadoras de distintas áreas del conocimiento: pediatría, medicina de familia, gineco-obstetricia, enfermería, antropología, demografía, derecho, pedagogía y trabajo social. El objetivo de este grupo es contar con el conocimiento y la experiencia de profesionales de

primera línea para poder trabajar con sus homólogas y propiciar que las familias inmigradas sean atendidas, informadas, sensibilizadas y apoyadas por profesionales adecuadamente formados en materia de MGF.

En estos años se ha manifestado la necesidad de trabajar con los y las profesionales de atención primaria en salud, servicios sociales y educación pues son quienes van a tratar con las personas procedentes de los países donde se lleva a cabo la MGF. Por ello, es fundamental que estos profesionales entiendan el significado que tiene la práctica para las familias implicadas, poniendo a su disposición las herramientas para desarrollar habilidades interculturales de cara a futuras intervenciones preventivas. Desde entonces, cada formación implementada por profesionales del GIPE/PTP, cuentan con cuestionarios CAP, con el fin de medir el impacto que tienen las formaciones realizadas y poder diseñar o actualizar los contenidos formativos.

3.2.3 Las principales líneas de trabajo de la Fundación Wassu

Como hemos comentado antes, el trabajo en Gambia y España queda unificado con la creación del Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF y en 2012, nace la Fundación Wassu para albergar al Observatorio Transnacional, considerado un proyecto estratégico para la UAB por su impacto internacional, lo que marca la nueva fase del proyecto humanístico, médico y antropológico.

A través de Fundación Wassu, se ha diseñado e implementado proyectos a nivel estatal, autonómico y local, proyectos de cooperación y circularidad Gambia-España, además de participar activamente en proyectos europeos. Las iniciativas de Wassu han contado con el apoyo de entidades como la Comisión Europea (EC), el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM), las Agencias Catalana y Vasca de Cooperación al Desarrollo (ACCD y AVCD), El Fons Català de Cooperación al Desenvolupament (FCCD), la Diputación Foral de Álava, la Junta de Andalucía, la Fundación Bancaria “la Caixa” y la Diputación de Barcelona, entre otras.

Las principales líneas de trabajo de Fundación Wassu son la investigación y la transferencia del conocimiento basado en evidencias. Tal y como nos han podido compartir Júlia y Bea, el trabajo de la Fundación Wassu se divide en diferentes actividades: “investigación (académica antropológica, estudios de diagnóstico, reportes e informes); formaciones a profesionales y estudiantes de distintos ámbitos (salud, trabajo social, educación, ámbito jurídico); talleres de sensibilización dirigidos a circuncidadoras y parteras tradicionales, líderes locales y religiosos, mujeres, hombres y jóvenes; reuniones y talleres con representantes de instituciones (legisladores/as, jueces/zas y magistrados/as, miembros del Gobierno, autoridades locales); creación de material didáctico; organización y participación en conferencias, seminarios, charlas y debates; colaboración en red con otras entidades a nivel estatal y europeo; asesorías en casos puntuales; diseño e implementación de programas de prevención”.

En España, se han realizado formaciones en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Cataluña, La Rioja y País Vasco, abordando la MGF desde una perspectiva interdisciplinar. El manual *Mutilación Genital Femenina. Manual*

para profesionales (2010, 2017), elaborado por el equipo de Fundación Wassu, sirve de base para las sesiones formativas y aborda los aspectos generales de la práctica (origen, geografía y prevalencia, tipología, consecuencias para alud y el enfoque antropológico).

En el trabajo en terreno en España, se ha detectado la necesidad de incluir a personas jóvenes de comunidades que se ven afectadas por la MGF. En la lucha por el abandono de la práctica las y los jóvenes deben estar en el centro y rara vez se les concede la oportunidad de dar forma a programas y actividades que les conciernen. Las acciones impulsadas por la Fundación Wassu con este grupo de trabajo, incluyen la formación de un Grupo de Acción Juvenil para la prevención de la MGF, que surge en el marco de un proyecto europeo. Son ellas y ellos quienes dirigen los talleres en los que participan jóvenes, ampliando las temáticas a temas sobre identidad, cultura, migración, discriminación y racialización, salud sexual y reproductiva y MGF. Mediante estos talleres, se fomenta la creación de redes de apoyo, la elaboración y diseño de proyectos que incorporan las propuestas conjuntas que surgen para abordar las diferentes temáticas, teniendo en cuenta a las protagonistas y escuchando activamente las necesidades que plantean.

En el área de investigación, existe una extensa producción científica y académica elaborada por la Fundación Wassu. En 2001, la Dra. Kaplan publicó el primer Mapa de la MGF en España, que supone el primer trabajo sociodemográfico en el mundo y que se ha ido actualizando cada cuatro años (2001, 2005, 2009, 2013 y 2017). Este estudio permite hacer una fotografía sobre la población nacida o con nacionalidad en países donde se practica la MGF y cómo se distribuyen en el territorio español y constituye una herramienta fundamental que permite el diseño de políticas públicas y la coordinación de intervenciones preventivas y asistenciales a nivel de atención primaria (salud, servicios sociales y educación). Estos trabajos permiten ofrecer datos oficiales que cuantifican el número de mujeres que pueden estar afectadas por la MGF y el número de niñas que pudieran estar en riesgo de que se les practique evitando estigmatizaciones y fomentando la necesidad de abordajes preventivos con todas las personas como un tema más de salud pública.

En palabras de Júlia y Bea, “En Wassu defendemos que para que exista un cambio real y sostenible en el tiempo, este no puede imponerse. Confiamos en que cuando entregamos evidencias científicas acerca de las consecuencias perjudiciales que conlleva la MGF para la salud y bienestar de las mujeres y niñas, las personas son capaces de tomar decisiones informadas y promover cambios positivos de forma libre”. Así se presenta el modelo Wassu, como un modelo preventivo, respetuoso con la cultura, no impositivo consolidándose como un modelo alternativo al de la CA de Cataluña.

Para llevar a cabo tal labor preventiva, podemos observar en el siguiente esquema la estructura que conforma el equipo Wassu, cuyo Observatorio Transnacional para la Gestión y Prevención de la MGF congrega, por un lado, la ONG Wassu Gambia Kafo asentada en Gambia y, por el otro, el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales asentada en Barcelona, cuya creación e intervenciones hemos explicado anteriormente.

GAMBIA



ESPAÑA

Fundación WASSU-UAB.
**Observatorio Transnacional
para la Gestión y la
Prevención de la Mutilación
Genital Femenina**



INVESTIGACIÓN APLICADA

CUALITATIVA:

- Investigación etnográfica
- Entrevistas en profundidad
- Grupos de discusión
- Análisis de barreras
- Casos y análisis de intervención preventiva

CUANTITATIVA:

- Estudios clínicos
- Encuestas CAP a profesionales y estudiantes de la salud
- Vigilancia epidemiológica

CUALITATIVA:

- Investigación etnográfica
- Casos y análisis de intervención preventiva
- Diagnóstico

CUANTITATIVA:

- Mapeo de la MGF en España
- Encuestas CAP a los profesionales de la salud y familias migrantes subsaharianas

TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO

Formación

Diseño de material

Propuesta metodológica

Conferencias

Publicaciones

Currículum Académico

Iniciación sin mutilación

Defensa de los derechos

3.2.4 La metodología Wassu como modelo de actuación preventivo, científico y holístico

Como hemos podido apreciar hasta el momento, en contraposición al modelo catalán encontramos el modelo de intervención Wassu, que se consolida como un modelo científico, holístico, respetuoso con la población diana y sostenible en el tiempo. El primer paso para lograrlo fue el entendimiento por parte del equipo de Wassu Gambia Kafo de la importancia de preservar las raíces culturales de la MGF y el compromiso con el respeto a los derechos de las niñas y las mujeres a la salud, la integridad física y la posibilidad de decidir sobre su propio cuerpo y vida.

Esta propuesta metodológica se centra en la apropiación, el fortalecimiento institucional, la concentración sectorial, el alineamiento con las políticas locales y planes estratégicos. Así, lo que se pretende es que el conocimiento generado y adquirido en terreno a través de la investigación aplicada, sea transferido en cascada a las instituciones (Asamblea Nacional, Parlamento, Gobierno, poder Judicial) y agentes sociales claves (profesionales y estudiantes de ciencias de la salud, servicios sociales y educativos, jueces y magistrados, líderes comunitarios y religiosos, comadronas tradicionales y circuncidoras) para que sean ellos y ellas quienes, a su vez, transfieran el conocimiento en sus comunidades, promoviendo acciones preventivas y empoderando a las personas como agentes de cambios positivos en sus entornos. En el centro de esta propuesta hay una certeza fundamental: cada ser humano tiene el derecho a participar, de manera informada, en todas las decisiones que afectan a su vida y su salud.

Esta estrategia, además, está alineada con las políticas locales y los planes estratégicos internacionales, contribuyendo al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente, el ODS 3. “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; ODS 5. “lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas”, y la meta 5.3. “eliminar todas las prácticas tradicionales perjudiciales, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina”.

Imagen 5. Metodología Wassu: transferencia de conocimiento en cascada.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria anual de la Fundación Wassu Uab 2020.



CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

Como hemos podido observar hasta el momento, la MGF es un fenómeno de suma complejidad, que trasciende la lógica puramente religiosa, como tendemos a pensar habitualmente, y tiene más cabida como una cuestión cultural. De hecho, plantea la difícil situación a la que se enfrentan las personas migrantes de mantener la cultura de origen y adaptarse a la cultura de acogida, sometidos, en muchas ocasiones, a contradicciones, angustias e incluso aislamiento.

La MGF es vista como un bien cultural, apreciado y admirado que construye la identidad étnica y de género de las mujeres y decidir no someterse a ello te situaría de por vida fuera de la comunidad, algo que casi ninguna de ellas puede permitirse. En la mayoría de ocasiones se trata de una decisión en la que no entra en juego, de ninguna manera, la voluntad de las niñas. Estas no tienen la capacidad ni las herramientas para negarse a una decisión ordenada por sus padres y ejecutada por sus madres y sus abuelas. Es tal el valor que se le otorga a la realización de la práctica que las niñas llegan a desear con ganas vivir y celebrar esa ceremonia, pues supone una integración en la comunidad adulta, sin saber realmente lo que les espera. Ese día, ese dolor y la cicatriz que deja en el cuerpo y en el alma de las niñas es un perjuicio irreparable que marca la manera en la que estas niñas se van a relacionar con el mundo. Después de ser sometidas a ello, las niñas llegan a odiar a sus madres por lo que les han hecho pasar, mientras que las madres lo ven como un deber al que no pueden negarse. Es más, las madres llegan a desear no tener una niña, pues los niños son libres mientras que las niñas nacen sabiendo que van a ser castigadas por el simple hecho de serlo. De esta manera, la MGF se constituye como una de las violaciones más graves de los derechos de la mujer precisamente al producirse en el momento que necesitan ser más protegidas.

No debemos olvidar tampoco el fuerte componente económico que envuelve a la MGF. Las niñas deben ser circuncidadas para poder ser casadas, cosa que habitualmente sucede a edades muy tempranas (entre los 7 y los 15 años) con hombres mucho mayores que ellas. Y de esa unión entre las dos familias dependen precisamente el resto de familiares. Si la niña se niega a ello estará yendo en contra de su propia familia y sería repudiada por sus familiares y despreciada por la comunidad. Los matrimonios infantiles le impiden el acceso a la educación; impiden que la niña siga yendo a la escuela, siga formándose y ampliando sus conocimientos y, por consiguiente, sus capacidades para relacionarse con el mismo; impidiendo así cultivar su poder y su voluntad como persona con un criterio propio. La educación le abre las puertas a la libertad, a la conciencia y a la transformación y el matrimonio infantil se las cierra de un portazo. Por ello, cuando hablamos de MGF es inevitable hablar de matrimonios infantiles y forzados y para conseguir una verdadera prevención de la primera es necesario abordar el tratamiento de la segunda.

Por no hablar de la vida sexual y reproductiva de las mujeres que se les ha realizado una MGF, que queda condicionada y relegada al dolor y a la insatisfacción de por vida. Se les arrebató el derecho y la posibilidad de disfrutar de su propio placer, de la intimidad y del amor en última instancia, pues su capacidad relacional queda fuertemente condicionada por la vivencia, en numerosas ocasiones, traumática que supone la

mutilación de los genitales. De hecho, al mutilar los genitales, lo que puede quedar en la mujer son dos cosas: un orificio excesivamente cerrado o un orificio abierto. Ambos escenarios presentan complicaciones, pues en el caso de estrechar en exceso el orificio la mujer sufre de dolores en la penetración teniendo que recurrir a la desinfibulación, que consiste en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada de una mujer previamente sometida a infibulación. En el caso de la mujer con un orificio muy abierto, esta es incapaz de retener el semen masculino, pues cuando este termina dentro de ella, el esperma se desprende por el agujero. Nos encontramos entonces ante una situación en la que la mujer no sólo es discriminada si no es mutilada, sino que también es discriminada una vez estándolo por no ser capaz de parir. Porque esa es la función reduccionista de la mujer dentro de la sociedad, la de procrear. De hecho, el hombre si ve que su mujer es incapaz de quedarse embarazada encontrará la manera de tener descendencia, pero con otra mujer. Convirtiéndola, una vez más, en una víctima del sistema patriarcal en el que vivimos, que mercantiliza el cuerpo de la mujer dejando fuera de la ecuación los intereses, los saberes, la opinión, la capacidad de decisión, los sentimientos, el deseo, el desarrollo y un interminable etcétera de aspectos concernientes a la autonomía de la mujer.

Por todo ello, resulta fundamental seguir defendiendo tanto desde las instituciones como desde el movimiento civil la prevención de las mujeres en riesgo de ser sometidas a este ritual y el cuidado de las consecuencias en las mujeres ya sometidas a ello, en cualquier lugar del mundo. Aparte de leyes que prohíban la ejecución de la MGF (que las personas responsables comparezcan ante la justicia y reparen el daño causado a las víctimas), resulta imprescindible promover un trabajo cooperativo con los líderes sociales para tratar de entender las raíces que sustentan esta tradición y, desde la comprensión y el respeto, tratar de encontrar las medidas y argumentos adecuados que lleguen a generar un cambio cultural desde dentro de la comunidad que la perpetua. La ley no va a cambiar la realidad, la ley es un marco jurídico a partir del cual seguir trabajando. No basta con prohibir su ejecución o perseguir y condenar a sus ejecutores, pues se ha demostrado que esto puede dar lugar a una doble victimización de las mujeres y su desprotección, además de ser visto como un ataque a las raíces culturales de las comunidades que la llevan a cabo. Por ello, una de las opciones que, desde mi punto de vista, se presentan como más realistas y respetuosas con la tradición ancestral es la de mantener el rito de iniciación sin ejecutar la mutilación de los genitales de las niñas, suponiendo el rito de paso de la niña a la edad adulta y de la purificación de su cuerpo para alcanzar a ocupar el lugar que ella desee dentro de la comunidad.

Es cierto que el futuro se presenta incierto y complicado, pero si se trabaja conjuntamente en la transferencia de conocimiento y en la generación de conciencias críticas se pueden dar grandes pasos adelante, sin imposiciones externas y con efectos demostradamente multiplicadores. Para ello no debemos olvidar a ningún actor en el camino y hay que involucrar, asimismo, a todos los estamentos de la sociedad, desde los más mayores con sus saberes heredados, hasta los hombres, pasando por los más jóvenes y, por supuesto, y como eje central a las mujeres y niñas de todas las edades, con y sin mutilación.

En este proceso, los estados y sus instituciones desempeñan un papel clave en apostar por políticas públicas verdaderamente preventivas y no impositivas, consistentes en la sensibilización de la población, la formación de los profesionales que van a enfrentarse a situaciones en las que exista un riesgo potencial de efectuarse una MGF o ya haya sido ejecutada, y cuenten con las herramientas necesarias para darles respuesta en base a las necesidades de cada mujer en cada caso de manera individualizada y única. Asimismo, es necesario que la MGF sea reconocida como un motivo de persecución basado en el género y que los estados reconozcan asilo a las personas que han sufrido la MGF o que puedan tener peligro de sufrirlo y que las reconozcan como personas refugiadas, pues sólo así se estará valorando abierta y explícitamente el calibre del problema y la fuente de desigualdades que supone.

La respuesta fácil a las situaciones que nos son lejanas y desconocidas es ser dominados por los prejuicios y la incompreensión. Es ese el estado que debemos superar, a través de la información y de la aproximación hacia realidades e historias con nombres y apellidos, para un abordaje del tema desde la empatía y la tolerancia. En definitiva, debemos tratar de no alzar muros de indiferencia y omisión sino puentes de comprensión y respeto.

Como reflexión final, me gustaría dejar abierto un interrogante propuesto por Júlia y Bea como representación de los prejuicios que acarrea nuestra perspectiva etnocéntrica sobre la MGF y nos invita a reflexionar sobre el significado mismo de la práctica. Y, es que, si la MGF es descrita como todo procedimiento que altera o lesiona los genitales femeninos de forma intencional y por motivos no médicos, ¿dónde quedan, entonces, los piercings en el clítoris o las cada vez más populares operaciones de cirugía genital cosmética? Yo estoy tratando de encontrar mis respuestas a las preguntas y os invito a vosotras a hacer lo mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Libros y artículos:**

ACNUR (2009): *Demasiado Dolor. Mutilación Genital Femenina y asilo en la Unión Europea*.

ACNUR (2009): *Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina*.

AGIRREGOMEZKORTA, Rosa Belén y FUERTES, Irene (2012): *La ablación o MGF: Guía práctica*. Paz y desarrollo ONGD.

ÁLVAREZ, María Cristina (2004). “Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios”. Universidad Autónoma de Barcelona: Athenea Digital: núm 005 Primavera.

Amnistía Internacional (1998). “La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación”. Ediciones EDAI.

Amnistía Internacional (2012): “¿Tiene la UE visión cero sobre la erradicación de la mutilación genital femenina?”.

BEDOYA, María Helena y KAPLAN, Adriana (2002): *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica* en de LUCAS, J. y GARCIA AÑÓN, J. (Ed.) Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report, Universitat de Valencia.

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

Centro de estudios sobre refugiados (2015): “MGF y asilo en Europa”. Oxford, Universidad de Oxford, Revista Migraciones Forzadas.

Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.) (2020): “La mutilación genital femenina en España”. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad.

Fundación Wassu-UAB (2019): “Guía de Aplicación del Compromiso Preventivo para profesionales de Atención Primaria”.

Fundación Wassu-UAB (2020): *Memoria Anual 2020 Fundación Wassu-UAB*. Barcelona: Campus Universitat Autònoma de Barcelona.

Fundación Wassu-UAB (2019): “Uso, aplicabilidad e impacto del Compromiso Preventivo”. Bellaterra: Fundación Wassu-UAB.

Gambia Bureau of Statistics and ICF (2021): *The Gambia Demographic and Health Survey 2019-20*. Banjul, The Gambia and Rockville, Maryland, USA: GBos and ICF.

GAMAL ELDIN, AHMED. and others (2018): “FGM/C Decision-Making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan.” In Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive. New York, USA: Population Council.

GRIAULE, Marcel. (1987). *Dios de agua*. Barcelona: Altafulla Editorial.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de la Prácticas Tradicionales Perjudiciales [GIPE/PTP] (2018): "Mutilación Genital Femenina: Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002-2018)". Bellaterra: Fundación Wassu-UAB.

HERMIDA DEL LLANO, Cristina (2017): “La mutilación genital femenina desde la perspectiva jurídica española”. Bajo Palabra. Revista de Filosofía, (15), 47-66.

Institute for Gender Equality (EIGE) (2013): “Good practices in combatin female genital mutilation”. Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

JOHNSDOTTER, Sara. (2012). “Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A Poor Reflection as in a Mirror, History and Anthropology”, 23(1), 91-114.

KAPLAN, Adriana (2003): *Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas* en Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos No 4 FPFE, Madrid pp.23-30.

KAPLAN, Adriana; FORBES, Mary; BONHOURE, Isabelle; UTZET, Mireia; MARTÍN, Miguel; MANNEH, Malick; CEESAY, Haruna. (2013) "*Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn*" in International Journal of Women's Health, 2013:5, pp 323-331.

KAPLAN, Adriana y LÓPEZ, Antonio (2017): “Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016” . Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.

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

LEYE, Els. (2017). “The consequences of FGM/C”. En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017). Multisectoral academic training guide on female genital mutilation/cutting. Madrid: Editorial Dykinson.

MAKAZAGA, Iñaki. (2017): “Hombres contra la mutilación genital femenina”. Planeta Futuro, El País.

MANGAS, Aina (2017): “Una Mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas”. Tesis doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

Medicmundi Andalucía (2008): *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

MESTRE I MESTRE, Ruth M. (2017): “Las MGF como una forma cultural de violencia contra las mujeres en el Convenio de Estambul”. *Revista Europea de Derechos Fundamentales*, 29, 205-219.

NUSBAUM, Martha (2000): *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

PULEO, Alicia. (2005). El Patriarcado ¿una organización social superada? *Temas para el debate*, (133), 39-42.

ROPERO, Julia (2017). “Análisis crítico de las medidas legales sobre mutilación genital femenina en Europa.” En: Nuño, L. & Kaplan, A. (2017). Aspectos Socioculturales y legales de la Mutilación Genital Femenina: Experiencias transnacionales de prevención y protección. Actas del Congreso Internacional.

TOUBIA, Nahid and SHARIEF, Eiman Hussein (2003): “Female Genital Mutilation: Have We Made Progress?”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 82: 251–261.

TORRES FERNANDEZ, María Elena (2008): “La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado”. *Cuadernos electrónicos de filosofía y derecho*, N° 17.

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

UNICEF (2013): *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nueva York: UNICEF.

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

UNFPA (2021): “Mi cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y a la autodeterminación”.

WHO (2008): “Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. World Health Organization”. Ginebra, Suiza.

WHO (2016): “WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation”. Ginebra, Suiza. Traducido por Fundación Wassu (2017).

WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome (2006). “Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries”. *Lancet*, 367:1835–1841

- **NORMATIVA:**
- **Normativa Internacional:**

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010/C 83/02). Diario Oficial de la Unión Europea. [Consultada 15/02/22]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>

Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989. UNICEF Comité Español, 2006. [Consultada 15/02/22]. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París. [Consultada 15/02/2022]. Disponible en: <https://dudh.es/>

Resolución 34/180, de 13 de diciembre de 1979, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General. [Consultada 15/02/22]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf

Resolución del Parlamento Europeo sobre las mutilaciones genitales femeninas (2001/2035(INI)), del 20 de septiembre de 2001. [Consultada 15/02/22]. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-5-2001-0285_ES.pdf?redirect

Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE (2008/2071 (INI)). [Consultada 15/02/22]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009IP0161&from=ES>

Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de junio de 2012, sobre la erradicación de la mutilación genital femenina (2012/2684(RSP)). [Consultada 15/02/22]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marcoInternacional/ambitoInternacional/unionEuropea/instituciones/parlamento/docs/Resolucion_14_06_2012_Erradicacion_MGF.pdf

Resolución 67/146, de 20 de diciembre de 2012, Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. Sesión nº 67. Adoptada por la Asamblea General. [Consultada 15/02/22]. Disponible en: https://unipd-centrodirittiumani.it/public/docs/Risoluzione_67_146.pdf

- **Normativa estatal:**

Constitución Española. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 311, de 29 de diciembre de 1978. [Consultada 20/01/2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 281, de 24 de octubre de 1995. [Consultada 20/01/2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 15, de 17 de enero de 1996. [Consultada 20/01/2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 234, de 30 septiembre de 2003.

[Consultada 20/01/2022]. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2003/09/30/pdfs/A35398-35404.pdf>

Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 163, de 9 de julio de 2005. [Consultada 20/01/2022]. Disponible en:
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2005/07/08/3/dof/spa/pdf>

Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Publicada en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) nº 5123 e 2 de mayo de 2008 y en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 131 de 30 de mayo de 2008. . [Consultada 20/01/2022]. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2008/05/30/pdfs/A25174-25194.pdf>

Ley 12/2008, de 3 de julio, de la Generalitat, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunitat Valenciana. Publicada en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana (DOCV) nº 5803, de 10 de julio de 2008 y en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 200, de 19 de agosto de 2008. [Consultada 20/01/2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-14050-consolidado.pdf>

Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. Publicada en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) nº 5641, de 2 de junio de 2010 y en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 156 de 28 de junio de 2010. [Consultada 20/01/2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-10213-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 63, de 14 de marzo de 2014. [Consultada 20/01/2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/14/pdfs/BOE-A-2014-2709.pdf>

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 180, de 29 de julio de 2015. [Consultada 20/01/2022]. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>

- **Documentales:**

COLÓN, José Manuel (Director) (2017): *La Manzana de Eva*. España: Alquimistas Producciones. Disponible en: Netflix.

HORMAN, Sherry (2009): *Flor del desierto*. Reino Unido: Desert Flower Filmproductions, Mejestic Filmproduktion, MTM West Television & Film; distribución: Virgil Films & Entertainment, Bac Films. Disponible en:
<https://gloria.tv/post/3eZBSSrhFWWX6oPaGpnM3AwH2#375>

KAPLAN, Adriana. (2004): *Iniciación sin mutilación* (castellano). Fundación Wassu-UAB. You Tube, 30 de septiembre de 2013. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=7PtHCjdDI2M>

ORTEGA, Eterio (Director) (2017): *Girls form earth*. Bélgica: Prospektika International. Disponible en: <https://vimeo.com/215389845>

PITOU LI, Christina (Directora) y **Médicos del mundo** (Productora) (2013): *Bref*. Cataluña. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/el-documental-sobre-mutilacion-genital-femenina-bref-premiado-en>

ANEXO 1: Cuestionario sobre MGF a Júlia Perernau y Beatriz Escaño

El presente Trabajo de Fin de Máster en Desarrollo y Cooperación Internacional del Instituto Hegoa y la UPV/EHU se centra en explicar los distintos componentes que conforman la práctica de la MGF, como su origen, el debate conceptual, los países donde se lleva a cabo, los tipos de MGF que existen, las razones por las que se practica, las consecuencias que genera en las mujeres y niñas o la normativa internacional y nacional vigente. Para en una segunda parte entrar a analizar el modelo de actuación para prevenir la MGF de la Generalitat de Cataluña, así como el trabajo desarrollado a lo largo de todos estos años por Wassu Gambia Kafo, la Fundación Wassu y el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales.

Para consolidar el estudio he decidido llevar a cabo una serie de entrevistas a actores clave que de una manera o de otra están implicados en la prevención de la MGF.

Entrevista de Marina Echave al equipo técnico de Fundación Wassu

| Datos personales de la entrevistada |
|--|
| Nombre/Pseudónimo: Júlia Perarnau y Beatriz Escaño |
| Vinculación con el tema de estudio: Técnicas de investigación de la Fundación Wassu-UAB |
| Breve descripción del Currículum académico y profesional: <p>Júlia Perarnau: Graduada en Antropología Social y Cultural por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) y máster en Antropología Médica y Salud Global por la Universitat Rovira i Virgili (URV). Júlia Perarnau ha trabajado durante cuatro años en la Fundación Wassu-UAB como técnica investigadora y ha realizado algunos estudios sobre la MGF en España, así como sobre el impacto de la migración en las nuevas tendencias de la práctica, con un enfoque de circularidad entre España y Gambia. Recientemente ha comenzado a trabajar en el tema de los matrimonios forzados, ampliando el concepto de Prácticas Tradicionales Perjudiciales.</p> <p>Beatriz Escaño: Graduada en Antropología Social y Cultural por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y máster en Investigación Avanzada e Intervención Social en Antropología por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Beatriz Escaño ha trabajado durante dos años en la Fundación Wassu-UAB como técnica de investigación y ha realizado un estudio sobre el análisis de los factores discriminatorios en la intervención preventiva de la MGF en España, así como una comparación entre Gambia y Cataluña sobre la disposición de hombres gambianos respecto a la MGF.</p> |

Parte I: Sobre el modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña

1. Tras más de dos décadas de trabajo en torno a la MGF en la Comunidad Autónoma de Cataluña, que dejan tras de sí la redacción de un protocolo de actuación, la elaboración de decenas de micro protocolos específicos a nivel municipal y la existencia de un marco legal autonómico que aborda el problema de la MGF, podemos afirmar que existe un marco base para fomentar el trabajo de prevención de la práctica. Pero,
 - ¿Consideras que todas estas leyes y protocolos son eficaces?

En España se destacan iniciativas como la elaboración de protocolos exclusivos frente a la MGF: el de Cataluña (2002, 2007 [2009]), Aragón (2011), Navarra (2013) o el Protocolo común del Ministerio de Actuación Sanitaria frente a la MGF a nivel estatal (2015). Este último ha fomentado la creación de otros protocolos en comunidades autónomas como Andalucía (2016), la Comunitat Valenciana (2016), las Illes Balears (2017) y La Rioja (2018). Sin embargo, la realización de estos protocolos no ha ido acompañada de un presupuesto para su correcta ejecución, ni consideran formación para los y las profesionales que intervienen, en especial los de los servicios de salud, los servicios sociales o los de educación. Además, algunos se han diseñado sin haber contrastado con expertos sobre el tema, y se detectan graves fallas:

1. Se obvian aspectos clave como el significado de la MGF para las comunidades practicantes (y que es imprescindible para el abordaje preventivo con las familias);
2. Respecto a la aplicación del marco legal, se encuentran algunos errores en el tratamiento de casos, por ejemplo, aquellos de niñas reagrupadas que llegan ya mutiladas a España, en los que se ha iniciado un proceso judicial que no debería haberse iniciado (según la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal), ya que provoca una doble victimización de estas menores.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de la Prácticas Tradicionales Perjudiciales [GIPE/PTP] (2018) "**Mutilación Genital Femenina: Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002-2018)**". Bellaterra: Fundación Wassu-UAB. Página 41.

- ¿Su aplicación a las situaciones reales de las personas afectadas es adecuada?
¿Es respetuosa con cada supuesto individual de cada mujer?

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

Los principales dilemas éticos respecto a la actuación que se debe seguir aparecen en este ámbito en dos momentos diferentes. En primer lugar, la cuestión sobre la pertinencia de actuar preventivamente desde el ámbito judicial, retirando los pasaportes de las niñas

cuando se detecta un posible viaje familiar al país de origen con riesgo de MGF o haciendo revisiones periódicas de los genitales de las niñas marcadas por sentencia. En estos casos, no se está juzgando el delito sino el riesgo de que se cometa, con medidas claramente punitivas y controladoras. Se puede afirmar que no se está respetando

la presunción de inocencia y se plantea hasta qué punto se puede intervenir preventivamente desde el ámbito jurídico.

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

Como plantea Ropero (2017: 89-90):

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

Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.) (2020). **"La mutilación genital femenina en España"**. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad. Páginas 101 y 102.

Ropero, J. (2017). **“Análisis crítico de las medidas legales sobre mutilación genital femenina en Europa.”** En: Nuño, L. & Kaplan, A. (2017). Aspectos Socioculturales y legales de la Mutilación Genital Femenina: Experiencias transnacionales de prevención y protección. Actas del Congreso Internacional.

- ¿Consideras que la aplicación del Protocolo de actuación catalán ha promovido el control, la estigmatización y la persecución de las familias en vez de su empoderamiento y la ampliación de sus conocimientos y capacidades?

Los protocolos deben ser revisados periódicamente e incluir la definición del rol de cada uno de los/las profesionales que pueden intervenir. La base de la actuación se debería hacer desde el ámbito de la pediatría o ginecología, asegurando una atención integral de salud, valorando las necesidades de la mujer en cada caso.

Una estrategia de mejora es el diseño de la formación y sensibilización continua, incorporando en el proyecto, no solo a las mujeres de la comunidad sino también a los jóvenes y hombres. Es necesario destinar más recursos para la implementación de los protocolos, sobre todo su parte preventiva, que requiere formar de manera sistemática a los/las profesionales responsables de aplicarlo. Desplegar los recursos humanos y

materiales para llevarlos a cabo y trabajar en pro del empoderamiento real de la población es indispensable, a la vez que se capacita a estos profesionales, ya que “se ha comprobado que estas herramientas, sin formación, pueden desencadenar actuaciones contrarias al fin por las que fueron diseñadas.” (Mangas, 2017: 413).

Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.) (2020). **"La mutilación genital femenina en España"**. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad. Páginas 100 – 102.

Mangas, A. (2017). **"Una mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas"** [Tesis]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

- ¿Qué habría que cambiar para dar un apoyo continuado y respetuoso a las familias?

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

La competencia intercultural puede ser una herramienta que ayude a establecer el diálogo entre el/la profesional y la familia, pero se tiene que evitar la idea de que la cultura puede ser reducida a un conjunto de habilidades técnicas, pudiendo dar lugar a estereotipaciones culturales.

Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.) (2020). **"La mutilación genital femenina en España"**. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad. Página 103.

- ¿Tienes conocimientos sobre cómo se gestó el proceso de creación del protocolo? ¿Fue un proceso participativo?

Desde Fundación Wassu-UAB no participamos en el proceso de creación del protocolo y no sabemos si fue un proceso participativo y, si este fue el caso, qué actores estuvieron implicados.

Para tener más información sobre el tema, puedes consultar la siguiente tesis doctoral: Mangas, A. (2017). **"Una mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas"** [Tesis]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

2. ¿Qué opinión te merecen las mesas de prevención implementadas en Cataluña a partir de la Ley 5/2008 de por el Departamento de Inmigración y del Interior?
 - ¿Consideras que han sido eficaces? ¿Cuáles han sido sus puntos débiles y sus puntos fuertes? ¿Qué cambios harías para mejorarlas?

Las mesas de prevención implementadas en Cataluña son un espacio de coordinación entre los/las profesionales implicados en la prevención y abordaje de la MGF en diferentes municipios o comarcas. En este sentido, suponen una herramienta de trabajo

que favorece la implicación de los/las profesionales de la zona, así como la comunicación con Secretaría General de Igualdad y Feminismos (anterior Secretaría de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía).

Uno de sus puntos débiles es la exclusión de miembros de las comunidades y asociaciones que trabajan el tema en estos espacios. De hecho, algunas mediadoras culturales y mujeres representantes de asociaciones africanas, profesionales de la salud e investigadoras han denunciado públicamente que las mesas no trabajan ni en prevención ni en el trabajo comunitario, sino que fomentan un trabajo reactivo más que preventivo y se centran en el control de viajes de las menores que viajan a África con sus familias. Para mejorarlas, se debería cambiar la base del trabajo realizado, incluyendo a las comunidades para poder diseñar actividades preventivas desde una perspectiva intercultural.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de la Prácticas Tradicionales Perjudiciales [GIPE/PTP] (2018). "**Mutilación Genital Femenina: Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002-2018)**". Bellaterra: Fundació Wassu-UAB. Página 25.

3. ¿Consideras que desde 2001, cuando se empieza a gestar el plan de acción para tratar de erradicar la MGF en Cataluña, se han dado grandes pasos hacia adelante? ¿Qué se ha hecho bien y qué aprendizajes te llevas?

Cataluña es la comunidad autónoma donde se conocieron los primeros casos de MGF en el territorio español durante los años 90, además de concentrar cerca del 30% de población femenina con vínculos en países donde se realiza la práctica. Por tanto, la prevención de la MGF es un tema presente de largo recorrido a nivel público y entre organizaciones de la sociedad civil.

Ya en 2001 el Parlamento insta al Gobierno de la Generalitat de Cataluña para hacer un plan de choque y erradicar la MGF. Con el fin de fomentar la buena coordinación entre los y las profesionales que intervienen durante su práctica profesional con las familias de origen subsahariano, se gesta el protocolo de actuación para prevenir la MGF en la provincia de Girona, que es presentado por la Generalitat de Cataluña el año 2002. Este protocolo específico fue el primero en España y fue reeditado en 2007.

Además, se promueve el modelo de las mesas de prevención de la MGF en todo el territorio catalán, creadas en 2008 por la Secretaría para la Inmigración en Girona por parte de la Dirección General para la Inmigración, en colaboración con el Departamento de Interior.

Desde Fundación Wassu hemos comunicado en diversas ocasiones que hace falta una evaluación profunda de la implementación del protocolo, ya que, en la práctica, creemos que tiene un enfoque punitivo y se saltan los niveles de actuación previos: prevención, detección, atención no urgente.

Para más información al respecto: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de la Prácticas Tradicionales Perjudiciales [GIPE/PTP] (2018). "**Mutilación Genital Femenina: Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002-2018)**". Bellaterra: Fundación Wassu-UAB.

4. En numerosas ocasiones se repite a lo largo de todo el protocolo de actuación que la vía judicial ha de ser el último escalón del proceso y que únicamente se utilizará en aquellos casos en los que las intervinientes no hayan conseguido las garantías necesarias. ¿Crees que esta afirmación se cumple en la realidad?

El Protocolo de actuación para prevenir la MGF es una herramienta útil, esencial y necesaria, que establece elementos y factores para poder identificar una situación de riesgo de MGF. Cada situación y contexto familiar merece un análisis cuidadoso y respetuoso que valore los factores de riesgo, antes de activar el siguiente nivel de actuación que marca el protocolo.

El problema no se identifica en el diseño, sino en la aplicación de dicho protocolo, ya que se utiliza de forma reactiva, activándolo en el nivel 4 (actuación urgente) y dejando de lado los anteriores (prevención, detección y actuación no urgente) y el posterior (recuperación).

La presentación del protocolo a los y las profesionales de salud, los servicios sociales y la educación se realiza por parte de los Mossos d'Esquadra, que pertenecen al Departamento de Interior (las unidades del GAV y ORC), encargados a nivel local y comarcal del despliegue del protocolo.

Por este motivo, cuando se sabe que una familia africana programa un posible viaje al país de origen con sus hijas, algunos profesionales recurren directamente a los Mossos d'Esquadra, saltándose los primeros niveles del protocolo y sin hacer una valoración real de los factores que entran en juego para determinar el riesgo. Estos casos suelen derivarse a la Fiscalía para que se promulguen las medidas cautelares y evitar de forma urgente el viaje de las menores.

Esta situación entra en contradicción con lo que establece el mismo protocolo: “la intervención judicial, en todo caso, es el último recurso que se debe utilizar delante de la conducta que se quiere evitar”. En los casos anteriormente descritos, es la primera medida que se toma y la valoración del riesgo se hace basándose en la existencia de un viaje programado o la sospecha de ello, sin más elementos contrastados.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de la Prácticas Tradicionales Perjudiciales [GIPE/PTP] (2018). "**Mutilación Genital Femenina: Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Catalunya (2002-2018)**". Bellaterra: Fundación Wassu-UAB. Páginas 29 y 30.

5. En la mayoría de los casos que han recibido una sentencia condenatoria por no haber evitado que la niña haya sido circuncidada han sido los padres de la niña los condenados por la perpetuación de la MGF. Ello da lugar a una doble victimización dejando a la niña sin la protección y salvaguarda de sus padres y convirtiéndola también a ella en culpable de lo sucedido. Ante esta situación ¿Se debería plantear otra estrategia/abordaje para hacer justicia de lo sucedido más respetuosa con las necesidades de la víctima?

La MGF queda regulada en las leyes de violencia de género y de protección del menor pero la mayoría de las veces quien acaba siendo castigada como responsable de la práctica es a la vez una víctima. Reconocer las limitaciones legales en este ámbito debe servir para

trabajar de otra forma, permitiendo fomentar el cambio a largo plazo, sustentable en el tiempo.

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

Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.) (2020). **"La mutilación genital femenina en España"**. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad. Página 102.

6. Hemos visto que lo local es global y que los movimientos migratorios han propiciado una expansión de la práctica a territorios donde ésta no se practicaba anteriormente. ¿Qué abordaje o qué medidas consideras aptas para evitar esta expansión, teniendo como prioridad el respeto a las raíces y cultura de las personas que migran?

En primer lugar, te animamos a reflexionar sobre la definición de MGF (procedimiento que altera o lesiona los genitales femeninos de forma intencional y por motivos no médicos) y pensar si realmente es una práctica que se ha hecho global con los movimientos migratorios o ya lo era anteriormente, pero los prejuicios nos impedían analizarla de esta forma. Por ejemplo, ¿qué pasa con los piercings en el clítoris? ¿Y con las operaciones de cirugía genital cosmética?

Una vez superados los prejuicios presentes en nuestra mirada etnocéntrica, podemos afrontar la MGF desde otra posición, evitando categorizarla como un “problema migratorio”. Desde Fundación Wassu-UAB hacemos las siguientes recomendaciones para el contexto del territorio español:

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

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

Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.) (2020). **"La mutilación genital femenina en España"**. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad. Páginas 105 y 106.

7. ¿Podrías poner ejemplos de buenas prácticas que encontremos en otros protocolos o de actuaciones positivas de otras instituciones, ya sea a nivel estatal o internacional?

Como ejemplos de buenas prácticas se encuentran las actuaciones preventivas implementadas por municipios como Badalona, Bilbao y Santa Coloma de Gramenet, que han seguido el Modelo Wassu, en el marco de convenios de colaboración con la Fundación Wassu-UAB. También destacan las comparecencias y colaboraciones de dicha entidad con el Parlamento de Cataluña (2004), el Parlamento Vasco (2014), la Diputación Foral de Álava y la Junta de Andalucía, además de la elaboración de informes para Emakunde y el Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales y Salud.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de la Prácticas Tradicionales Perjudiciales [GIPE/PTP] (2018). **"Mutilación Genital Femenina: Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002-2018)"**. Bellaterra: Fundación Wassu-UAB. Página 41.

Propuestas de buenas prácticas en la sensibilización y formación:

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

En el País Vasco, se incorpora a las mujeres de la comunidad como agentes de salud y prevención en la MGF. Confían en el efecto multiplicador, estas mujeres transmitirán la información al resto de la comunidad, posiblemente en un ambiente más distendido y de confianza. Los contenidos del curso que se les ofrece son el conocimiento general sobre la práctica, los daños que ocasiona, el contexto de violencia de género y, además, trabajan las habilidades y asertividad de cara a la presión comunitaria. Después, esta formación se transmitió a otros profesionales estratégicos, que trabajan con mujeres inmigrantes, personal de pediatría, servicios sociales, educadores de calle y siempre con un enfoque intercultural.

Propuestas de buenas prácticas en la prevención:

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

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

Propuestas de buenas prácticas en la metodología:

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

Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.) (2020). "**La mutilación genital femenina en España**". Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad. Páginas 98 – 100.

8. ¿Podrías hacer una evaluación general del protocolo de Cataluña?

La Administración catalana no ha apostado por la capacitación profesional, no ha desplegado los recursos humanos ni materiales necesarios ni tampoco ha trabajado en pro del empoderamiento real de la población. La falta de formación a profesionales incluso ha desencadenado actuaciones contrarias a la finalidad para las que fueron diseñadas. La prueba está en los distintos municipios en los que la creación de un protocolo ha provocado el control y la estigmatización de la población diana, lo cual ha llegado a vulnerar los derechos humanos en muchos casos.

El despliegue de las mesas de prevención de la MGF ha sido desigual en el territorio catalán y no existen las 70 mesas que presenta la Generalitat en sus notas de prensa anuales. La provincia de Girona cuenta con 20 mesas que, por un lado, son las más estables de Cataluña, pero por otro, se caracterizan por la tendencia a una intervención reactiva frente a la programación de viajes al país de origen. La Generalitat no ha evaluado el impacto de estas actuaciones y ha focalizado la activación del protocolo a partir del nivel 4 en vez del nivel 1. Implementar bien el primer nivel garantizaría la sostenibilidad de las acciones en materia de MGF, la cohesión social de las familias migrantes en el país de destino y la eficiencia a largo plazo en el abandono de la MGF.

El aumento de sentencias condenatorias a partir de 2011 tampoco es casualidad. Cuando un caso llega a los tribunales es un fracaso del modelo, no un éxito como se proyecta.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de la Prácticas Tradicionales Perjudiciales [GIPE/PTP] (2018). "**Mutilación Genital Femenina: Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002-2018)**". Bellaterra: Fundación Wassu-UAB. Páginas 40 y 41.

9. ¿Cómo observas el futuro de la actuación entorno a la prevención de la MGF en Cataluña?

A pesar de los logros conseguidos, queda mucho trabajo por hacer y hay que seguir reivindicando la importancia del trabajo preventivo a través de la sensibilización y la formación. Tenemos que considerar que estamos trabajando con una tradición ancestral y la única forma de generar cambios sustentables que vengan desde las comunidades que practican la MGF es construir conocimiento, que es lo que hacemos a través de nuestra metodología.

Parte II: Sobre vuestro trabajo

1. ¿Podrías describir en qué se centra el trabajo de la Fundación Wassu-UAB en estos momentos? ¿Cuál es la metodología que lleváis a cabo?

El Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF propone una metodología pionera e innovadora, con perspectiva antropológica. Se basa en un modelo holístico, respetuoso y sostenible basado en la evidencia científica. El Observatorio cuenta con dos centros de investigación y transferencia de conocimiento, en España (Fundación Wassu-UAB) y en Gambia (Wassu Gambia Kafo), garantizando una perspectiva longitudinal en el tiempo y circular en el espacio transnacional de las migraciones. El conocimiento generado desde 1987, adquirido en el campo a través de la investigación aplicada, se transfiere en cascada a instituciones y agentes sociales clave.

Contribuimos al abandono de la MGF a través de importantes actividades de investigación. Por ejemplo:

En Gambia:

- Estudios clínicos sobre las consecuencias de la MGF en la salud de mujeres y niñas.
- Creación de un Programa Nacional de Formación de profesionales de la salud.
- Integración de la MGF en el Currículo Académico de las Facultades de Ciencias de la Salud que se ha exportado a Kenia, Tanzania y Senegal.
- Propuesta del ritual alternativo “Iniciación sin mutilación”.

En España:

- Diseño y creación del Compromiso Preventivo (conocido en otros países europeos como FGM Passport).
- Publicación periódica de Mapas de MGF en España.
- Elaboración de diagnósticos para el Gobierno.
- Creación de material para la formación continua de los profesionales de Atención Primaria.
- Asesorar a los gobiernos regionales y municipales en el diseño e implementación de políticas públicas de prevención y atención de la MGF.

En Gambia, todas estas acciones han tenido resultados muy significativos:

- En 2004: levantamiento del veto que prohibía hablar de MGF.

- En 2011: promulgación de una Fatua a favor de la prevención de la práctica.
- En 2015: proclamación de una ley que prohíbe la MGF en Gambia.

En España, la publicación de estudios con perspectiva antropológica ha permitido evitar la estigmatización y fomenta los abordajes preventivos con los profesionales como un problema más de salud pública.

2. La metodología Wassu se centra en la transferencia de conocimiento en cascada a las instituciones, los agentes sociales claves y las comunidades en su conjunto. ¿Qué dificultades encontraréis a la hora de aplicar esta metodología? ¿Se podría mejorar de alguna manera?

La recogida de información sobre temas sensibles como la MGF siempre presenta algunas dificultades metodológicas, limitando la efectividad de las técnicas cuantitativas. Desde Fundación Wassu somos conscientes de ello y por eso apostamos por una perspectiva antropológica y una metodología mixta que combine métodos cuantitativos con métodos cualitativos, que nos permiten contextualizar y, sobre todo, entender con más profundidad. Una de las estrategias clave y que mejor resultado nos ha dado es la colaboración con personas de la comunidad para superar las barreras culturales y lingüísticas.

En la línea de investigación, siempre tenemos en cuenta que la MGF es un tema sensible y que puede remover muchos sentimientos en las mujeres que la han vivido. También somos conscientes de nuestro rol, nosotras no somos psicólogas y no podemos acompañar emocionalmente a estas mujeres, motivo por el cual siempre somos muy cuidadosas en escoger las preguntas que formularemos. Los guiones de entrevista que utilizamos en las actividades de investigación pasan distintas fases de aprobación: primero se debaten en equipo, se reflexiona sobre ellas y luego se pilotan, es decir, se hacen algunas entrevistas de prueba con mujeres de confianza con las cuales ya llevamos tiempo trabajando para que ellas nos puedan dar su opinión.

En la línea de transferencia del conocimiento la mayoría de las mujeres muestran interés por el tema, ya que se enfoca desde la perspectiva de la salud, dando a conocer las consecuencias que la práctica puede tener para mujeres y niñas.

3. ¿Quiénes son los principales actores con los que trabajáis?

El trabajo con profesionales de Atención Primaria ha sido constante a lo largo de toda la historia de Fundación Wassu. Hemos formado a profesionales de distintas Comunidades Autónomas, especialmente de las áreas de salud y trabajo social (Colegio de Trabajadores y Educadores Sociales). En el caso del ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet, hace años creamos un grupo motor que aplica la metodología de Fundación Wassu en la intervención preventiva de la MGF en su comunidad, así como también sentamos las bases para aplicar este modelo a través de la Junta de Andalucía.

Además, hemos asesorado a diversas mesas para la prevención de la MGF en Cataluña y las profesionales del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las

Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) son, a su vez, parte de equipos de Atención Primaria en diferentes áreas del territorio catalán, por lo que el contacto es directo.

A través de nuestro trabajo hemos conseguido ser referentes en el tema de la MGF en España. También hemos diseñado material específico para profesionales: manuales, guías, desplegables para trabajar con las familias, informes y documentales.

4. En este escenario, ¿qué papel desempeñan los jóvenes?

Nuestra metodología de trabajo consiste en transferir el conocimiento que adquirimos a través de la investigación aplicada. Esto implica que impartir formaciones y talleres de sensibilización es parte fundamental de nuestro trabajo. Si bien nos dirigimos a diferentes grupos sociales, es cierto que los grupos de jóvenes tienen cierta importancia, porque pensamos que tienen potencial como agentes de cambio en la sociedad.

En el marco universitario, se imparten formaciones a estudiantes del Máster de Antropología Social y Cultural y a estudiantes del Máster de Medicina Tropical, a través de la Dra. Adriana Kaplan. También hemos realizado formaciones a alumnos/as de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, la Universitat Pompeu Fabra, Universitat Rovira i Virgili y Universitat de Barcelona, por parte de miembros del GIPE/PTP. Desde el 2017 también organizamos talleres de sensibilización con jóvenes en Sabadell, Girona y Salt.

5. ¿Trabajáis directamente con las comunidades afectadas? Si es así, ¿cómo lo hacéis?

No nos dedicamos a trabajar específicamente con mujeres afectadas. Nuestro trabajo se divide en diferentes actividades: investigación (académica antropológica, estudios de diagnóstico, reportes e informes); formaciones a profesionales y estudiantes de distintos ámbitos (salud, trabajo social, educación, ámbito jurídico); talleres de sensibilización dirigidos a circuncidadoras y parteras tradicionales, líderes locales y religiosos, mujeres, hombres y jóvenes; reuniones y talleres con representantes de instituciones (legisladores/as, jueces/zas y magistrados/as, miembros del Gobierno, autoridades locales); creación de material didáctico; organización y participación en conferencias, seminarios, charlas y debates; colaboración en red con otras entidades a nivel estatal y europeo; asesorías en casos puntuales; diseño e implementación de programas de prevención.

6. ¿Cuáles son vuestros objetivos principales a corto, medio y largo plazo? ¿Y vuestras líneas de acción para alcanzarlos?

Nuestros objetivos principales son diseñar e implementar una metodología científica y transferir conocimiento para promover transformaciones sociales positivas en pos del abandono de la MGF y otras prácticas tradicionales perjudiciales.

Las principales líneas de trabajo de Fundación Wassu son la investigación y la transferencia del conocimiento basado en evidencias.

7. ¿Qué diferencia a la Fundación Wassu-UAB y a Wassu Gambia Kafo del trabajo de otros actores?

En Wassu defendemos que para que exista un cambio real y sostenible en el tiempo, este no puede imponerse. Confiamos en que cuando entregamos evidencias científicas acerca de las consecuencias perjudiciales que conlleva la MGF para la salud y bienestar de las mujeres y niñas, las personas son capaces de tomar decisiones informadas y promover cambios positivos de forma libre.

La MGF es una tradición ancestral fuertemente arraigada en las comunidades que la practican. La decisión de abandonarla no se logra después de una sensibilización o taller, sino con un trabajo constante, construyendo relaciones desde la confianza y el diálogo intercultural. No tenemos un tiempo determinado, no las presionamos a que nos digan que ya no realizarán la práctica. Lo que hacemos es volver después de un tiempo, repasar conceptos, conversar con ellas y analizar lo que nos dicen.

8. El compromiso preventivo creado por vosotrxs se ha consolidado como un documento clave presente en la mayoría de los protocolos tanto a nivel estatal como autonómico y es de obligado cumplimiento por las familias antes de emprender un viaje. ¿Qué opinión os merece este hecho? ¿Consideráis que se está haciendo un uso adecuado del Compromiso Preventivo?

En primer lugar, hay que remarcar, como dejamos claro en la Guía de aplicación del Compromiso Preventivo, que “es una herramienta más de apoyo a las familias ante un viaje al país de origen, y son los padres y las madres quienes deciden su uso. Su obtención no es una finalidad en sí misma.” En este sentido, no se puede afirmar que “es de obligado cumplimiento”, ya que “su aceptación ha de ser voluntaria y de común acuerdo entre las partes implicadas”.

Fundación Wassu-UAB (2019). **“Guía de Aplicación del Compromiso Preventivo para profesionales de Atención Primaria”**.

Como se demuestra en el estudio realizado por Fundación Wassu-UAB, el documento del Compromiso Preventivo está presente en la mayoría de los protocolos de las distintas comunidades autónomas del Estado español, aunque su utilización es irregular en función de la zona y del conocimiento que puede tener cada profesional sobre el tema.

El principal obstáculo a su efectividad es su empleo punitivo y de control, ya que se propone el documento como un elemento obligatorio de firmar para poder viajar, sin hacer un trabajo de sensibilización adecuado, en profundidad. En estos casos, es posible encontrar experiencias como las relatadas por migrantes y profesionales acerca de familias que deciden hacer un viaje al país de origen y dejar a sus hijas allí, para evitar ser perseguidos a causa de la MGF. En estas ocasiones, el trabajo de sensibilización efectuado ha sido contraproducente, seguramente focalizado en las consecuencias legales

que tiene la práctica. Se observa que el planteamiento del Compromiso Preventivo y su manera de fomentarlo pueden favorecer la decisión de la familia de no regresar, si se proyecta como una herramienta obligatoria e indispensable para poder hacer un viaje.

Para revertir este uso, es necesario realizar sesiones formativas y de sensibilización sistemáticas a todos los/las profesionales, en las cuales se trabajen las competencias interculturales que permitan considerar la variabilidad de cada caso, evitando las clasificaciones y generalizaciones.

Fundación Wassu-UAB (2019). "**Uso, aplicabilidad e impacto del Compromiso Preventivo**". Bellaterra: Fundación Wassu-UAB. Página 35.

9. ¿Podrías poner ejemplos de buenas prácticas llevadas a cabo por asociaciones/organizaciones que trabajan en la prevención y tratamiento de las consecuencias de la MGF?

Algunas de las propuestas de buenas prácticas que pueden implementar las ONG u organizaciones que trabajan el tema en España son las siguientes:

- En la sensibilización y formación:

La formación a profesionales de la salud se debe garantizar para que se sistematice a todo el territorio español. De esta forma, se podrá dar a conocer el protocolo estatal o el correspondiente protocolo autonómico y evitar dejar el abordaje de la MGF en manos de cada profesional y su bagaje experiencial personal.

Las sensibilizaciones a la comunidad migrante deben de tener en cuenta su situación de vulnerabilidad y buscar estrategias que permitan acercarse al colectivo de manera respetuosa y conocedora, teniendo en cuenta sus intereses y necesidades. Es importante poder trabajar de forma continua y con grupos estables.

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

- En la prevención:

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

En general, la prevención debería empezar por la implicación de las comunidades en el tema. Se deben tener en cuenta distintas estrategias de actuación en este aspecto como, por ejemplo, identificar a los/las líderes comunitarios y hablar sobre el tema para asegurar la asistencia de más personas en las formaciones o sensibilizaciones posteriores. Conocer

cada comunidad es un paso indispensable de la prevención, ya que no podemos partir de prejuicios racistas que uniformicen a toda la población con origen en países donde se practica la MGF.

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

- En la metodología:

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

Fundación Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.) (2020). **"La mutilación genital femenina en España"**. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad. Páginas 95 – 97.

10. ¿Cuáles son vuestras perspectivas a futuro? Si no puedes responder a nivel organizacional, puedes hacerlo a nivel personal.

Desde Fundación Wassu trabajamos intensamente por el abandono de esta práctica, sin embargo, también sabemos que es un cambio que requiere de tiempo, constancia y recursos para crear modelos de intervención eficaces y respetuosos.

Valorar la evolución de la MGF en términos cuantitativos es difícil, aunque los datos muestran un descenso de la práctica. Aun así, al ser una tradición arraigada culturalmente, el cambio es lento, ya que se tiene que ir viendo cuál es la actitud de las nuevas generaciones. Lo que nosotras valoramos más positivamente es el impacto de las formaciones y sensibilizaciones que empoderan a las personas, convirtiéndolas en agentes de cambio. Estas acciones permiten un proceso de cambio sostenido en el tiempo que tiene efectos positivos en la vida de muchas mujeres y niñas. Es esencial ofrecer la información necesaria para que las personas puedan tomar decisiones libremente de forma consciente, el cambio no se puede imponer.

11. Si quieres añadir algo más que consideras que no se ha tratado en el cuestionario, ahora puedes hacerlo.

Fundamentalmente, poner énfasis en los aspectos claves de nuestra metodología, que se basa en transferir conocimiento que adquirimos a través de la investigación aplicada, de una forma respetuosa con la cultura. Tenemos una base de evidencias científicas que sustenta lo que decimos, eso hace que las personas nos escuchen. No les decimos

directamente que no practiquen la MGF, sino que les explicamos las consecuencias negativas que tiene la práctica para la salud de mujeres y niñas, además de las implicaciones legales. De esta manera, las personas pueden decidir de manera independiente y con argumentos.

Por otra parte, en el abordaje de la MGF es importante evitar la judicialización como primera respuesta, ya que esto comporta la confrontación de derechos fundamentales de las personas y resoluciones que, en muchos casos, acaban en la desestructuración de las familias. Se tiene que evitar la revictimización constante de las mujeres y niñas que han pasado por una MGF. Por eso, es necesario un cambio en la sociedad en conjunto, incluyendo en ella los medios de comunicación.

Para más información sobre este tema, te recomendamos que consultes: Fundación Wassu-UAB (2020). **Guía para un lenguaje no estigmatizante en los Medios de Comunicación: Propuesta comunitaria**. Bellaterra: Fundación Wassu-UAB.

Muchas gracias por vuestra ayuda y por vuestro trabajo.