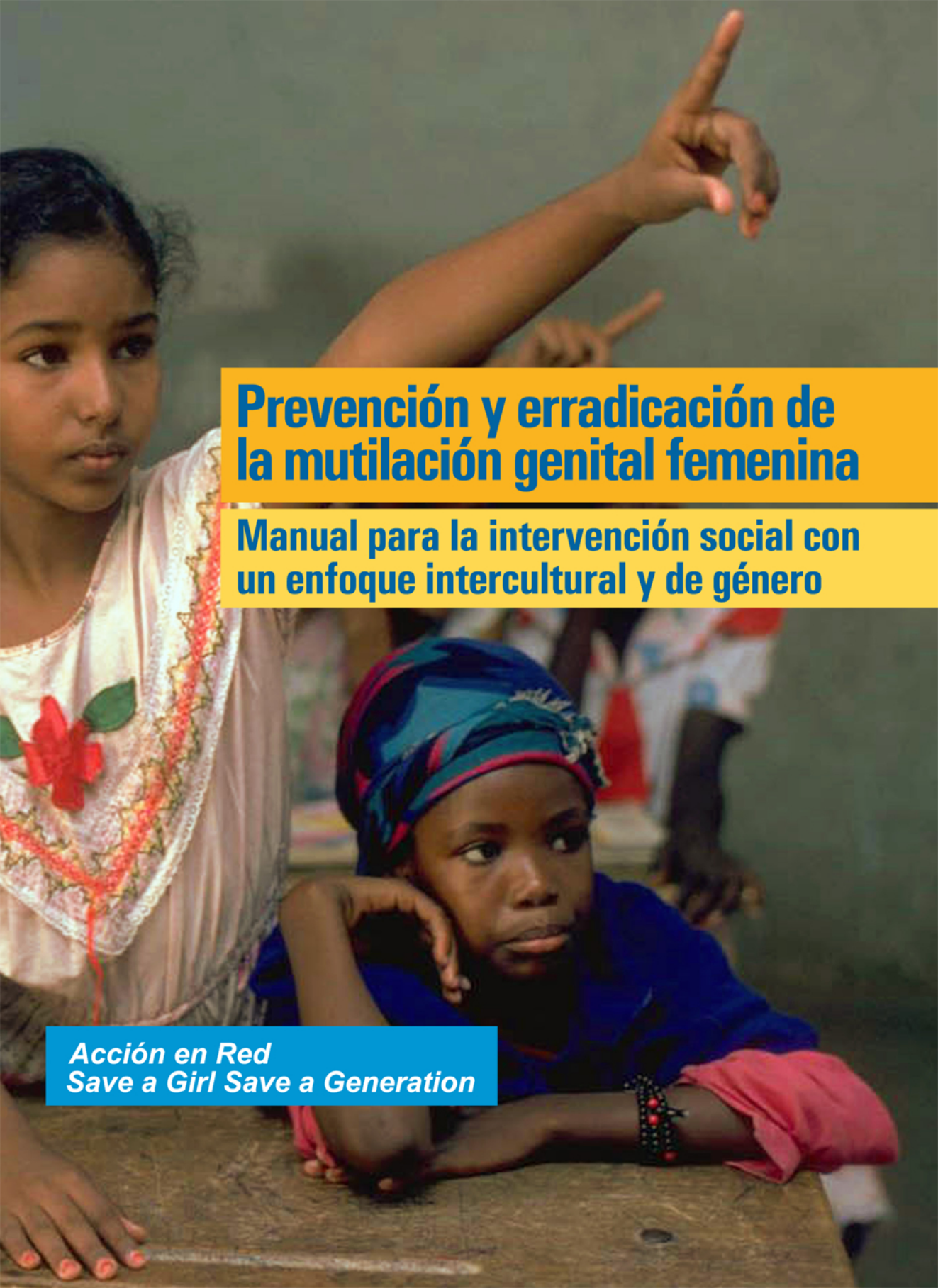




Prevención y erradicación de la mutilación genital femenina

**Manual para la intervención social con
un enfoque intercultural y de género**

***Acción en Red
Save a Girl Save a Generation***

Prevención y erradicación de la mutilación genital femenina

Manual para la intervención social con
un enfoque intercultural y de género

Acción en Red
Save a Girl Save a Generation

Prevención y erradicación de la mutilación genital femenina

Manual para la intervención social con
un enfoque intercultural y de género



El multiculturalismo y la diversidad cultural deben tener sus límites en los derechos humanos y deben avanzar en la dirección de la interculturalidad, es decir, hacia el mestizaje, el intercambio y la comunicación entre culturas y etnias.

Amnistía Internacional, 1998

Acción en Red Save a Girl Save a Generation

c/ San Felipe Neri, 4, bajo, dcha.
28013 Madrid
www.accionenredmadrid.org
www.saveagirlsaveageneration.org
accionenred@accionenredmadrid.org
www.facebook
Tfno.: 91 542 14 09

Coordinación de la publicación María Gascón

Autoras
Asha Ismail
Begoña de Dios
María Gascón

Revisión de contenidos
Beatriz López
Pilar Martínez
Rosa María Oliveros
Saraí Suárez
Txomin Martínez

Especial agradecimiento a
Sulekha Ismail

Datos de población, mapas y gráficos

Catalina López
Fernando Ochoa
Íñigo G. Garayoa
Paula García de Miguel
Rocío Retana
Rosa María Oliveros

Fotografía de portada
Fotobanco de la UNESCO

Diseño e impresión
Talasa Ediciones equipo editorial

*En reconocimiento a la contribución
que en materia de interculturalidad y
de feminismo hicieron
Ignasi Álvarez y Montse Oliván*

Introducción, 9

Capítulo 1. Intervención social con población inmigrada, 13

La intervención social con población inmigrada originaria de países con prevalencia en MGF, 14

La idea de integración en una sociedad plural, 15

¿Cómo sería una sociedad multicultural integrada?, 16

Aspectos que hemos de tener en cuenta a la hora de interactuar con la población inmigrada, 17

Capítulo 2. La interculturalidad, 21

¿Qué es la interculturalidad?, 21

Factores que intervienen en el ejercicio de la interculturalidad, 24

¿Cómo aplicar estas orientaciones en la intervención social?, 27

Capítulo 3. La perspectiva de género, 30

¿Qué es la perspectiva de género?, 32

¿Qué instrumentos de observación nos ofrece la perspectiva de género?, 33

La perspectiva de género y los factores culturales, 34

Rasgos comunes de la interculturalidad y la perspectiva de género, 34

Capítulo 4. La mutilación genital femenina, 36

¿Qué es la mutilación genital femenina (MGF)?, 36

Un enfoque de género, intercultural y de derechos humanos para abordar la MGF, 38

Tipos de MGF, 40

Etnias que practican las MGF, 43

A qué edad se realizan las MGF, 45

Quién realiza las MGF y cómo lo hace, 45

Consecuencias de la MGF para la salud física y mental, 45

Países en el mundo con prevalencia en MGF, 50

Datos de población africana en España y situación de riesgo de MGF, 54

Datos de la población africana en la Comunidad Autónoma de Madrid, 56

Datos de la población africana en Madrid capital, 59

Capítulo 5. Por qué se realizan las MGF y por qué su práctica perdura, 61

¿Es posible contrarrestar esos argumentos con otros que contribuyan a erradicar las MGF?, 62

Capítulo 6. Mujeres africanas activistas contra la MGF, 70

Capítulo 7. Estado de la legislación sobre MGF en los organismos internacionales, África, América, Asia, Oceanía, Europa y España, 78

Las fuentes de derecho a escala internacional, 80

Legislación en el ámbito internacional, 82

Legislación en África, 88

Legislación en América, 90

Legislación en Asia, 90

Legislación en Oceanía, 90

Legislación en la Unión Europea, 91

Legislación en España, 96

Significado de la aplicación de la ley en España, 100

Qué modelo es deseable, ¿preventivo o punitivo?, 101

Los protocolos de actuación, 102

Puntos débiles de los protocolos, 104

Capítulo 8. Ejercicios prácticos, 107

Anexos, 111

Anexo I. Relación de países africanos que han aprobado alguna medida legislativa contra la MGF, 111

Anexo II. Medidas legislativas relativas a la mutilación genital femenina, 116

Anexo III. Respuestas a preguntas frecuentes, 127

Anexo IV. Ejemplo de compromiso preventivo, 128

Bibliografía, 129

Siglas y acrónimos

ACNUR	Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados
BDCAP	Bases de Datos Clínicos de Atención Primaria
CC. AA.	Comunidades Autónomas
CAM	Comunidad de Madrid
CE	Consejo de Europa
CEDAW	Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
CIAPT	Comité Inter-Africano para las Prácticas Tradicionales
CFA	Franco de la Comunidad Financiera Africana. Es la moneda local
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CTTCID	Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes
CG	Convención de Ginebra
CP	Código Penal
DD HH	Derechos humanos
DUDDHH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EE. UU.	Estados Unidos de América
EIGE	Instituto Europeo de la Igualdad de Género
IIRIRA	Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act
LO	Ley Orgánica
MGF	Mutilación genital femenina
NN UU	Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONGD	Organización no gubernamental para el desarrollo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OUA	Organización de la Unidad Africana
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PTP	Práctica Tradicional Perjudicial
UE	Unión Europea
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund. En español: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH/sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
X82	Lesiones genitales femeninas
YX82	Lesiones genitales

Introducción

El material que se presenta a continuación es una ampliación de los contenidos del *Programa de formación y sensibilización para la prevención y erradicación de la mutilación genital femenina* impartido a lo largo del curso 2014-2015. Es un material que puede servir de complemento para la realización de futuros talleres formativos como paso previo a la intervención social directa con población extranjera residente en España, originaria de países en riesgo y susceptibles de mantener la tradición de practicar la mutilación genital femenina (en adelante MGF¹) a las niñas.

El *Programa de formación y sensibilización para la prevención y erradicación de la MGF* está dirigido a personas con vocación de voluntariado para la intervención social en el ámbito sociocultural, a personal médico y sanitario, a personal docente, a mediadores interculturales, a grupos multiculturales que estén interesados en sumergirse en la interculturalidad y a todas aquellas personas que quieran contribuir a prevenir la práctica de las MGF.

Este programa se ha diseñado e impartido en el marco del trabajo que las organizaciones Acción en Red y Save a Girl Save a Generation vienen desarrollando conjuntamente desde 2013. Esta colaboración se inicia con el objetivo de desarrollar una actuación integral tanto en el terreno de la formación como de la intervención social con respecto a la MGF, los matrimonios concertados y forzados, así como otras prácticas tradicionales contrarias a la igualdad y a la libertad de las mujeres, sobre la base del apoyo mutuo en los terrenos organizativo, formativo y de sensibilización.

Esa sinergia conscientemente buscada se alimenta, por un lado, de la experiencia de Save a Girl Save a Generation, ONG fundada en 2007 por Asha Ismail Hussein, mujer keniana de origen somalí que sufrió en su propio cuerpo y vida las tradiciones contrarias a las mujeres y que, desde hace ya muchos años, se propuso erradicar. Su trabajo de denuncia y prevención de la MGF se ha desarrollado a lo largo de los últimos años tanto en Kenia como en España, y centra ahora sus esfuerzos en dar testimonio y en atender y acompañar a otras víctimas de la tradición. Por otro lado,

¹El singular denota indeterminación, mientras que el plural se refiere al hecho de que existen diferentes tipos de MGF, todos ellos perjudiciales aunque en distinto grado.

Acción en Red aporta su experiencia de más de diez años en intervención social con población inmigrada, principalmente con jóvenes y mujeres², en desarrollo organizativo, así como en la observación e investigación en materia de relaciones interculturales.

Este trabajo se articula en ocho capítulos.

El primero, con cuatro subcapítulos, aborda la intervención social con población inmigrada en general; las particularidades de la intervención con quienes tienen unos valores y tradiciones culturales diferentes a los del país de acogida que pueden ser inaceptables para esta sociedad; las características de la integración social en una sociedad plural; los rasgos que debería tener una sociedad multicultural integrada; y los aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de interactuar con población inmigrada.

Un buen trabajo de intervención social con población inmigrada requiere del reconocimiento previo de que, la nuestra, es una sociedad multicultural, que la integración social debe ser mutua y que no se produce de forma espontánea sino como fruto de la puesta en marcha de medidas políticas específicas.

Los capítulos segundo y tercero destacan la necesidad de aplicar dos principios inseparables a la hora de llevar a cabo cualquier intervención social hoy en día y, particularmente, con la población inmigrada. Estos principios que orientan la intervención son la interculturalidad y la perspectiva de género. Esta parte desarrolla, asimismo, los rasgos que ambos enfoques comparten.

El capítulo cuarto aborda directamente la MGF, entrando de lleno en todos los aspectos necesarios para conocer y comprender esta práctica, tales como su variada tipología, sus causas, su autoría, la geografía humana de su prevalencia, el lugar que ocupa en la tradición, las diferentes formas de denominarla. Uno de los subcapítulos recoge los datos demográficos de la población originaria de los países en los que se practican las MGF que reside en España y, de forma más específica, en la Comunidad de Madrid y en Madrid capital, por ser donde se desarrolla nuestra intervención social.

En el quinto capítulo se exponen las diferentes creencias, mitos y costumbres que llevan a defender y realizar esta práctica sobre las niñas y a reproducirla generación tras generación. En la intervención social nos vamos a encontrar con muchas de estas justificaciones, por lo que este capítulo recoge algunos de los posibles argumentos que se contraponen

²Ambos sectores de población tienen su representación en Acción en Red-Madrid en el Programa de Formación Integral para Jóvenes y en el grupo intercultural de mujeres Caminando Juntas Hacia la Igualdad.

a ellas, que pueden ayudar a ese diálogo intercultural tan necesario para recibir y transmitir información y para poner en cuestión los hábitos que nos perjudican.

El sexto capítulo trata de ser un reconocimiento simbólico al trabajo de las mujeres africanas que están dedicando sus esfuerzos a luchar para conseguir la erradicación de la MGF y un cambio en las mentalidades y en la sociedad que reconozca los derechos de las mujeres. Muchas son anónimas, porque cada vez son más las mujeres implicadas, de modo que las activistas nombradas solo representan una pequeña muestra que no hace justicia al conjunto.

El capítulo séptimo recorre el marco legislativo a través del cual se prohíbe y se penaliza la práctica de las MGF en los organismos internacionales, así como su desarrollo en África, en América, en Oceanía, en Oriente Medio y en Asia, en Europa y en España. Este bloque se completa con el anexo I, que contiene la relación de los países africanos que han firmado determinados convenios internacionales de protección de los derechos de las mujeres y de los niños y niñas, junto con sus protocolos de actuación y adopción de medidas al efecto; y con el anexo II, que recoge las actuaciones legislativas más destacadas a nivel internacional y regional en esta materia.

En el octavo capítulo mostramos algunos ejercicios prácticos que pueden ayudar a repasar los aprendizajes adquiridos. Se basan en el análisis de fragmentos de determinados vídeos y películas, en la simulación de encuentros interculturales en los que hay que ejercitar la contraargumentación frente a la defensa de la MGF y, en general, en la consideración y puesta en práctica de aquellas informaciones y recomendaciones expresadas en los capítulos anteriores.

Finalmente, además de los anexos I y II citados, el anexo III reúne de forma muy resumida las preguntas que se pueden formular con respecto a las consecuencias que tendría la aplicación del Código Penal en el caso de practicar cualquier tipo de MGF en España, así como las posibilidades de aplicación de la ley de asilo si se corre el riesgo de ser víctima de ella. El anexo IV reproduce un ejemplo de “compromiso preventivo” que se utiliza en determinados centros pediátricos ante una situación de riesgo como es que una niña viaje al país de origen de su familia, y que compromete a los padres a responsabilizarse de evitar que le practiquen la MGF o lo consientan.

La sensibilización sobre la necesidad de prevenir y erradicar la MGF y otras prácticas tradicionales contrarias a las mujeres es particularmente necesaria en países que, como España, han recibido recientemente una

población originaria de países en riesgo y en los que la relación intercultural con esa parte de la población es escasa o inexistente.

En efecto, en los últimos años España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de diversos países de África, de Oriente Próximo y de Asia. Emigran las personas y sus culturas, lo que ha supuesto descubrir realidades culturales diferentes en el marco de complejos procesos de enculturación y de integración social. Unas situaciones que, desde hace mucho más tiempo, se vienen afrontando en los países europeos de mayor incidencia migratoria del Sur y del Este.

Una de las prácticas importadas con la diáspora migratoria es la MGF, habitual en el contexto cultural de algunas etnias de los ritos de paso de las niñas a la edad adulta. La MGF no es un hecho cultural aislado. Forma parte de la concepción social del papel de la mujer en determinadas comunidades, por lo que casi siempre va acompañada de otras prácticas, como el matrimonio forzado o concertado, porque su finalidad es la de controlar la sexualidad de la mujer para garantizar la fidelidad en su matrimonio y asegurar su lealtad y pertenencia a la comunidad en la que vive.

Pero mientras que para el mundo occidental la MGF constituye una violación de derechos humanos, para otros millones de personas es una práctica íntimamente relacionada con su moral y con las creencias sociales que forman parte de su modo de vida. Por lo tanto, en la MGF y en las otras prácticas que la acompañan, confluyen un grave problema de salud para las mujeres y la vulneración del derecho a su integridad física y su libertad sexual. En consecuencia, es necesario abordar transculturalmente cuestiones ligadas a la identidad de las personas, así como evitar unas tradiciones que implican un trato discriminatorio, violento, degradante y doloroso para las mujeres.

La intervención social intercultural que tiene como objetivo la prevención y la erradicación de las MGF requiere de un conocimiento de las características y las diferentes situaciones de la población inmigrada y, por lo tanto, de una formación específica intercultural y de género cuyos principales contenidos vamos a desarrollar a lo largo de las páginas que siguen.

Capítulo 1

La intervención social con la población inmigrada

La intervención social¹ con la población inmigrada no tiene unos patrones únicos ni definidos. Es multidisciplinar y está atravesada por factores tan diversos como el perfil de las personas a las que nos dirigimos: el sexo, la edad, el tiempo de presencia en España, la procedencia, la situación administrativa, la situación socioeconómica, el entorno familiar, la formación académica o el grado de integración social entre otras circunstancias. El tipo de intervención social depende, también, de los objetivos que se proponga. No es lo mismo una intervención social dirigida a paliar determinados efectos de la desigualdad que otra destinada a abordar no solo algunos de esos efectos para subsanarlos, sino también sus causas para tratar de eliminarlas. En cada caso, los recorridos de la intervención social serán diferentes.

El objetivo general que preside nuestra idea de sociedad multicultural persigue la construcción de una sociedad integrada, en la que el origen nacional o étnico de sus miembros sea un signo más de su identidad entre otros muchos y no una causa de desigualdad o de discriminación; una sociedad en la que se reconozca y se respete la diversidad cultural, en la que la ciudadanía no esté asociada a la nacionalidad, en la que el sentido de pertenencia pueda alcanzar a todas las personas que la integran y en la que éstas acepten compartir unos mismos valores. Si nos ceñimos a nuestro ámbito geopolítico, el objetivo de la integración es una tarea todavía pendiente en los países europeos ya que, en unos casos no se ha concluido satisfactoriamente y en otros ha experimentado significativos retrocesos.

Sin embargo, el trabajo de intervención social diario debe proponerse objetivos más modestos que puedan ser alcanzables a corto plazo y susceptibles de evaluación. Estos objetivos han de combinar la atención a los efectos de las diversas desigualdades con la preocupación y el empeño

¹Una **intervención social** es una acción programada y justificada desde un marco legal y teórico, que se realiza sobre un colectivo o individuo, trabajando los perfiles psicoevolutivos y los sectores sociales con el doble fin de mejorar su situación y de generar un cambio social, eliminando las situaciones que producen desigualdad.

en ir poniendo los cimientos que han de sostener la erradicación de las causas que las provocan.

La intervención social con población inmigrada originaria de países con prevalencia en MGF

La erradicación de las MGF, así como otras prácticas que lesionan la vida y dignidad de las mujeres, es uno de los objetivos de la intervención social con población considerada en situación de riesgo por ser originaria de países en cuyos territorios existen o continúan prevaleciendo esas tradiciones culturales. Sin embargo, en el camino nos vamos a encontrar con otras necesidades más inmediatas, sin cuya satisfacción difícilmente podremos alcanzar el principal objetivo. Nos referimos, por ejemplo, a empezar por defender los derechos de esas personas si les son negados, a romper la barrera de comunicación existente entre la población residente y el resto, y a generar unas relaciones de confianza que nos permitan conocer sus valores y propósitos y poder transmitirles los nuestros. Todo esto será previo a abordar aquellas problemáticas más delicadas de tratar, sobre todo en entornos culturales en los que las cuestiones relacionadas con el ámbito más íntimo de las personas, como la MGF y, en general, las relacionadas con el sexo y la sexualidad, son consideradas tabú.

Es en el marco de la acción inmediata con respecto a las necesidades más apremiantes de estos sectores de la población en el que se insertan actividades como la enseñanza de la lengua española, la atención médica general y ginecológica en particular o el asesoramiento jurídico. En definitiva, cualquier orientación o apoyo que ayude a resolver los problemas que puedan derivarse de su situación administrativa, así como la información sobre servicios o para la creación de espacios de ocio.

Con este tipo de actividades, además de poder satisfacer algunas de esas necesidades, contribuimos a crear espacios de relación y de comunicación imprescindibles para desarrollar un conocimiento mutuo, compartir valores, transferir y recibir conocimientos, ofrecer herramientas que promuevan habilidades sociales, e ir alimentando el sentido de pertenencia a la sociedad a través de una buena acogida.

El grado de desarrollo de la intervención social dependerá de los recursos con los que se cuente para llevarla a cabo. Siendo importantes los recursos materiales, lo son tanto o más los recursos humanos. Si las personas a las que va dirigida la intervención proceden de un mundo de valores, creencias y comportamientos diferentes a los que conocemos y defendemos, esta circunstancia podría significar una barrera en la comunicación y en el entendimiento mutuo si no se trata adecuadamente. Pero, además, hay

que tener en cuenta que esas personas están, por lo general y por muy diversas razones, en una situación de inferioridad con respecto a un grado satisfactorio de inserción social. Por lo tanto, hemos de escuchar y de comprender, tratando de ponernos en su lugar, antes de actuar.

Si queremos que las transformaciones que perseguimos sean realmente consistentes, tendrán que ser comprendidas y aceptadas por las personas a las que les afectan, de manera que sean ellas mismas quienes realicen el cambio, cosa que no ocurrirá si tratamos de imponerlas. El papel de la intervención social debe ser el de ofrecer los instrumentos adecuados para convencer en la idea de transformación y ayudar a conseguirlo, pero en ningún caso el de dictar o imponer forzosamente el cambio que se pretende.

De ahí que la formación previa y el conocimiento de las herramientas adecuadas para situarse en esa perspectiva sean imprescindibles para quienes quieran llevar a cabo una intervención social y una mediación intercultural con la población inmigrada que sean eficaces y que se inserten sólidamente en la perspectiva más general de la integración social mutua.

La idea de integración en una sociedad plural

Se suele resaltar el atractivo que tienen las sociedades culturalmente plurales, pero su funcionamiento no puede dejarse a la libre espontaneidad. Es necesario promover procesos de integración con propuestas concretas y materiales para que se produzcan resultados incluyentes y capaces de generar cohesión social. Pero ¿en qué pensamos cuando hablamos de integración?

En primer lugar, hay que pensar la integración como un proceso largo, que no es lineal y cuya dirección ascendente no está garantizada y menos si no se ponen los medios para ello. Tenemos ejemplos cercanos de retroceso en la integración social como el experimentado en España con la destrucción de muchos puestos de trabajo ocupados por personas inmigradas, lo que ha contribuido a acrecentar su grado de empobrecimiento y de exclusión.

También han contribuido al retroceso de la integración la decisión política de excluir del Sistema Nacional de Salud a los extranjeros residentes sin autorización, o el descenso en la calidad de la educación por los recortes en este ámbito habiendo una población infantil de padres extranjeros o nacionalizados creciente, o la imposibilidad de una movilidad laboral y social ascendente que condena a miles de mujeres inmigradas a los nichos laborales más bajos del sector de los servicios y de los cuidados².

²Esta situación se experimenta en la sociedad española de forma más exacerbada durante el período 2011-2015, legislatura gobernada por el Partido Popular, presidido por Mariano Rajoy.

En segundo lugar, la integración social debe ser bidireccional. Son ambas partes, la que llega y la que recibe (entre la que se encuentra la parte de la población inmigrada más antigua y asentada), las que tienen que hacer un esfuerzo de adaptación mutua. No solo la primera. Es preciso que haya una comunicación y un diálogo entre esas partes que conviven en un mismo territorio ya que la cohesión social no se consigue a base de negar *al otro*, de invisibilizarlo o de considerarlo un cuerpo extraño que está de paso o que hay que expulsar. Es imprescindible una idea de la sociedad de la que forman parte de una manera natural personas de orígenes nacionales y culturales distintos de los de la sociedad de acogida originaria. Y es igualmente imprescindible que exista una voluntad de integración por ambas partes para poderla alcanzar. La falta de voluntad puede manifestarse tanto en una parte de la población receptora como en una parte de la población recibida y ello puede ser debido, en ambos casos, al miedo a perder los rasgos, costumbres y señas que les identifican, o los derechos considerados como un legítimo privilegio de antigüedad.

¿Cómo sería una sociedad multicultural integrada?

Si pudiéramos imaginarla, una sociedad multicultural integrada sería aquella cuyos miembros comparten un mismo sentimiento de pertenencia, es decir, aquella en la que los que han venido de fuera se sienten parte de la sociedad y los que ya estaban ven a los llegados y asentados como miembros plenos de ella. En una sociedad así, lo previsible es que se vayan formando identidades duales, híbridas, de personas que se sentirán pertenecientes a más de un grupo humano: sentirse hispano-marroquí o más marroquí que español, o sentirse hispano-chino, ecuatoriano-hispano o afro-español, y en donde el mestizaje pueda considerarse un valor de cohesión y no un motivo de incertidumbre en cuanto a la pertenencia.

Esto requiere que las personas de diferentes orígenes nacionales o culturales interactúen de forma habitual y frecuente no solo en ámbitos en los que están obligadas a hacerlo (como en las relaciones laborales, en la escuela, en el deporte...), sino en la vida ordinaria (amistades, barrio, asociaciones), es decir, en la rutina habitual de las personas y en lo que cada cual elige voluntariamente como parte de su vida. Por lo tanto, requiere que haya posibilidades de contacto, de mezcla, de conocimiento mutuo, de poder compartir espacios. Cualquiera de estos aspectos está reñido con el gueto, con el repliegue identitario y con la exclusión.

En esta sociedad que imaginamos, las personas de diferentes orígenes nacionales o culturales han de tener una posibilidad real de movilidad social ascendente y han de poder llegar a formar parte de profesiones

con reconocimiento social, como la judicatura, la abogacía, la medicina, el empresariado, el arte o el periodismo. Para alcanzar ese estatus social, las personas de origen inmigrante han debido tener la oportunidad de acceder a una educación y una formación adecuadas.

Pero este estadio de la integración, que podríamos denominar como integración identitaria, difícilmente se puede alcanzar sin que se satisfaga una integración básica, material, que implique el acceso y la ampliación de derechos. De entre ellos, algunos tan fundamentales como el ejercicio del sufragio activo y pasivo, la seguridad en la residencia³, tener un trabajo decente con posibilidad de movilidad laboral ascendente o un sistema de vivienda que evite la formación de guetos étnicos.

Tampoco se puede lograr sin haber alcanzado un grado suficiente de integración cultural. Llamamos integración cultural a ese proceso de adaptación mutua y progresiva, de aceptación de la pluralidad cultural y religiosa, así como de la participación del *otro* en entidades sociales y políticas, entre otras posibles actuaciones.

Imaginar una sociedad así nos indica un camino bastante claro, aunque difícil de transitar, para concebir y orientar nuestra intervención social con la población inmigrada.

La particularidad de una situación de crisis como la que se viene atravesando desde hace unos años, en la que una parte de la población que más la sufre está integrada por personas y familias de origen inmigrante, obliga a exigir una atención a sus necesidades acorde con su situación de vulnerabilidad. Hay que evitar su invisibilidad bajo el peso de los problemas generales, así como el olvido de su existencia y, por lo tanto, no renunciar a adoptar las medidas específicas que hay que acometer para no interrumpir el proceso de integración social.

Aspectos que hemos de tener en cuenta a la hora de interactuar con la población inmigrada

La experiencia en el desarrollo de muchos años de intervención social con población inmigrada, especialmente con mujeres y con jóvenes, nos ha proporcionado no pocas reflexiones y pautas de actuación que se han

³Los actuales requisitos para la renovación del permiso de residencia son incompatibles con la situación de crisis económica, el nivel del desempleo y las nuevas leyes laborales, lo que hace que se produzca un número muy elevado de situaciones de irregularidad sobrevenida: personas que pierden su permiso de residencia por no poder conseguir un contrato de trabajo por un año y que, sin embargo, ya han tenido anteriormente un permiso de residencia y trabajo, y tienen demostrado su arraigo y su permanencia desde hace tiempo.

ido convirtiendo en una serie de ideas para unas buenas prácticas de intervención que podrían resumirse así:

1. No hay que considerar a la población de origen inmigrante como un todo homogéneo. Al igual que la población autóctona, se caracteriza por ser muy diversa tanto por su origen, edad, situación administrativa o grado de asentamiento, como por su proyecto migratorio, su situación económica o su posición social.

Hacer un todo de la población inmigrada equivaldría a hacerlo con la población autóctona, algo que rechazaríamos por irreal ya que mostraría una falsa homogeneidad y eludiría, para el análisis, la gran diversidad interna existente. Contribuiría, además, a presentar a la población inmigrada como un *todo* “frente” a otro *todo* autóctono, lo que dificultaría la recreación de la idea de sociedad multicultural. A la hora de llevar a cabo las tareas de intervención o mediación social, hay que ver individuos y no solo grupos humanos⁴ con unas hipotéticas características comunes.

2. Hay que evitar ver a las personas inmigradas, en concreto a las mujeres, solo como víctimas: víctimas de la pobreza de sus países, víctimas del maltrato intrafamiliar, víctimas del mercado laboral, de la exigencia interminable de dinero por parte de sus familias, del desprecio de una parte de la sociedad de acogida, de la discriminación que sufren tanto en origen como en destino, etc.

A una persona no se la puede reducir a la condición de víctima. Además de ser una falta de respeto para su integridad moral, es una losa que anula su capacidad de resistencia y de resiliencia, así como de la posibilidad de constituirse en una persona socialmente activa en su intento de reorientar su vida, de tomarla en sus propias manos, de adoptar sus propias decisiones, de participar en el espacio público y de hacerse cargo de los problemas que se le presenten.

No son víctimas. Ayudamos a mujeres que quieren mejorar su vida y que luchan por ello.
Waris Dirie

3. Hay que evitar ver y tratar a las personas inmigradas solo como “inmigrantes”. No solo porque, una vez que ya son residentes, no son inmigrantes (en todo caso son inmigrados), sino porque la denominación general de “inmigrante” deja de ser un rasgo descriptivo, entre otros muchos que una persona puede tener, para convertirse en el rasgo identitario principal a la hora de ser considerada socialmente.

⁴“Los africanos”, “los latinoamericanos”, etc., o cualquier denominación generalizadora.

La palabra “inmigrante” contribuye a identificar –o a confundir– la diferencia (cultural) con la desigualdad, trastocando el sentido del respeto a la diversidad. Es una denominación que transmite una idea de inferioridad y de extrañamiento social que las personas inmigradas no quieren, como es comprensible, asumir. Pero más allá de las connotaciones negativas, poner el acento en ese aspecto diferenciador –y por otra parte innecesario– no ayuda al trabajo de integración mutua ni a promover el reconocimiento de las identidades múltiples en las personas.

En el caso de las hijas e hijos adultos de las personas inmigradas, que sociológicamente se identifica con la expresión *segundas generaciones*, la denominación “inmigrantes” es errónea ya que quienes han venido con sus padres no han inmigrado propiamente y, muchos otros, han nacido aquí. Además, tal denominación en referencia a estos jóvenes es muy contraproducente para su proceso de inserción escolar y social, al verse constituidos como una categoría diferenciada e inferior que les asocia a aspectos de desigualdad.

4. En la parte de la intervención social que proporciona diferentes aprendizajes o recrea espacios de ocio y relación debe evitarse el binomio “unos/as dan, enseñan; otros/as reciben, aprenden” ya que proyecta una imagen perversa, la de unas relaciones jerarquizadas que se agudizan si quienes llevan a cabo la intervención social son exclusivamente personas autóctonas y quienes la reciben, inmigradas.

La forma de evitarlo es establecer un marco de actuación encaminado a desarrollar habilidades y competencias en las personas sobre las que se interviene y promoverlas en el ejercicio de responsabilidades a fin de conseguir incorporarlas al máximo de aspectos de la intervención social. De esta forma se consiguen tres objetivos: por un lado, evitar el estereotipo de quiénes son los que dan y quiénes los que reciben; por otro, incorporar al activismo intercultural a personas de otros orígenes nacionales o étnicos que pueden ser las mejores mediadoras posibles, al tener un conocimiento de las pautas sociales y culturales de ambas “partes” de la sociedad común; y finalmente, valorar y rentabilizar los aprendizajes positivos que nos transmiten, integrándolos en el acervo común de valores que se han de compartir.

De ahí que un complemento fundamental para una correcta intervención y mediación social con población inmigrada consista en procurar que las y los profesionales y voluntarios/os que las lleven a cabo sean el resultado de una mezcla de orígenes, al igual que lo son los destinatarios de la intervención y la propia realidad social.

5. Toda intervención social debe estar orientada por una perspectiva intercultural y una perspectiva de género.

En nuestras sociedades hay una diversidad cultural que no podemos obviar y con la que tenemos que convivir. La perspectiva intercultural parte de la existencia de esa diversidad y nos ayuda a intervenir socialmente teniéndola en cuenta en nuestra actuación, considerando la existencia de patrones culturales distintos, no imponiendo unos sobre otros, pero, a la vez, tratando de transferir conocimientos y valores que puedan y deban ser compartidos.

Asimismo, en nuestras sociedades sigue existiendo una atribución de roles, de identidades y valores, diferenciada en razón del sexo, que produce desigualdad y discriminaciones para las mujeres. La perspectiva de género nos ayuda a analizar cómo influyen esas diferencias en las condiciones, situaciones y necesidades de las mujeres y de los hombres –y en sus relaciones y entornos sociales– a la hora de planificar, ejecutar y evaluar políticas que modifiquen esa situación de desigualdad de las mujeres y aborden sus circunstancias concretas materiales para mejorar sus condiciones de vida.

Dada la importancia de ambas orientaciones en cualquier tipo de intervención social, dedicamos a ellas el próximo capítulo.

Capítulo 2

La interculturalidad

Hoy en día, los destinatarios de cualquier tipo de intervención social van a ser un reflejo de la sociedad multicultural. Por lo tanto, cualquiera que sea el tipo de programa de actuación que se quiera llevar a cabo, deberá tener en cuenta dos orientaciones imprescindibles: la perspectiva intercultural, porque nuestra sociedad es multicultural y el objetivo de convivencia no puede prescindir de la existencia de una gran diversidad cultural; y la perspectiva de género, porque persiste una diferenciación de papeles sociales en función del sexo y, en consecuencia, un objetivo de eliminación de las causas de la discriminación hacia las mujeres.

Son dos orientaciones que se complementan y que no deben caminar separadas. Si, además, la intervención social se realiza específicamente con población inmigrada, ambas orientaciones han de tener un peso especialmente importante en el método de la intervención y en la transmisión de valores y conocimientos.

¿Qué es la interculturalidad?

Vivimos en sociedades complejas donde las personas identificadas con los distintos grupos culturales interactúan en unos mismos espacios, pero utilizando códigos de conducta y valores diferentes. Esto implica que, en algunas ocasiones, surja el conflicto cultural. Para lograr la comunicación intercultural es necesario tender puentes entre las diferentes concepciones culturales y encontrar significados comunes que permitan el diálogo y el encuentro intercultural.

La interculturalidad es la descripción de una forma determinada de relación entre personas de diferentes culturas. Para que una relación se pueda denominar intercultural debe de cumplir varias condiciones.

La primera es que no solo haya un contacto ocasional, sino un contacto habitual que permita la interacción. De ahí que la expresión *relación intercultural* pueda considerarse una redundancia ya que, si no hay relación, no puede haber interculturalidad.

Otra condición *sine qua non* es que las personas de las diferentes culturas que interactúan no se consideren –o actúen– unas por encima de otras por razones culturales. La interculturalidad requiere que las relaciones entre las personas de diferentes ámbitos culturales que conviven en un mismo espacio, en sociedades cada vez más plurales, no sean de dominación o jerarquía.

De esto no debe deducirse que consideremos de igual valor a todas las expresiones culturales, ni que no sea posible emitir un juicio crítico sobre ellas. No hay que confundir el debido respeto a las personas que interactúan con la aceptación de sus ideas o comportamientos, en particular si son contrarios a la dignidad o los derechos de las personas, aunque éstos no se conozcan o no se compartan.

La interculturalidad no es acorde con el relativismo cultural dado que éste niega la posibilidad de juzgar aspectos de las distintas culturas al considerar que, si no se parte de los mismos valores, el juicio es imposible. El relativismo cultural, al tener por igualmente válidas y respetables a todas las culturas, entra en contradicción con su propia afirmación de negar la posibilidad de juzgarlas. ¿Cómo llegar a la conclusión de que todas tienen el mismo valor si no se pueden juzgar? Las culturas son un soporte muy importante de las comunidades, por lo que a éstas se les debe respetar el derecho a tener su propia cultura, pero también a tener la libertad de criticar sus prácticas y creencias.

Una cultura que contribuya a mantener las condiciones para una vida plena merece respeto. Pero unas creencias y unos valores contrarios a ello no lo merecen y deben ser cambiados por otros que beneficien a los miembros de la comunidad. Cuando esa comunidad, o una parte de ella, se convierte en parte integrante de otra sociedad, como es el caso de las personas inmigradas, y su implicación en la nueva sociedad es significativa (por su estabilidad y voluntad de permanencia, por su dimensión, por su influencia), entonces la sociedad tiene el derecho y el deber de preocuparse por el modo de vida que representa y que afecta igualmente a sus nuevos miembros¹.

La interculturalidad huye también de la idea de que una cultura deba imponerse por considerarse superior a otras. De ahí la crítica a la pretensión etnocéntrica que puede manifestarse en cualesquiera de los diversos ámbitos culturales existentes.

Por lo tanto, una relación intercultural debe establecerse en pie de igualdad en lo que respecta a la posición y la actitud mutua de las personas

¹Parekh, B., *Repensando el multiculturalismo*, p. 267.

que interactúan, pero no se debe confundir esa relación igualitaria entre personas con un igual reconocimiento y consideración pública de las expresiones culturales con las que se identifiquen. Por el contrario, la relación intercultural debe servir para debatir y poner en cuestión aquellas ideas, patrones, costumbres o expresiones culturales que impidan o perjudiquen el libre ejercicio de los derechos y la dignidad de las personas, sea cual sea el ámbito cultural del que se trate.

La interculturalidad está basada en el diálogo transcultural lo que significa que, una vez que se ha reconocido la existencia de otras culturas como parte de la misma sociedad –de ahí la importancia del reconocimiento de la sociedad multicultural–, han de traspasarse los límites culturales que pudieran imponer las diferentes tradiciones. Esto es necesario para que sea posible realizar una aproximación entre las personas, de manera que se pueda debatir sobre los valores que nos diferencian a fin de poderlos compartir o rechazar.

El diálogo transcultural requiere de un conocimiento de la otra parte, la comprensión de su forma de ver la realidad, pero implica, también, la posibilidad de crítica para facilitar la transformación en un sentido de aceptación o de rechazo de determinados valores y comportamientos con el propósito de lograr un mayor acercamiento entre las partes que interactúan.

Resumiendo, el concepto *interculturalidad* no debe entenderse como el mero contacto o relación esporádica y superficial cuando coinciden en un ámbito determinado personas identificadas con distintas culturas. Tiene que haber un reconocimiento de la diferencia, un respeto y una interacción entre esas personas que permita una transferencia de ideas y conocimientos, así como un cambio de mentalidades que propicie una aproximación mutua y que haga posible compartir valores.

La necesidad de encontrar significados comunes es imperiosa para la comunicación intercultural y el desarrollo dinámico de todas las culturas, exigiendo una fuerte dosis de empatía y reconocimiento del otro, para iniciar un diálogo que conduzca al enriquecimiento mutuo².

Entre las actitudes interculturales positivas se encuentran el respeto y la tolerancia hacia las diferentes formas de entender la vida, las relaciones familiares y sociales, o hacia las distintas creencias morales o religiosas; el aprecio por los aspectos positivos de otras culturas, como las contribuciones históricas o actuales en diferentes campos; fomentar el conocimiento y la apertura a otros mundos culturales de forma que se facilite el enriqueci-

²Auxiliadora Sales y Rafaela García, *Programas de Educación Intercultural*, Desclée De Brouwer, Bilbao, 1997 (pág. 23).

miento personal y cultural mediante la incorporación adaptada de elementos de otros modelos culturales.

Factores que intervienen en el ejercicio de la interculturalidad

El ejercicio de la interculturalidad está condicionado por factores tan diversos como la propia idea de cultura que se tenga, por la existencia de una cultura predominante, por las diferencias existentes entre quienes interactúan en cuanto al conocimiento y el ejercicio de los derechos humanos, por las ideas previas que se tengan sobre el papel de las mujeres y los hombres en la sociedad o por el grado de comunicación interpersonal a causa del idioma, entre otros. Como la lista es exhaustiva, nos vamos a limitar a abordar brevemente aquellos factores que pueden suscitar puntos de vista diferentes e influir en resultados, también diferentes, de la intervención social.

1. La idea de cultura

Las culturas no son cuerpos cerrados, estáticos, ni homogéneos, sino dinámicos, inacabados, cambiantes y plurales. Su evolución es permanente y sus diferencias internas no se pueden ignorar. Las culturas actuales se han ido formando con elementos diversos de otras culturas a lo largo del tiempo, a partir de los contactos entre comunidades con diferentes modos de pensar, sentir y vivir. Hoy en día es difícil encontrar culturas puras que no hayan experimentado cambios a lo largo de los años, dadas las grandes posibilidades de comunicación existentes. Por lo tanto, pretender valorarlas de forma atemporal y descontextualizada puede conducir a tener de ellas una imagen fija, muy distinta de su propia realidad.

Desde nuestra perspectiva, no todas las culturas tienen el mismo valor y no todas merecen idéntico respeto ya que, tanto el uno como el otro, vienen determinados por la importancia que le otorguen a la dignidad humana y al bienestar de quienes conforman la comunidad, incluida la posibilidad de sus integrantes de elegir libremente cómo llevar su vida. Tampoco todos los elementos de una misma cultura son igualmente valiosos, por lo que su reconocimiento debe hacerse siempre desde una perspectiva crítica y autocrítica. Por otra parte, no todos los aspectos culturales afectan de la misma forma a todas las personas de la comunidad cultural, ni todas ellas los evalúan por igual.

Las personas son quienes dan significado a las culturas, son quienes pueden reinterpretarlas y cambiar sus valores y símbolos de forma conti-

nuada. Hay quienes contribuyen a modificarlas adaptando sus costumbres y expresiones a los cambios sociales, y hay quienes optan por defenderlas y conservarlas atribuyéndoles el valor de constituir las raíces que les identifican y diferencian de los demás. Esta posición puede llevar a rechazar cualquier cambio en las culturas por considerarlo una pérdida de riqueza, de capacidades o de identidad para el grupo humano propio o ajeno. El empeño por considerar que toda cultura es valiosa y digna de protección puede conducir a una preocupación excesiva por salvaguardar la diferencia cultural, menospreciando la importancia de un examen crítico de las manifestaciones culturales que ayude a determinar cuáles deben preservarse y cuáles merecen ser eliminadas o transformadas.

Quienes se identifican como integrantes de una determinada cultura no lo hacen de la misma manera ni en el mismo grado. En el mismo ámbito cultural encontramos personas que pueden tener rasgos culturales más comunes a los de otras culturas que a los de la propia. De ahí que la identificación cultural de cada persona no deba hacerse por simple adscripción a su grupo de pertenencia.

Por otra parte, no se deben confundir los problemas sociales y económicos de determinadas minorías con las formas culturales. Ni ceñir la idea de cultura al folclore o a los aspectos más superficiales o llamativos. La comprensión del factor étnico y cultural debe realizarse desde otros elementos que los determinan como son los factores económicos, históricos y sociales.

2. La empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro

Otra condición para una buena relación intercultural es la capacidad para comprender correctamente las expresiones culturales de *los otros*, para poder interpretarlas de acuerdo con sus propios criterios culturales.

Como se señala en párrafos precedentes, comprender determinados aspectos de las tradiciones o costumbres de otras culturas no significa aceptarlos, ni carecer de un juicio crítico sobre ellos y expresarlo, algo que debe hacerse, en primer lugar, con la cultura propia. El conocimiento y la comprensión de las manifestaciones culturales ajenas nos preparan mejor para decidir qué instrumentos son los más adecuados para profundizar en la relación intercultural. El conocimiento de *la otra parte* es un ejercicio necesario para que la relación intercultural no sea dominante y permita explicar, de forma que se acepte, la necesidad de rechazar los aspectos culturales que resultan negativos para las personas.

Unas actitudes interculturales positivas conllevan la capacidad de entender los valores de culturas diferentes a la propia, y potenciar el sentido crítico constructivo con respecto a la propia cultura y a las de los demás.

3. La transformación de las mentalidades no se puede imponer

No es lo común que las personas cambien su forma de pensar o de actuar solo porque alguien se lo diga, y menos si quien trata de hacerlo es desconocido, muy diferente, alguien de otra cultura, otra etnia, otra nacionalidad, o alguien a quien se identifica con una sociedad cuyo trato hacia las personas inmigradas no es el mejor de los posibles.

Dependiendo de su origen nacional o étnico, así como de su experiencia de vida, cuando se entabla una relación intercultural existe el riesgo de que se puedan levantar barreras que la dificulten. Por ejemplo, esto ocurre cuando se reaviva la memoria colectiva sobre la historia colonial y sus consecuencias, la expoliación de las riquezas del país de origen, la llamada *supremacía blanca* frente al subdesarrollo, el rechazo del islam o su asociación con los aspectos más negativos del islamismo. Si algunos de estos pensamientos y sentimientos permanecen o emergen, seguramente hará falta un tiempo para generar un conocimiento mutuo que permita distinguir al individuo de la historia de su tradición cultural y de su civilización y construir una relación de confianza que evite el rechazo de ideas y de la posibilidad de diálogo *a priori*.

No se trata de imponer el cambio, sino de proporcionar conocimientos y herramientas para que las personas puedan tomar decisiones fundamentadas y libremente.

En el ejercicio de la interculturalidad nos vamos a encontrar con personas que aceptan como normales –o incluso positivas– situaciones y comportamientos que, en esta sociedad, son inaceptables. Puede ocurrir que nuestro sentimiento de justicia y de reparación nos lleve a querer acortar el camino de la transformación y, con la mejor intención, a tratar de forzar la aceptación de las ideas y los valores que son principios de nuestra convivencia. Pero nuestra intervención social no llegará muy lejos si pretendemos que se acaten nuestros valores sin más.

Cuando en la relación intercultural nos encontramos con manifestaciones culturales en forma de creencias y tradiciones contrarias a la dignidad e integridad de las personas, que deben ser cambiadas en beneficio de los miembros de la comunidad, un interrogante imprescindible es ¿quién

debe promover este cambio? Esta es una cuestión de gran importancia que no tiene una única respuesta. En general, como mejor se alteran las prácticas y las creencias de una cultura es desde dentro de la comunidad que se identifica con ella, ya que quien la ve desde fuera probablemente sea incapaz de captarla en toda su integridad. Por la misma razón, es necesario conocer, intentar comprender las expresiones culturales desde dentro, antes de emitir un juicio sobre ellas ya que, probablemente, ningún juicio externo tendrá mucho sentido para sus miembros (...) ni ejercerá ningún tipo de influencia sobre ellos a no ser que sintonice con su forma de entender la moral³.

No se puede ni se debe sustituir a cada persona en su decisión de adoptar o rechazar costumbres o valores. Su transformación solo la puede decidir ella misma y, cuando lo haga, será porque comprende que ese cambio es deseable y le favorece. Esta es la garantía de permanencia y solidez de esa transformación.

4. Tratamos con individuos, no con representantes de comunidades culturales

Otra condición importante en el ejercicio de la interculturalidad es comprender que tratamos con personas, con individuos, no con *representantes* de otra cultura, como portadores de toda la carga cultural del grupo, como si éste fuera homogéneo. No hay más que observar el grupo cultural propio para comprobar cuántas diferencias importantes se encuentran respecto a las formas de pensar y de proceder entre las personas que lo conforman.

La interculturalidad implica promover la libertad individual para conservar, rechazar o adquirir aquellos elementos culturales, propios o ajenos, que favorezcan a las personas.

¿Cómo aplicar estas orientaciones en la intervención social?

Cuando llevamos a cabo una intervención social con población de origen africano o asiático sabemos que estamos tratando con personas de una cultura diferente, con pautas de comportamiento que pueden ser muy distintas de las nuestras o de las de personas de otros orígenes étnicos. Por lo tanto, el primer paso para empezar a construir una relación intercultural con ellas es conocer cómo piensan, cómo viven, y hacerlo escuchando,

³Parekh, B., *Repensando el multiculturalismo*, p. 261.

dialogando, ofreciendo información y apoyo, si lo necesitan, y si podemos cumplir con el ofrecimiento.

Hablar sobre su país, sobre su familia, valorar las costumbres que prefieren, preguntar sobre los aspectos que se echan de menos en este nuevo país y sobre las dificultades con las que se encuentran aquí... Todo esto nos va a orientar sobre el tipo de apoyo que se puede ofrecer, sea material, sea de acompañamiento. Hay que averiguar, por ejemplo, si su conocimiento de la lengua española es deficiente y ello impide una buena comunicación y comprensión de la información. Por ejemplo, si rechazan ir al médico por desconfianza o porque tienen dificultad para explicar los síntomas de posibles enfermedades; o si no se atreven o no saben que pueden y deben hablar con los profesores del colegio de los niños; o si hay problemas para cumplimentar determinada documentación o la solicitud de recursos diversos, etc. Son todas ellas cuestiones a partir de las cuales se puede hacer un trabajo en el doble sentido de resolver algunas necesidades concretas y, a la vez, ir construyendo una relación de confianza para perseguir objetivos de más largo alcance.

Para llevar a cabo una buena práctica intercultural con las mujeres y familias que defienden la tradición de la MGF, hay que tener en cuenta que esta cuestión, al igual que cualquier otra relacionada con el sexo y la sexualidad, se considera tabú, por lo que no es prudente hablar de ello directamente y nada más empezar a establecer un contacto. Además, al ser una práctica penada por la ley, su mención podría entenderse como una amenaza si no se ha creado previamente un clima de confianza que permita un diálogo desprovisto de miedo.

Dado que la intervención social de que se trata tiene como objetivo la prevención de la MGF en las niñas y la creación de conciencia de su erradicación en los adultos, es preciso conocer el grado de riesgo que aquéllas corren. Para ello, es importante averiguar el país y la etnia de la mujer y su familia y la prevalencia de esa práctica en su origen, así como si esa familia tiene niñas pequeñas y si se ha detectado algún tipo de problema de salud o dificultades para acudir al médico.

En el caso de que el tema de la MGF surja en relación con una mujer adulta a la que se le haya practicado, no se debe de expresar rechazo, sorpresa o disgusto, ya que esa reacción puede bloquearla e impedir una conversación o contacto futuro.

Por el contrario, se debe propiciar, con mucha delicadeza, hablar de ello, demostrar interés por saber por qué y cómo se ha hecho, para ir estableciendo un diálogo en el que se pueda escuchar a la mujer y conocer su opinión sobre esa práctica.

Al mismo tiempo, es conveniente informarle sobre los aspectos negativos que tiene, principalmente para su salud, pero también sobre su prohibición legal a fin de que conozca las consecuencias de su realización en el país en el que reside.

Hasta llegar a este punto, el diálogo puede alargarse en el tiempo, un tiempo que hay que aprovechar para entablar unas relaciones de confianza ayudando a restituir derechos que no se tienen, transmitiendo informaciones de las que se carece o satisfaciendo necesidades urgentes relacionadas con la supervivencia y, en definitiva, propiciando que ambas partes comprendan que esa relación les resulta beneficiosa. Se trata de aproximar unas personas a otras por encima de sus diferencias étnicas y culturales.

Capítulo 3

La perspectiva de género

Al igual que para llevar a cabo hoy en día una adecuada intervención social es necesario abordarla desde una perspectiva intercultural, también lo es hacerlo con una orientación que integre la *perspectiva de género*. Con más razón, si cabe, aunque también con más dificultad, si esa intervención social se realiza específicamente con población inmigrada.

Decimos que con más razón porque la mayor parte de la población inmigrada no ha tenido ocasión, en sus países de origen, de experimentar las transformaciones que, en cuestión de situación, trato y derechos de las mujeres, ha experimentado este país de destino. Aunque todavía sean insuficientes los logros conseguidos para hacer efectiva y real la igualdad entre mujeres y hombres, hay una situación favorable a las mujeres muy superior a la que existe en la mayoría de los países de origen de las personas inmigradas y refugiadas. No son pocas las mujeres que aprecian esa diferencia en el ambiente social y en el trato, llegando incluso a ser esta, en ocasiones, una razón para renunciar al retorno o para encontrar dificultades para su integración en su anterior entorno de origen después de regresar.

Pero esta mejor situación en lo tocante a la igualdad de género, que debería ser un factor muy positivo para el desarrollo personal y social de la población inmigrada, especialmente de las mujeres, se convierte para ellas en una permanente carrera de obstáculos. No hay más que fijarse en las dificultades a las que tienen que hacer frente para acceder al mercado laboral, a la formación, a los servicios sociales, a la sanidad, a la vivienda o a la educación. Y es que ninguno de estos ámbitos tiene la dotación necesaria para satisfacer las necesidades de esta parte de la población, especialmente vulnerable cuando se encuentra en una situación de inestabilidad administrativa o de desarraigo familiar.

La transformación de las mentalidades, las tradiciones o los modos de vida que perjudican a las mujeres es, pues, difícil de llevar a cabo si esas personas no cuentan previamente con un apoyo laboral, económico y social suficiente para labrar su autonomía e independencia. Mientras haya cuestiones de supervivencia pendientes de resolver será difícil que presten atención a otro tipo de preocupaciones.

Pero al lado de dificultades de este tipo, que pueden complicar el proceso de interculturalidad, entre la población inmigrada y refugiada nos encontramos con mujeres de sólida formación y experiencia con las que compartimos ámbitos de intervención social, que tienen una visión de la realidad y unos valores en igual sintonía con los que defendemos. Es apoyándonos y trabajando codo con codo con ellas como podemos acelerar ese proceso de interculturalidad tan difícil de llevar a cabo cuando existe una gran falta de relación entre las distintas comunidades que conforman nuestra sociedad multicultural.

De hecho, la existencia de mujeres inmigradas y refugiadas con estas características y su actividad en favor de los derechos de las mujeres contribuye a romper algunos estereotipos que incluso pueden prender entre quienes compartimos ese compromiso. Nos referimos a esas frecuentes generalizaciones que asocian a las mujeres inmigradas con la violencia de género, con una baja formación, con una inevitable limitación de sus posibilidades laborales o con la maternidad prematura y múltiple.

Asimismo, decimos que tener en cuenta la perspectiva de género en la intervención social con población inmigrada tiene más dificultad porque, aun estando en un ambiente social más favorable que el que tenían en sus países de origen, no es fácil para las mujeres evitar otro tipo de problemas a los que van a tener que enfrentarse si deciden cambiar su forma de vida. Hay que tener en cuenta que ese ambiente favorable no siempre constituye un apoyo suficiente para luchar contra su consideración subordinada si está profundamente enraizada en unas costumbres, tradiciones y formas de vida que no son fáciles de cambiar.

La decisión de no someterse a determinadas imposiciones o normas culturales internas de las comunidades conlleva, a veces, incompreensión y rechazo en el entorno familiar y social propios. Las normas y patrones culturales de la sociedad de acogida pueden chocar con aspectos culturales muy enraizados, por lo que las personas que los abandonen se arriesgan a sufrir unas penosas rupturas afectivas y personales en ellas mismas o con sus familias y sus relaciones sociales, para obtener su liberación.

Una vez expresada la importancia pero también las dificultades de incluir la perspectiva de género en el trabajo de intervención social, vamos a abordar, al igual que hemos hecho al explicar la interculturalidad, las ideas de las que partimos en relación con su significado.

¿Qué es la perspectiva de género?

La perspectiva de género es un instrumento de análisis, una forma de ver las cosas, que nos permite identificar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres así como los mecanismos de sumisión y control que operan en las diferentes sociedades, a fin de establecer acciones tendentes a promover situaciones de equidad que conduzcan a alcanzar la igualdad. La importancia de este enfoque es que contribuye a contextualizar las desigualdades de las que parten las mujeres por el hecho de serlo y, con ese punto de partida, a considerar cuáles son las medidas más adecuadas en todos los órdenes afectados para que la igualdad deje de ser formal y se convierta en real y efectiva. De forma que no basta que mujeres y hombres tengan los mismos derechos sino que ambos puedan ejercerlos por igual.

El enfoque de género se opone a abordar la problemática de la desigualdad de una forma maniquea, victimizando a las mujeres y culpabilizando a los hombres. De ahí que su orientación no se limite a la intervención social con mujeres, sino que debe afectar a todos los ámbitos sociales y políticos.

Perspectiva o enfoque de género es un término relativamente nuevo que tiene su origen en la 4ª Conferencia sobre la Mujer celebrada en Pekín en 1995. Es una expresión contemporánea de una época en la que las relaciones de género comenzaron a dar un giro positivo gracias a la influencia que los movimientos feministas fueron ejerciendo en la mayoría de los países desarrollados. Paralelamente, empezó a cobrar importancia otra visión del desarrollo, el desarrollo humano¹, idea de la que forma parte la comprobación del importante papel que juegan las mujeres en el mismo, en los países empobrecidos, a la vez que son víctimas de una situación de discriminación, exclusión y violencia en numerosos ámbitos de la vida.

Cuando se habla de planificar con perspectiva de género el centro de interés no es la mujer en tanto que categoría separada, sino la búsqueda de unas relaciones entre mujeres y hombres que sean equitativas.

En su momento se consideró que el enfoque de género sustituía de forma superadora a la teoría del patriarcado, que resultaba insatisfactoria –por reduccionista e insuficientemente relacionada con las condiciones concretas– para explicar la situación de subordinación de las mujeres en

¹ La idea de desarrollo humano pone al ser humano en el centro del desarrollo. Trata de mejorar las condiciones de vida de las personas en su entorno social mediante el incremento de bienes que permitan cubrir sus necesidades básicas (alimentación, salud y formación) y la creación de un entorno que respete los derechos humanos. Es una idea de desarrollo que se mide en función de la calidad de vida de la gente, y por lo tanto es distinta de la idea de desarrollo que se mide por el crecimiento económico del país.

marcos tan complejos y diversos como las estructuras sociales y culturales de las sociedades existentes en todo el mundo y a lo largo de la historia.

Aunque existen divergencias en su conceptualización, en general la categoría de género designa lo que cada sociedad, y por lo tanto, cada cultura, atribuye a cada sexo en cuanto a su papel familiar y social, sus responsabilidades, su identidad, sus valores, el espacio en el que ha de desenvolverse, su comportamiento. Todos estos y otros elementos se van socializando hasta constituir unas construcciones sociales que determinan no solo qué es ser mujer y qué es la feminidad, qué es ser hombre y qué es la masculinidad, sino la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones jerárquicas y de subordinación que se dan en esa interrelación.

Las diferentes atribuciones según el sexo han generado una situación de discriminación y marginación de las mujeres en los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, así como en el ámbito público y en el privado, y han establecido una diferenciación entre ambos sexos en términos de derechos, valores y oportunidades. Asimismo, la visión dicotómica del género produce una nueva discriminación entre quienes no se sienten identificados con su sexo biológico.

¿Qué instrumentos de observación nos ofrece la perspectiva de género?

La perspectiva de género nos permite analizar y explicar las formas que adquieren las relaciones entre los géneros, en las que *lo femenino* y *lo masculino* no se refieren al sexo de los individuos sino a las conductas consideradas femeninas o masculinas en cada cultura. Trata de desnaturalizar el carácter jerárquico de las relaciones entre los sexos y de mostrar que los géneros, así como la idea de heterosexualidad obligatoria, son construcciones sociales que determinan lo que cada persona debe y puede hacer de acuerdo con lo que su sociedad y su cultura establecen para cada sexo.

La visión crítica del sistema social y de las relaciones entre las personas² que nos proporciona la perspectiva de género nos permite comprobar que el problema no son las mujeres en sí, sino la desigualdad en las relaciones entre mujeres y hombres. Por lo tanto, las soluciones deben venir de la mano de ambas partes, de forma que beneficie y transforme al conjunto de la sociedad.

Ello nos obliga a pensar en diferentes tipos de cambios en numerosos ámbitos de la vida tales como el reparto de tareas y responsabilidades, el

²Relaciones sociales referidas a la clase o situación socioeconómica, la edad, la etnia, la religión, la preferencia sexual, el origen nacional y cultural, etc.

uso de los espacios, la idea de lo público y lo privado, el empleo del lenguaje, de los gustos, de las aficiones, en fin, de todos aquellos aspectos que alimentan las relaciones sociales de las personas que pertenecen a una cultura.

En los espacios sociales multiculturales en los que se entablan relaciones entre personas de diferentes culturas, la aplicación de una perspectiva de género adquiere una dificultad especial. Afrontarla exige, para que el proceso intercultural culmine con éxito, desarrollar un diálogo transcultural que traspase los límites que cada cultura fija socialmente para hombres y para mujeres y que transgreda sus dictados.

Finalmente, se trata de lograr un sistema de relaciones equitativo que modifique la posición de subordinación y desigualdad de las mujeres y aborde los aspectos referidos a la condición de las mujeres y sus circunstancias materiales inmediatas en las que viven (ingresos, salud, vivienda, capacidad de decisión, etc.). Alcanzar esa meta exige que los cambios sean transversales e impliquen a todas las instituciones y a todas las formas de intervención social.

La perspectiva de género y los factores culturales

El reconocimiento de que hay factores culturales que determinan que mujeres y hombres vivan situaciones diferentes y desiguales, especialmente negativas para las mujeres, nos obliga a identificarlos a fin de superarlos y que dejen de ser una barrera para alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres.

Deben ser las propias mujeres afectadas quienes rechacen las prácticas tradicionales que les perjudican. Se trata de lograr dos objetivos. Por un lado, promover su autonomía y respetar su protagonismo para que alcancen la capacidad de decidir por sí mismas y, por otro, evitar un posible rechazo de quienes pudieran oponerse a la crítica y a la consiguiente eliminación de esas barreras culturales en forma de tradiciones, creencias y costumbres, alegando que se trata de la injerencia de una *cultura dominante*.

Rasgos comunes de la interculturalidad y la perspectiva de género

La perspectiva intercultural y la de género parten de la existencia de unos *sistemas culturales* que influyen decisivamente en el tipo de relaciones sociales, económicas y políticas, que tienen como consecuencia la discriminación de las personas en función del sexo y del grupo étnico o cultural al que pertenezcan.

El género es un factor determinante en la forma en la que se estructura la sociedad, porque ser mujer u hombre, ser homosexual, heterosexual, bisexual, transexual o intersexual lleva aparejados papeles diferenciados. Cuando esos roles diferenciados se producen en el espacio social que comparten personas de diferente origen cultural y que no tienen los mismos patrones culturales, es fundamental que el enfoque de género esté presente en la interculturalidad.

Ambos enfoques parten, asimismo, de una visión dinámica y cambiante de las culturas y asumen el carácter heterogéneo y versátil de las identidades, que van transformándose según los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan. Por lo tanto, es posible impulsar los cambios en la dirección de la igualdad y la equidad, que es la línea en la que ambas perspectivas inciden.

Otro rasgo común y complementario es el empeño en eliminar las relaciones de dominación o de superioridad de unas personas sobre otras.

En el caso de la interculturalidad, se valora la relación de igual a igual entre personas pertenecientes a diferentes culturas en un mismo espacio social y se rechaza el etnocentrismo como fuente de exclusión y de jerarquización de las personas en función de sus rasgos culturales.

En el caso del enfoque de género, se cuestiona la función del hombre y la idea tradicional de masculinidad como medida y centro de las relaciones, lo que conduce a revisar el carácter supuestamente inmutable de aquellas tradiciones culturales que tienen la misión de sustentar el dominio de los hombres sobre las mujeres.

La aplicación de ambas perspectivas conduce, inevitablemente, a traspasar los límites que ponen las culturas. Cuando se aplica la perspectiva de género a las relaciones interculturales el diálogo que se establece es necesariamente transcultural, es decir, pone en cuestión los límites y roles que cada cultura establece socialmente para hombres y para mujeres. Ambos enfoques defienden, asimismo, que sean las propias personas quienes asuman y decidan las transformaciones que han de hacer en sus creencias, comportamientos y relaciones humanas y sociales, que no deben ser impuestas si se pretende que sean consistentes y duraderas.

La perspectiva de género y la interculturalidad comparten el objetivo de hacer visibles, reconocer y dar cauces de participación social a colectivos, pueblos y personas que, en razón de su sexo, su orientación sexual, su etnia o su cultura han sido discriminados, excluidos y segregados.

Capítulo 4

La mutilación genital femenina

Existen diferentes maneras de denominar lo que en estas páginas venimos llamando *mutilación genital femenina*. Una muestra de la diversidad en la forma de referirla es la siguiente: circuncisión femenina, cirugía genital femenina, sunna, ablación, escisión genital, reforma genital femenina, corte...

¿Qué es la mutilación genital femenina?

La OMS define las mutilaciones genitales femeninas como todos aquellos procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos mediante su ablación total o parcial¹.

El Comité Inter-Africano para las Prácticas Tradicionales (CIAPT) que afectan a la salud de las mujeres y la infancia² adoptó este término al considerarlo el más apropiado para poner de relieve una serie de factores que intervienen en la práctica: la eliminación de una parte sana del cuerpo de una persona; la ausencia de información y consentimiento; el daño innecesario infligido y el riesgo para la persona sometida de sufrir consecuencias físicas, sociales y psicológicas a medio y largo plazo; la intención mutiladora, en algunos casos, cuando se argumenta que se trata de eliminar el deseo sexual en la mujer para favorecer su castidad y la fidelidad al marido.

Sin embargo, para quienes la aceptan y la llevan a cabo, esa práctica tiene un valor social positivo, de beneficio para las mujeres –volvemos a recordar los diferentes patrones culturales existentes–, por lo que, a la hora de establecer una relación de comunicación y diálogo para su prevención con personas de esas culturas, no es prudente denominarla de una manera que tenga connotaciones claramente negativas.

La palabra “corte” o la expresión “mujer cortada” podría ser la más respetuosa a la hora de establecer ese diálogo, porque es la expresión que utilizan en general las etnias que la practican.

¹OMS, Nota descriptiva n°241, febrero de 2010. OMS, Aide-mémoire N°241, “Mutilations sexuelles féminines”, actualizado en febrero de 2014.

²IAC-CIAF, agrupa a 28 países africanos, a 8 países de la UE, así como a Japón, EE.UU. y Nueva Zelanda.

Pero también hay que señalar que, al haber diferentes tipos y grados de ablación, su denominación varía y el uso de los diferentes nombres puede depender de razones religiosas o ideológicas. En algunos casos, sobre todo entre la población musulmana, se usa la palabra “sunna” para denominar la MGF. Su significado es “la palabra del profeta”. Pero esta denominación conlleva un equívoco y es que, a pesar de lo que pueda dar a entender, la MGF no está dictada por la religión musulmana.

Hay quienes denominan a la MGF *circuncisión femenina*, expresión que también puede generar confusión, ya que la mayor parte de los cortes que se realizan afectan a más partes y más fundamentales de los órganos genitales femeninos que la envoltura del clítoris, con la que cabría comparar la circuncisión masculina.

Escisión o ablación son otras formas habituales de denominación de la MGF.

En diferentes lenguas africanas algunas denominaciones son *gudniinka xubnaha atranca dumarka* (en lengua somalí); *musolu la nyaaka*; *sukareh rebweh*; *girzet*; *kitanaa*; *yaharu londindeh*...

En definitiva, de lo que se trata es de utilizar el término adecuado según el contexto en el que se vaya a emplear.

Desde puntos de vista feministas³ se propuso el término Mutilaciones Genitales Femeninas (FGM, en inglés), que conllevaría un cambio no solamente en la orientación terminológica sino en la conceptual, en la medida en que se entiende que este tipo de prácticas atenta claramente contra la integridad física y psíquica de las mujeres, defendiendo que se trata de la amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino. En los foros internacionales se habla de FGM (MGF) o de Práctica Tradicional Perjudicial (PTP) que afecta a la salud de las mujeres y las niñas (haciendo referencia al concepto que organiza una acción). En esta denominación se engloban otras tradiciones y costumbres ejercidas en diferentes regiones como los matrimonios prematuros y concertados, el planchado de los pechos, los pies vendados, los crímenes de honor, la extracción de órganos sexuales femeninos, el trato a las viudas o las casas para engordar a futuras esposas.

De forma general, *mutilación genital femenina* define bien una práctica que, si bien se realiza pensando en el bien de las mujeres según creencias y tradiciones culturales que marcan su papel en la vida, vulnera su integridad física y moral así como su libertad sexual y es, por lo tanto, contraria a los derechos humanos. Por ello, son las creencias en las que se basan estas prácticas las que

³Dorkenoo, 1995; Grassivaro, 1998; Guine, 2000; Koso-Thomas, 1987; Leye, 1999; o Walker, 1993, entre otras.

es preciso cambiar y este cambio debe venir de quienes, habiéndola practicado, hayan comprendido los beneficios de esa necesaria transformación.

Un enfoque de género, intercultural y de derechos humanos para abordar la MGF

Es generalmente aceptado que, a la hora de considerar la MGF, se deben tener en cuenta una serie de elementos objetivos como son: 1) Es practicada y defendida por mujeres, lo que lleva en muchos casos a que parezca que es un asunto de mujeres en el que los hombres nada tienen que ver y poco que decir. 2) Forma parte de tradiciones ancestrales que pretenden proteger a la mujer partiendo de unos determinados patrones culturales sobre la sexualidad y sobre la función que debe cumplir la mujer en la familia y en la sociedad. 3) Es, indiscutiblemente, una práctica violenta, física y mental, para quienes la sufren.

Estos tres aspectos son los que llevan a afirmar que la MGF debe ser tratada desde un enfoque de género, un enfoque intercultural y un enfoque de derechos humanos.

¿Qué significa esto en la práctica? ¿Para qué nos sirven o cómo utilizar esos enfoques?

El *enfoque de género* ante la MGF no se limita a constatar los efectos de esta práctica sino que va a sus causas, más allá de la acción de las mujeres, analizando su entorno, sus tradiciones, su papel en la comunidad y el de la comunidad hacia ellas; y, hecho este análisis, se interesa por las posibles vías para ir cambiando esos contextos sociales y culturales que generan la desigualdad de las mujeres y que hacen que parezcan buenas unas prácticas nefastas para ellas.

El enfoque de género estudia la forma de dar voz y pensamiento propio a las mujeres, en tanto que individuos y en relación con su contexto social. Se propone calificar esta práctica en su justa expresión, es decir, como una violencia física y mental contra las mujeres. Considera que la MGF es una cuestión pública de la que se debe hablar y sobre la que han de tomarse medidas institucionales, y no algo privado que se produce de puertas hacia dentro o como una "cosa de mujeres". Y se empeña, finalmente, en explicar esta práctica como un mecanismo social de control de la sexualidad de las mujeres en beneficio de unos supuestos intereses de los hombres y, por lo tanto, de control y sometimiento de aquéllas.

El *enfoque intercultural* nos ayuda a comprender que la MGF es el resultado de la aplicación de unos determinados patrones culturales sobre la sexualidad y sobre el papel de las mujeres en la sociedad, patrones que viajan con las personas que migran. Cuando nos encontramos con estas

prácticas en las sociedades de destino nos sorprenden y producen rechazo porque solo se ven de ellas sus aspectos negativos, que chocan con los patrones culturales y sociales imperantes en estas sociedades. De ahí que el reconocimiento de la diversidad cultural sea una primera condición para aceptar que la migración ha traído cambios en determinadas prácticas sociales que ya forman parte de nuestras sociedades.

El enfoque intercultural nos ayuda a comprender que son prácticas muy enraizadas en la identidad grupal de esas comunidades y que no se pueden erradicar si no es por un cambio en ellas, principalmente en la mentalidad de quienes las practican y defienden. Para contribuir a esa transformación se deben evitar las imposiciones culturales y, a la vez, han de proporcionarse herramientas que faciliten que sean las propias mujeres y los hombres de esas comunidades quienes comprendan que deben erradicarlas.

Por lo tanto, su tratamiento nos ofrece la oportunidad de aprender a abordar esta y otras prácticas culturales contrarias a los derechos humanos mediante una intervención y mediación social respetuosa con la población inmigrada y refugiada, al objeto de que sus integrantes puedan convertirse en agentes de transformación de las mentalidades y determinadas costumbres en sus sociedades de origen.

Por otra parte, es fundamental huir de las concepciones relativistas en materia cultural ya que, partiendo de ellas, se pueden llegar a justificar prácticas como éstas, al no distinguir entre el respeto que se debe a las personas y el que no se debe a las ideas y prácticas que vulneran los derechos humanos.

El *enfoque de derechos humanos* parte de que la MGF es una agresión física y psicológica para las mujeres que se hace forzosamente y de forma violenta.

Desde mediados del siglo XX hay un amplio consenso respecto a la idea de que la aceptación de las prácticas culturales está limitada por la defensa de los derechos humanos y de la dignidad de las personas y los pueblos.

El enfoque de derechos humanos es contrario a los argumentos que justifican la existencia de cualquier tradición cultural aunque sea perjudicial para las personas. Reconoce las especificidades identitarias y culturales pero enmarcándolas en el respeto por la vida, la integridad física y la posibilidad de tener una vida digna y saludable.

Es por ello que rechaza las prácticas tradicionales que resultan dañinas y promueve su superación manteniendo el respeto a las sociedades que las llevan a cabo y considerando que debe ser la propia comunidad la que promueva su erradicación.

Por último, y para integrar los enfoques anteriores en nuestra intervención social, la MGF debe abordarse de forma multidisciplinar, es decir, desde todos los ámbitos afectados por algún aspecto de su conformación: educativo, informativo, sanitario, social, asistencial, cultural, jurídico, policial, etc.

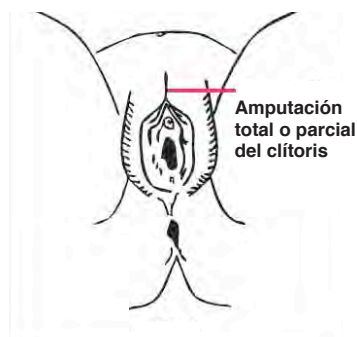
En esta actividad de sensibilización para la prevención y erradicación de la MGF hay que destacar el importante papel que están jugando numerosas mujeres africanas, tanto en sus países de origen como en la inmigración, a través de diferentes formas de organización, ya que gracias a su determinación y su trabajo están consiguiendo importantes transformaciones en sus comunidades y países, tanto en las leyes como en las tradiciones y en los valores sociales. El apoyo que desde fuera de esas comunidades podemos dar quienes no pertenecemos a ellas es transferir conocimientos, principalmente sobre salud sexual y reproductiva, reforzar la autoridad social de las mujeres y crear oportunidades para que puedan tomar decisiones con la debida información.

Tipos de MGF⁴

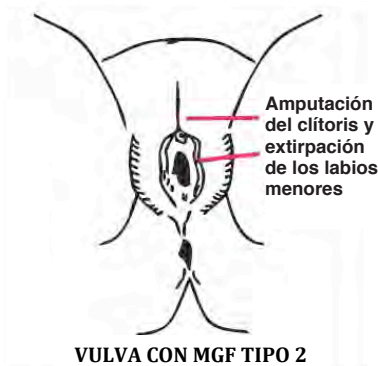
Existen cuatro tipos de MGF en función de la zona genital que se corta. Esta clasificación está reconocida por la OMS.

El *Tipo I*, llamado *clitoridectomía*, consiste en la extirpación total o parcial del clítoris o su prepucio. Es el tipo predominante en África subsahariana occidental.

El *Tipo II*, llamado *escisión*, consiste en la extirpación parcial o total del



VULVA CON MGF TIPO 1

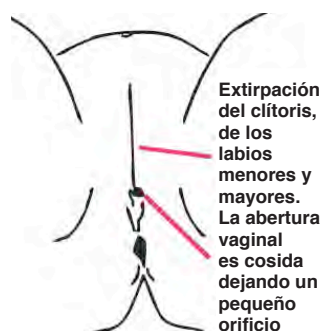


VULVA CON MGF TIPO 2

clítoris y de los labios menores. Puede haber o no escisión de los labios mayores. Es predominante en la zona citada anteriormente.

⁴Fuente de los dibujos: Pérez, Leonor, "MGF: Flores rotas, vidas marchitas", *Revista Ideel*, marzo de 2012, nº 217.

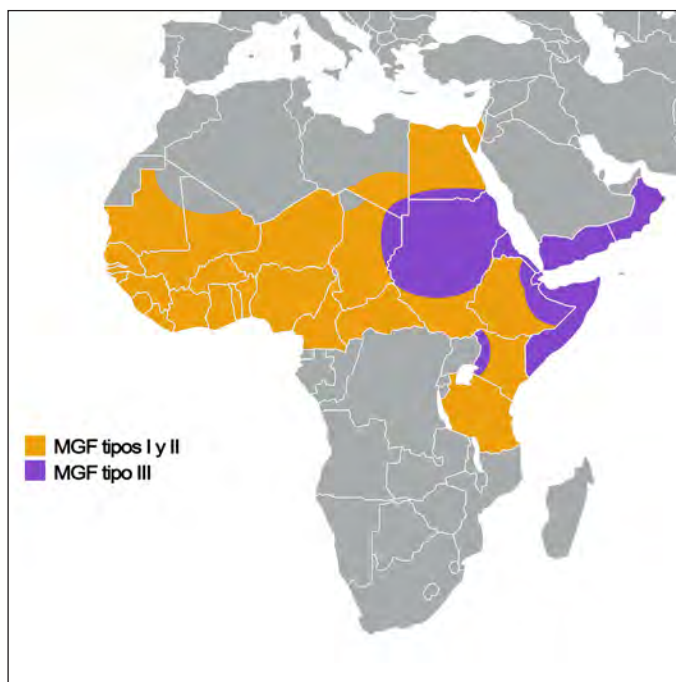
El *Tipo III*, llamado *infibulación*, es la forma más severa de mutilación ya que implica la escisión del clitoris y de los labios menores y mayores. Pero lo que caracteriza este tipo de MGF es el cosido de lo que queda de la vulva, dejando un pequeño orificio para la salida de la orina y la menstruación. El cosido puede hacerse con espinas vegetales o con aguja. Este tipo implica la apertura mecánica del orificio en el momento del coito y del parto. Es predominante en África oriental (Sudán, Etiopía y el cuerno de África).



VULVA CON MGF TIPO 3. INFIBULACIÓN.

En el *Tipo IV* se incluyen prácticas diversas diferentes a las anteriores que provocan lesiones en los genitales femeninos. Puede ser la cauterización, la perforación, la incisión en la zona genital, la ampliación del orificio vaginal mediante corte provocado, el raspado, etc.

Mapa de los distintos tipos de MGF en países africanos y en Oriente Próximo



Los distintos tipos de MGF en países africanos y en Oriente Próximo

Países en los que se practica la MGF	Tipos de MGF
Benín	Tipo I y II
Burkina Faso	Tipo I y II
Camerún	Tipo I y II
Chad	Tipo I y II. Tipo III en la frontera con Sudán
Costa de Marfil	Tipo I y II
Egipto	Tipo I y II. Tipo III en la frontera con Sudán
Eritrea	Tipo III
Etiopía	Tipo I y II. Tipo III en la frontera con Sudán y Somalia
Gambia	Tipo I y II
Ghana	Tipo I y II
Guinea	Tipo I y II
Guinea-Bissau	Tipo I y II
Kenia	Tipo I y II. Tipo III en el Oeste
Liberia	Tipo I y II
Mali	Tipo I y II
Mauritania	Tipo I y II
Níger	Tipo I y II
Nigeria	Tipo I y II
Omán	Tipo III
República Centroafricana	Tipo I y II
Senegal	Tipo I y II
Sierra Leona	Tipo I y II
Somalia	Tipo III
Sudán	Tipo I, II y III
Tanzania	Tipo I y II
Togo	Tipo I y II
Yemen	Tipo III
Yibuti	Tipo III

Datos elaborados sobre tabla de Kaplan y López Gay (2013).

Etnias que practican las MGF

Al señalar los países con mayor prevalencia de la MGF no hay que identificar al conjunto de sus poblaciones con esta práctica. En cada país conviven etnias que la practican con otras que nunca la han practicado o que han dejado de hacerlo.

Las etnias que practican la MGF pueden ser de diferentes religiones, tanto musulmana como cristiana, animista o de creencias religiosas minoritarias. Por lo tanto, no se puede afirmar que sea una práctica religiosa, aunque haya quien argumente su necesidad por mandato religioso, principalmente en el islam. Por el contrario, es una tradición cultural ancestral, más antigua que las actuales religiones y más arraigada.

Etnias practicantes en África

Algunas de las principales etnias que practican la MGF en África son:

La etnia **fulani**, fula o fulbé y toucouleur (de Senegal, donde la mayoría es de religión musulmana aunque hay un alto porcentaje de cristianos que se mezclan con los animistas). Es el pueblo nómada más grande del mundo. Vive en África occidental, la mayoría en el Sahel donde, junto con los hausa, suman alrededor de 40 millones de personas. Se encuentran en Mali, Guinea, Camerún, Senegal, Níger, Burkina Faso, Guinea Bissau, Benín y, en número menor, en Ghana, Mauritania, Sierra Leona, Togo y Chad. Son de los primeros africanos que abrazaron el islam.

Soninké. Grupo étnico de África occidental formado por más de 1.700.000 personas que viven en grupos dispersos principalmente entre Senegal, Gambia, Mauritania y Mali, así como en el este de Gambia, en Costa de Marfil, Guinea Bissau, Ghana y Burkina Faso. El idioma soninké es también llamado sarahule, sarakole, serahuli y marka.

Mandinga. Grupo étnico de África Occidental constituido por unos 13 millones de personas que habitan en diferentes países del Oeste de África como Gambia, Guinea, Guinea Bissau, Senegal, Mali, Sierra Leona, Liberia, Burkina Faso y Costa de Marfil.

Bámbara. Grupo étnico que habita el Oeste de África, principalmente en Mali, pero también en Guinea, Burkina Faso y Senegal.

Los **dogones** son un grupo étnico que vive en la región central de Mali. Su población se estima entre 400.000 y 800.000 personas.

El pueblo **edo** es un grupo etnolingüístico del este de África. Habita principalmente en el suroeste de Nigeria y Benín.

Los **igbo**, también llamados ibo, viven en su mayoría en el Sudeste de Nigeria, donde constituyen el 17% de la población. También se encuentran en Camerún y Guinea Ecuatorial. Hay 25 millones de igbos y 19 millones hablan el idioma y sus dialectos, aunque la mayoría habla inglés por la colonización británica.

Los **yoruba** constituyen aproximadamente el 30% de la población total de Nigeria y llegan desde los 28 hasta los 40 millones de habitantes en toda la región. También hay comunidades significativas de yorubas (o de origen yoruba) en Benín y Togo. La diáspora yoruba llega a Sierra Leona, Brasil, Colombia, Cuba, Carolina del Norte, República Dominicana, México, Venezuela y Panamá.

Los **fante** o fanti son un grupo étnico que habita en el sur de Ghana y en Costa de Marfil.

Etnias no practicantes en África

Las principales etnias no practicantes de la MGF son:

La etnia **wolof** se encuentra en Senegal, donde abarca a más del 43% de su población, en Gambia, con el 16% de la población y en Mauritania, con un 8% de su población.

La etnia **serer**, junto con la etnia diola, son los habitantes más antiguos de Senegambia. En Senegal constituyen casi el 15% de la población y en Gambia el 2%.

Los **ndiago**, también llamados manjaku, habitan las islas de Pecixe y Jata, en Guinea Bissau. Existen, también, grandes comunidades en Senegal, Gambia y Francia.

Los **ljebu** son un subgrupo de los yoruba. Debido a la migración, la civilización y el matrimonio entre tribus, los ljebu-ode están compuestos por una mezcla de gente que en su mayoría habla la lengua general yoruba.

Los **diola** o jola son un grupo étnico que se encuentra en Senegal, donde son predominantes en la región de Casamance. También están en Gambia y Guinea Bissau.

Dada la complejidad, variedad, así como la diversa e itinerante localización de las diferentes y numerosas etnias, hay que tomar esta relación de forma indicativa ya que podemos encontrar mujeres de etnias practicantes que no han sido mutiladas o, por el contrario, mujeres de etnias no practicantes que lo han sido debido a estar casadas con hombres de etnias practicantes que han exigido su mutilación para poder casarse.

A pesar de ello, en la intervención social sigue siendo necesario averiguar el país y la etnia de procedencia de la mujer con la que se interactúa porque ello nos aporta una información muy valiosa sobre las posibilidades de que se practique la MGF a sus hijas o allegadas. Averiguar la procedencia de las mujeres mediante el diálogo es fundamental para evaluar los riesgos de que sus hijas sufran la MGF.

A qué edad se realizan las MGF

La edad a la que se realizan las MGF varía de una etnia a otra. En general se les practica a las niñas entre los 4 y los 14 años, pero también a niñas recién nacidas o en una edad más adulta, antes de contraer matrimonio, o incluso después del parto.

Una mutilación a una edad muy temprana puede obedecer a distintas causas. En primer lugar al menor conocimiento y menor resistencia que una niña pequeña ofrece. En segundo lugar, no debemos olvidar que en la mayoría de los casos se trata de un ritual de pureza y preparación para el matrimonio que se celebra habitualmente a edades tempranas.

Quién realiza las MGF y cómo lo hace

Las MGF son llevadas a cabo por mujeres, normalmente de edad avanzada, cuya profesión es esa y, en algunos casos, la de partera. Es una persona respetada por su trabajo y que actúa por voluntad de las madres, abuelas y familia de la niña. Utiliza elementos cortantes muy diversos como hojas de afeitar, cuchillas, trozos de vidrio, piedras afiladas o instrumentos similares. La herida se cauteriza con limón, ceniza o determinadas hierbas. En los casos de infibulación, lo que queda de los labios se une con espina de acacia, atando las piernas de la niña hasta que se haya cerrado la herida.

Consecuencias de la MGF para la salud física y mental

Una de las mayores dificultades con las que nos encontramos ante las mujeres que han padecido cualquier tipo de MGF a la hora de darles a conocer las consecuencias de tipo físico y mental que esas prácticas provocan, es la dificultad para hablar libre y abiertamente del cuerpo, de los genitales o del sexo.

Por lo general, a las mujeres que han sido víctimas de tal violencia les resulta muy difícil hablar abiertamente de lo que les han hecho y de lo que eso ha supuesto para ellas. No es difícil de entender ya que, en ámbitos culturales determinados, las cuestiones que afectan directamente a la vida íntima de las personas como el sexo y la sexualidad se consideran tabú, son cuestiones de las que no se debe hablar. De ahí la dificultad añadida para

informar a esas mujeres de las consecuencias que produce la MGF, para poder describirlas, y para recabar de esas mismas mujeres la información necesaria sobre lo que han sentido y lo que les ha supuesto en sus vidas esa práctica. Por eso es primordial que rompamos el silencio y podamos conocer, aprender y saber transmitir las graves consecuencias de las MGF para, en la medida de lo posible, poder evitarlas o brindar soluciones.

Todos los tipos de MGF conllevan consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar de las mujeres y su descendencia a lo largo de sus vidas.

La MGF está reconocida dentro de la CIE-9-MC⁵, con la clasificación que se ofrece a continuación, así como dentro de las clasificaciones empleadas

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE)		BDCAP	CIAP-2
629.2	Estado de mutilación genital femenina • Ablación genital femenina • Estado de circuncisión femenina	Lesiones genitales YX82	Lesiones genitales femeninas X82
629.20	Estado de mutilación genital femenina, no especificada • Estado de ablación genital femenina, no especificado • Estado de mutilación genital femenina NEOM		
629.21	Estado de mutilación genital femenina tipo I • Estado de ablación genital femenina tipo I • Estado de clitoridectomía		
629.22	Estado de mutilación genital femenina tipo II • Estado de ablación genital femenina tipo II • Estado de clitoridectomía con escisión de labios menores		
629.23	Estado de mutilación genital femenina tipo III • Estado de ablación genital femenina tipo III • Estado de infibulación		
629.29	Otro estado de mutilación genital femenina • Estado de ablación genital femenina tipo IV • Estado de mutilación genital femenina tipo IV • Otro estado de ablación genital femenina		

⁵Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC), enero 2014, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

en Atención Primaria: BDCAP⁶, lesiones genitales (YX82)⁷. Y dentro de CIAP-2⁸, lesiones genitales femeninas, versión 2 (X82)⁹.

Desde un punto de vista objetivo y puramente médico, podemos describir las consecuencias físicas y psicológicas que puede ocasionar la MGF.

Para conocerlas es necesario saber cuáles son los componentes de los genitales femeninos y, brevemente, su funcionamiento.

Breve recuerdo anatómico

La vulva es la parte externa de los genitales femeninos constituida por los labios mayores, los labios menores, el clítoris y el introito (orificio) vaginal. Es una zona muy vascularizada (a ella llegan muchos vasos sanguíneos). Por ello su lesión provoca un sangrado importante. Además está muy innervada y el número de terminaciones nerviosas la convierte en una zona especialmente sensible a la excitación y al placer, así como al dolor. El clítoris es la zona más sensible.

La parte interna de los genitales femeninos engloba el aparato reproductor, que consta de la vagina, el útero (cuello o cérvix y cuerpo), las trompas de Falopio y los ovarios.

Vamos a distinguir las consecuencias de una MGF según sean:

Consecuencias físicas inmediatas:

Sangrado/hemorragia. El grado de sangrado dependerá tanto de la extensión de la extirpación y del utensilio empleado como de la capacidad del propio cuerpo para frenar la hemorragia. En ocasiones, si la mujer padece algún déficit en los mecanismos naturales de coagulación que facilitan la cicatrización, podría no detenerse el sangrado y conducir a la muerte.

Infección. Depende del grado de limpieza en el que se encuentren los genitales, del procedimiento y del utensilio empleado. En la mayoría de las ocasiones no contará con las condiciones de asepsia (disminución de la contaminación) y esterilidad que requeriría un procedimiento quirúrgico para disminuir la incidencia de infección. La vulva es, naturalmente, un lugar del cuerpo con bacterias. Éstas pueden introducirse en la sangre en el momento de la lesión y provocar una infección diseminada, que es lo que conocemos como sepsis y que en ocasiones podrá ser grave e incontrolable (*shock*) y conllevar a la muerte. En otras ocasiones se podrá controlar y será una infección en el lugar de la lesión.

⁶BDCAP. Base de datos clínicos de Atención Primaria.

⁷YX82. Lesiones Genitales.

⁸CIAP-2. Clasificación Internacional de Atención Primaria.

⁹X82. Lesiones Genitales Femeninas.

Tétanos. Es la infección ocasionada por una bacteria denominada *Clostridium tetani*. Se encuentra en el suelo y en lugares con higiene deficiente y puede contaminar los utensilios empleados para la MGF. Produce el bloqueo de la contracción muscular ocasionando la parálisis de músculos vitales como los necesarios para respirar. Es una infección muy grave y en la mayoría de los casos mortal.

Daño a los órganos vecinos. Por la proximidad del clítoris con órganos vecinos como la uretra (el orificio de salida de la orina), la vagina y el recto (la parte final del colon), se pueden producir lesiones contiguas en el momento de la incisión. Esto puede dar lugar a que se establezca comunicación entre ellos o incluso a que desemboquen directamente en la piel, causando fístulas. Este hecho sería una fuente adicional de infecciones al estar en contacto la orina o la vagina con las heces, portadoras de un mayor número de bacterias con mayor potencial patógeno. Las lesiones también pueden aparecer como consecuencia de una cicatrización anómala.

Consecuencias físicas a medio-largo plazo:

Dificultad en la micción. La retención de orina es consecuencia del estrechamiento del orificio de salida de la orina por la infibulación o una cicatrización anómala.

Infecciones urinarias recurrentes. El hecho de que la orina no salga naturalmente y quede parcialmente retenida, hace que tenga más riesgo de infectarse y de que la infección recurra (o, sea recurrente).

Infecciones ginecológicas. Las secreciones y la flora bacteriana comensal de la vagina, que naturalmente drena al exterior, permiten que se mantengan condiciones idóneas para evitar la infección. Cuando como consecuencia de la MGF se altera la anatomía del aparato genital las secreciones se acumulan y es más difícil una higiene adecuada, lo que conlleva un mayor riesgo de desarrollar infecciones. Éstas pueden extenderse de forma ascendente hasta el aparato reproductor, produciendo incluso infertilidad.

Queloides. Son la consecuencia de la cicatrización anómala y exagerada. Es más frecuente en las personas con un color de piel oscuro.

Fibrosis. Es consecuencia de la cicatrización del tejido, que produce engrosamiento, retracción y falta de elasticidad.

Infecciones transmitidas por vía sanguínea y sexual. El VIH/sida y las hepatitis virales son infecciones con una alta prevalencia en muchos de los países donde se practica la MGF. El primer mecanismo por el que se pueden transmitir durante la realización de la MGF es la ausencia de utensilios estériles y la contagiosidad si se practica de forma comunitaria

Consecuencias descritas de la mutilación genital femenina	
Consecuencias a corto plazo	Consecuencias inmediatas
•Hemorragias/sangrados intensos	•Hemorragia
•Obstrucción orina/flujo menstrual	•Chock
•Infecciones ginecológicas frecuentes	•Dolor intenso
•Infecciones urinarias de repetición	•Infección local
•Infecciones crónicas en pelvis	•Dificultades en la micción/retención de orina
•Infertilidad	•Septicemia
•Abscesos/quistes/queloides	•Tétanos
•Hepatitis/sida	•Miedo/pánico
•Anemia crónica	•Fusión no intencionada de los labios
	•Daño a otros órganos vecinos
Consecuencias a medio plazo	Consecuencias en el embarazo y parto
•Dispareunia	•Sufrimiento fetal y falta de oxígeno por retención prolongada en el canal del parto
•Disminución del deseo	•Desgarros/fístulas
•Disminución de la satisfacción sexual	•Mayor mortalidad materna
	•Mayor mortalidad perinatal
	•Hospitalizaciones prolongadas

López-Fando, C.; García de Herreros, T. AMF 2014; 10 (7): 383-389.

con el mismo utensilio. Aunque no existen datos concluyentes al respecto, las mujeres a las que se les ha practicado la MGF podrían tener un mayor riesgo de contagio de estas enfermedades al producirse desgarros o sangrado durante las relaciones sexuales.

Consecuencias psicológicas:

Dolor. Aunque el dolor tiene un origen físico, lo comentamos en este apartado por la importancia del componente psicológico que siempre lleva asociado. Indudablemente es la primera consecuencia y la más inmediata, lo que hace que la extirpación tenga que hacerse sujetando fuertemente a las niñas o mujeres, que intentarán evitar el daño. Este dolor puede mantenerse y hacerse crónico en el tiempo debido a múltiples factores como la falta de elasticidad en la apertura natural de orificios como la uretra, produciendo dificultad y dolor con la micción. La falta de distensión puede afectar también a las relaciones sexuales, siendo éstas dolorosas (dispareunia). En ocasiones el dolor no tiene por qué ser físico y puede ser consecuencia de un daño psicológico.

Miedo/pánico. Como consecuencia de una actividad que provoca daño y dolor. La magnitud es individual, pero dependerá asimismo de las circunstancias en las que se realiza la MGF, si se encuadra dentro de un acto o ceremonia comunitaria o en un ámbito familiar o individual. En cualquier caso hay que pensar que la práctica de la MGF en edades muy tempranas supone una gran dificultad para valorar y cuantificar el alcance y las secuelas que puede ocasionar.

Vergüenza. Sensación de poder sufrir rechazo social en sociedades de acogida.

Consecuencias para el embarazo y el parto:

La MGF tiene un impacto muy negativo en la salud materno-infantil, incrementando el riesgo de complicaciones obstétricas y muertes neonatales.

Desgarros/fístulas. Consecuencia del aumento de presión necesaria para conseguir vencer la resistencia que ofrece un canal del parto estrecho debido a un tejido poco elástico.

Cesárea. Por la disminución en la elasticidad del canal del parto se ha visto que es más frecuente la necesidad de realizar cesárea.

Aumento de mortalidad perinatal y materna. La prolongación en el tiempo de expulsión puede provocar consecuencias graves (incluso mortales) tanto para el feto, que puede sufrir falta de oxigenación, como para la madre, por la retención, la dificultad para la expulsión de la placenta, así como para frenar un posible sangrado.

Países en el mundo con prevalencia en MGF

Según el informe de Unicef de 2013, son más de 125 millones las mujeres que han sufrido mutilación genital en 28 países de África y en Oriente Medio y unos 140 millones en todo el mundo. La información mejor documentada corresponde al continente africano.

Es una práctica particularmente habitual entre algunas etnias de la mayor parte de los países que forman la “franja subsahariana”, desde la costa Oeste (Gambia) hasta la costa Este (Somalia): Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea Bissau, Guinea Conakry, Kenia, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República del Congo, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tanzania, Togo, Uganda y Yibuti.

Es igualmente habitual en países de Oriente Medio, como Yemen y Omán.

En Asia, se practica en India (los daodi-bohra), Malasia, Pakistán (los bohra en Punjab), Indonesia, Filipinas y Sri Lanka. Se han recogido algunos

datos sobre la alta prevalencia de las MGF en el Kurdistan iraquí que oscila entre un 72% y un 100%.

También hay casos en América Latina, en algunas etnias de Brasil, Colombia, México y Perú. Algunos estudios refieren que, en unos casos, las MGF llegaron a Brasil desde África, pasando de allí a México y a Perú. Pero otros estudios sitúan a las MGF como una práctica precolombina autóctona de algunos pueblos indígenas. Hoy en día se conoce su realización entre las mujeres del pueblo Embera-Chamí de Colombia.

Al convertirse Europa, EE. UU., Canadá, Australia y Nueva Zelanda en países de destino migratorio a partir de la segunda mitad del siglo pasado, las culturas y las formas de vida de las personas migrantes han viajado con ellas y, entre otras, la tradición de las MGF.

Pero hay que recordar que, al menos en el caso de Europa y EE. UU., antes de que llegaran con los flujos migratorios, las MGF fueron prácticas terapéuticas en casos de lo que se consideraban trastornos mentales o “ninfomanía” en determinadas mujeres de clases altas.

En Europa se calcula que son unas 500.000 las mujeres inmigradas o refugiadas mutiladas y anualmente unas 180.000 corren el riesgo de serlo.

Por su parte, ACNUR cifra en unas 20.000 las mujeres y niñas procedentes de países en los que se practica la MGF que han venido solicitando asilo cada año¹⁰ en alguno de los países de la UE. Una cifra que, según el Estudio del Instituto Europeo de la Igualdad de Género¹¹, es difícil de conocer con exactitud, pero que sirve de referencia para avanzar en el debate sobre las políticas y herramientas necesarias para abordar, por una parte, las vulnerabilidades específicas de las mujeres y niñas solicitantes de asilo sometidas a MGF en el sistema de asilo y, por otra, de las mujeres y niñas refugiadas sometidas a MGF que están residiendo e integrándose en los Estados miembros de la UE¹².

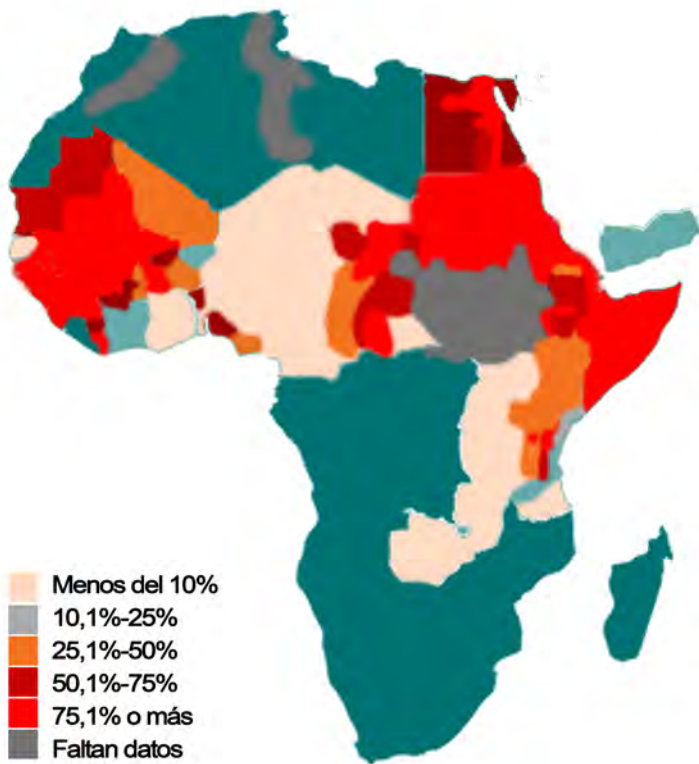
Francia, Italia, Suecia, Reino Unido, Bélgica, Alemania y los Países Bajos han sido, en ese orden, los países que mayor número de solicitudes de mujeres y niñas han recibido, siendo Malta e Italia los receptores de mayor proporción de originarias de países con prevalencia en MGF, en relación con el total de mujeres y niñas solicitantes.

¹⁰Datos del período 2008-2011.

¹¹EIGE. Estudio recogido por ACNUR para elaborar el estudio estadístico sobre MGF y Asilo en la UE, titulado “Demasiado dolor”, publicado en 2013, de donde extraemos las cifras que citan.

¹²*Ibidem*, pág. 2.

Mapa sobre la prevalencia de la MGF



Fuente: Encuestas de indicadores múltiples, 1997-2006.
Mapa elaborado por UNICEF, 2007.

En este mapa se indica la prevalencia de la MGF sin señalar las fronteras nacionales dado que esta práctica puede presentar notables variaciones en diferentes partes de un país.

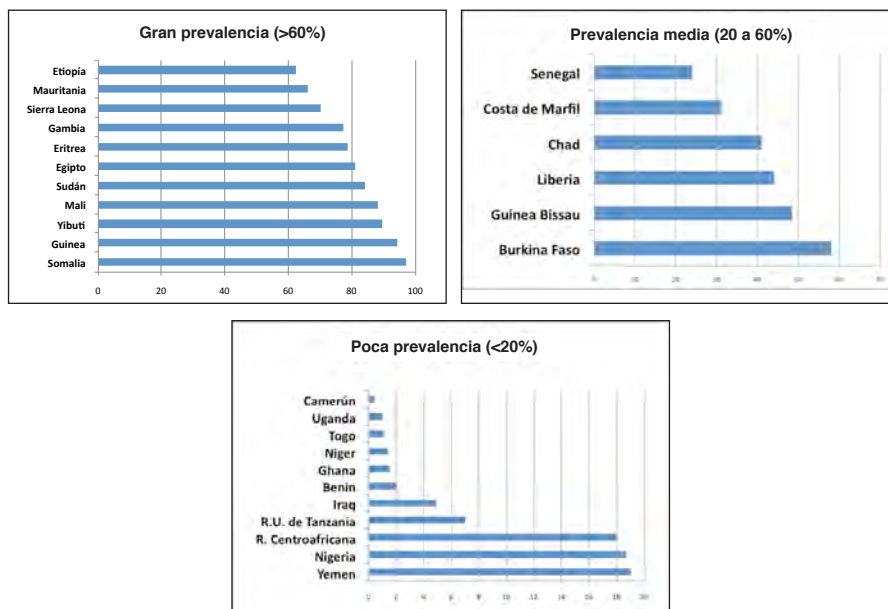
De ellos, los que más solicitudes han resuelto favorablemente han sido, en orden de importancia numérica, Reino Unido, Francia, Suecia, Alemania, los Países Bajos, Austria, Bélgica e Italia¹³.

Los principales países de procedencia de las mujeres y niñas solicitantes de asilo, con prevalencia en MGF, fueron, por orden de importancia numérica, Nigeria, Somalia, Eritrea, Guinea y Costa de Marfil, que representan casi el 70 % del total.

La prevalencia de las MGF varía de un país a otro dependiendo de la situación socio-cultural y del grado de influencia que tengan las tradiciones

Por ejemplo, la prevalencia entre las jóvenes de 15 a 19 años varía del 96,7% en Somalia al 0,4% en Camerún, lo que obliga a especificar los programas de prevención. Incluso dentro de un mismo país pueden darse porcentajes muy dispares dependiendo de la región y la etnia que se estudien. Según el último estudio de ONU-Mujeres en Kenia, la prevalencia es mayor entre las comunidades autóctonas.

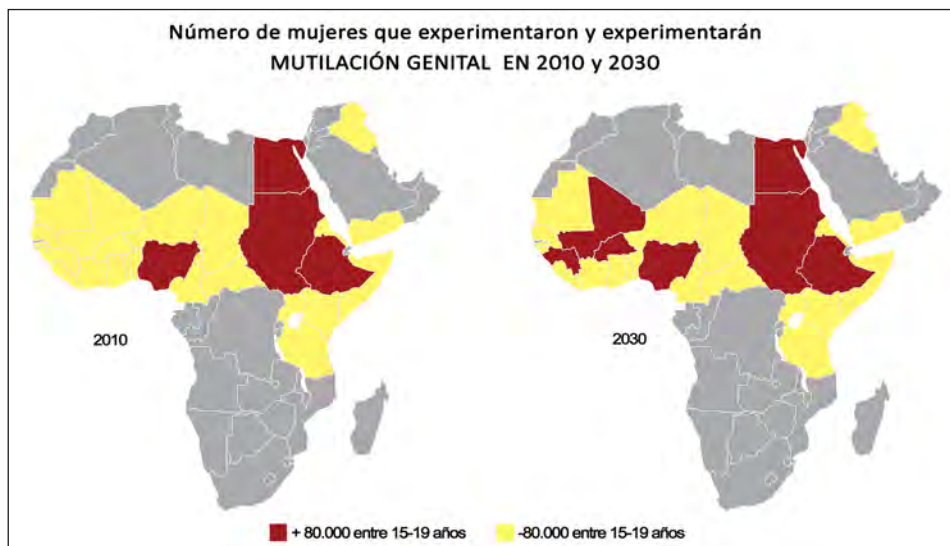
En las tablas siguientes, se muestra el porcentaje de mujeres jóvenes, entre 15 y 19 años, que han sido sometidas a la MGF en cada país de los señalados¹⁴.



¹³En menor grado, han dado protección internacional Irlanda, Rumanía, Grecia, la República Checa, Finlandia y Chipre.

¹⁴Fuente: UNFPA, United Nations Population Fund, Fondo de Naciones Unidas sobre Población.

En general, se observa una tendencia descendente en el porcentaje de adolescentes y de mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años que han sufrido MGF. Si en 1998 era de un 38%, en 2003 fue de un 32% y de un 27% en 2008. Mostramos un cuadro con la tendencia prevista en África y Oriente Medio en jóvenes de entre 15 y 19 años en tres decenios. Si las tendencias actuales se mantienen, la UNFPA estima que serán 86 millones las niñas nacidas entre 2010 y 2015 que correrán el riesgo de sufrir ablación desde ahora hasta el año 2030.



A pesar de esta tendencia descendente, en algunos países se calcula que alrededor de 3 millones de niñas y jóvenes son sometidas a esta práctica cada año en África, con una especial incidencia entre los pueblos somalíes (98%), los kisii (96%) y los masai (73%).

Datos de la población africana en España y situación de riesgo de MGF

La población africana en España se mantiene más o menos estable en relación con los años precedentes a la crisis económica, por lo que las cifras de la población en situación de riesgo también mantienen esa estabilidad, aunque hay una ligera tendencia a la subida, a medida que los hombres, que son mayoritarios en el conjunto de la población africana subsahariana, reagrupan a sus familias, se asientan y tienen hijos e hijas aquí.

Si la masculinización es uno de los rasgos destacados de esta población, también lo es la importante representación relativa de la franja de edad de entre los 20 y los 40 años, así como el crecimiento paulatino de la población infantil que, en algunos casos, como la población procedente de Senegal, ha aumentado significativamente, lo que anuncia una prueba de asentamiento.

Población residente en España procedente de países africanos en los que se practican diferentes tipos de MGF¹⁵

La relación de países va en orden de mayor a menor del epígrafe “Niñas menores de 14 años”, dado que esta franja de población es la que está en situación de riesgo.

PAÍSES	POBLACIÓN TOTAL	MUJERES	NIÑAS < 14 AÑOS
NIGERIA	42.543	18.940	5.352
SENEGAL	61.598	12.990	3.854
GAMBIA	19.522	4.915	1.882
MALI	22.730	3.013	1.252
GUINEA CONAKRY	10.729	3.477	1.138
GHANA	15.728	3.723	1.128
MAURITANIA	8.884	2.344	740
CAMERÚN	5.796	2.227	517
EGIPTO	3.462	1.088	338
GUINEA BISSAU	4.709	1.161	242
COSTA DE MARFIL	2.903	820	197
ETIOPIA	681	408	120
BURKINA FASO	1.189	323	90
SIERRA LEONA	739	249	72
TOGO	421	143	27
BENÍN	338	106	27
KENIA	1.095	822	24
LIBERIA	279	79	16
Chad, Níger, Rep. Centroafricana, Somalia, Sudán, Eritrea, Tanzania, Yemen, Yibuti	3.770	1.528	237
TOTAL	207.116	58.356	17.253

Elaboración propia sobre datos INE 2015 (recogidos en 2014).

¹⁵Datos recogidos del padrón municipal, a 1 de enero de 2015.

Distribución en España de la población procedente de países africanos con prevalencia en MGF

Con un total aproximado de 207.116 personas¹⁶ procedentes de los países africanos con alguna prevalencia en MGF, las Comunidades autónomas que acogen a un mayor número de esta población son Cataluña (65.113), Andalucía (31.389) y Comunidad de Madrid (21.767), seguidas a cierta distancia de la Comunidad Valenciana (17.298), la Comunidad Autónoma Vasca (12.445), Aragón (12.343), Canarias (9.660) y, en menor proporción, Región Murciana (7.302) y Navarra (3.143).

En Cataluña, las nacionalidades más representadas las conforman las personas procedentes de Senegal (19.826), Gambia (14.786), Mali (6.924), Nigeria (6.415), Ghana (5.540) y Guinea Conakry (4.700).

En Andalucía, son las procedentes de Senegal (10.253), Nigeria (6.471), Mali (4.484), Ghana (2.257), Guinea Bissau (1.862) y Mauritania (1.519).

En la Comunidad de Madrid, lo son las de Nigeria (9.134), Senegal (3.120), Mali (1.568), Guinea Conakry (1.305) y Camerún (1.251).

En la Comunidad Valenciana, Nigeria (5.631), Senegal (5.014) y Mali (2.150).

En la Comunidad Autónoma Vasca, son Senegal (3.798), Nigeria (3.683), Mauritania (871), Ghana (852) y Camerún (834).

En Aragón, son Senegal (3.591), Gambia (2.171), Mali (1.858) y Ghana (1.743).

En la Región Murciana, las nacionalidades más representativas son Senegal (1.863), Mali (1.539), Nigeria (1.452) y Ghana (1.084).

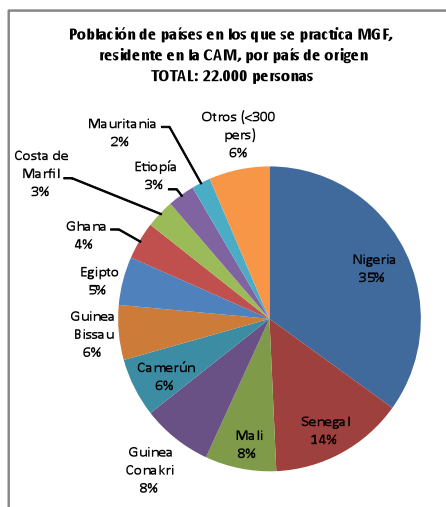
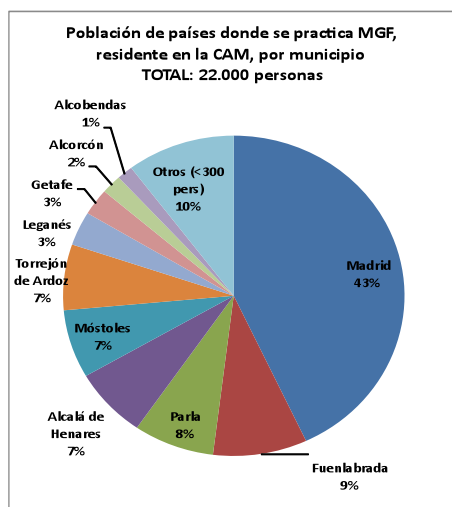
Finalmente, en la Comunidad Foral de Navarra, son las de Nigeria (1.039), Ghana (399) y Mali (305).

Datos de población africana en la Comunidad Autónoma de Madrid

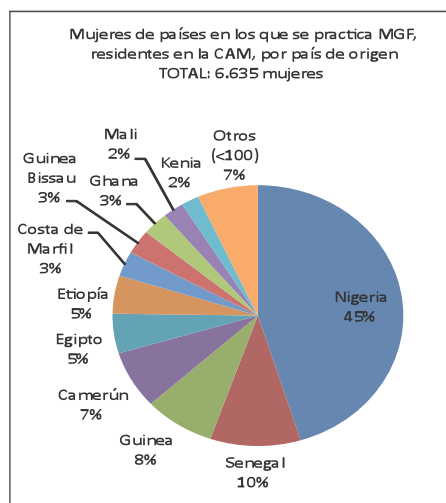
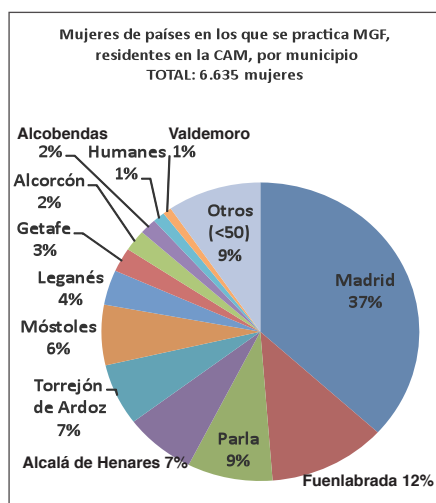
En la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), donde se desarrolla principalmente nuestra actividad, la proporción de población africana originaria

¹⁶Las cifras son de elaboración propia a partir del padrón municipal con datos provisionales a 1 de enero de 2015. Pero hay que tomarlas con cierta prudencia y flexibilidad debido a la gran movilidad de esta población y a los diferentes problemas que pueden impedir su inscripción en dicho organismo.

de países en los que se realiza algún tipo de MGF se sitúa en los municipios de Madrid (43%), Fuenlabrada (9%), Parla (8%), Alcalá de Henares, Torrejón de Ardoz y Móstoles, con un 7% cada uno.



Si tomamos solo la población femenina, ésta se concentra en Madrid capital (37%), Fuenlabrada (12%), Parla (9%), Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz (con un 7% cada uno) y Móstoles (6%).

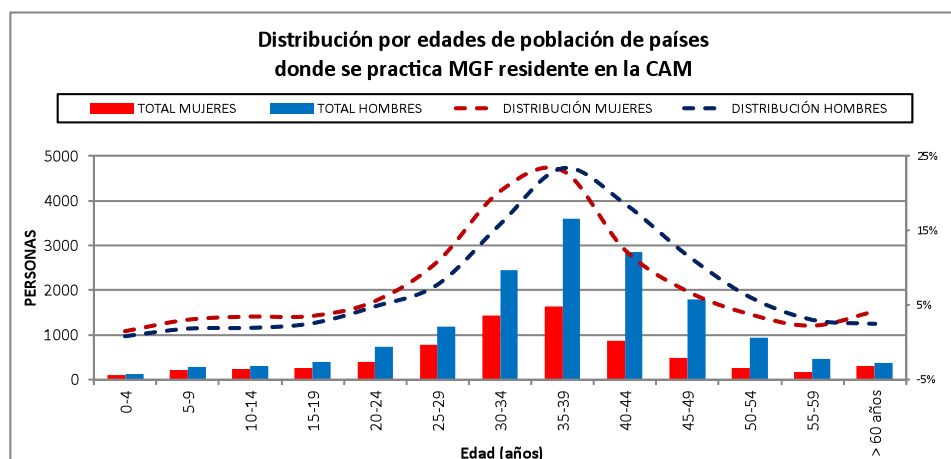


La mayor parte de las mujeres en la CAM proceden de Nigeria, Senegal, Mali, Guinea Conakry, Guinea Bissau y Camerún.

Los gráficos de la página precedente muestran la distribución de residencia en la CAM de la población africana procedente de los países en los que se practica la MGF, así como de su distribución por nacionalidad.

Los dos segundos muestran los mismos datos referidos a las mujeres, es decir, la distribución de residencia en la CAM de la población africana femenina procedente de los países en los que se practica la MGF, así como de su distribución por nacionalidad.

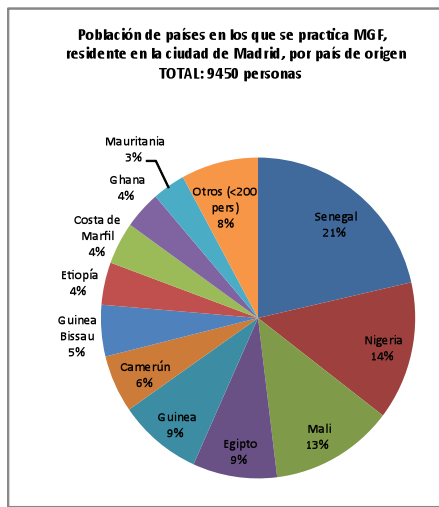
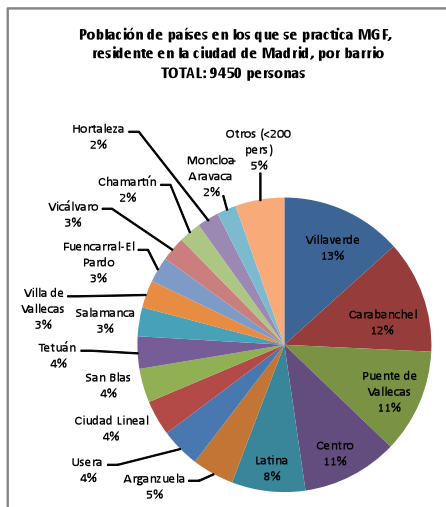
En el siguiente gráfico mostramos la distribución por edades de la población residente en la CAM procedente de países con prevalencia de MGF, diferenciando hombres y mujeres. Las barras representan el número total de hombres y mujeres residentes, que puede leerse en el eje izquierdo. Las curvas representan el porcentaje de mujeres y hombres de cada rango de edad respecto al total de su mismo sexo, observando la escala en el eje derecho.



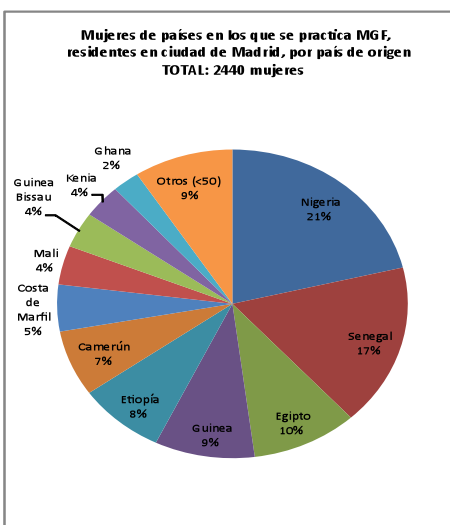
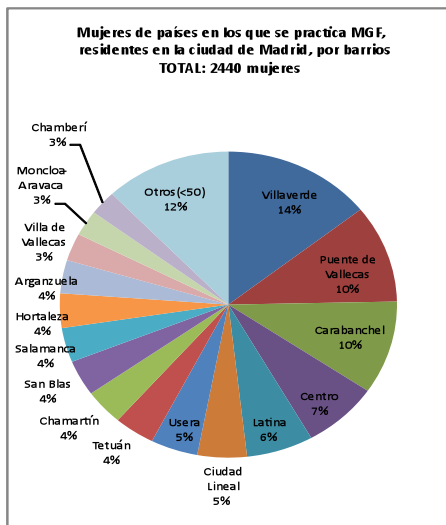
Este gráfico evidencia el mayor número de población masculina que femenina en todos los rangos de edad, así como que la población femenina, con una edad media de 35 años, es más joven que la masculina, con una edad media de 38 años, lo que implica que la curva roja (mujeres) se encuentre desplazada a la izquierda respecto a la curva azul (hombres).

Datos de población africana en Madrid capital

En Madrid capital, la proporción de población africana originaria de países en los que se realiza algún tipo de MGF se sitúa en los distritos de Villaverde (13%), Carabanchel (12%), Puente de Vallecas y Centro (ambos con un 11%), y Latina (8%).



Si tomamos solo la población femenina, esta se concentra en los distritos de Villaverde (14%), Puente de Vallecas y Carabanchel (ambos con un 10%), Centro (7%) y Latina (6%).



La mayor parte de las mujeres en Madrid capital proceden de Senegal (21%), Nigeria (14%), Mali (13%), Egipto y Guinea Conakry (ambos con un 9%) y Camerún (6%).

Los dos primeros gráficos muestran la distribución de residencia en Madrid capital de la población africana procedente de los países en los que se practica la MGF, así como de su distribución por nacionalidad.

Los dos segundos muestran los mismos datos referidos a las mujeres.

Todos los gráficos que se presentan en este capítulo son de elaboración propia, a partir de los datos proporcionados por el INE, 2015.

Capítulo 5

Por qué se realizan las MGF y por qué su práctica perdura

Las MGF se realizan en el contexto social de determinadas comunidades y están legitimadas por creencias muy diversas que varían según la etnia o el lugar geográfico en el que habiten, y que abarcan factores religiosos, sociales y culturales.

Considerarlas como una obligación religiosa, una cuestión de higiene femenina o, incluso, un medio para controlar o restringir la sexualidad de la mujer, son algunos de los argumentos que contribuyen a la pervivencia de esta práctica.

En muchas regiones se asocia la MGF con un rito de paso que señala el acceso de la niña a la edad adulta y al estatuto de mujer.

Las MGF funcionan como una convención social autoimpuesta. Una norma social que es respetada por los individuos y las familias de una comunidad, ya que temen ser víctimas de desprecio social si no contribuyen a perpetuar esa práctica. En las comunidades en las que la MGF es vista como una condición previa al matrimonio y en las que las mujeres dependen en gran medida de los hombres, un factor determinante puede ser el económico ya que una mujer no casada se convierte en una carga para su familia. Igualmente, las MGF constituyen una fuente de ingresos permanente para las mujeres que las realizan, las *escisadoras*. Y, por otra parte, en muchos casos, las ceremonias que se preparan para la ablación comportan regalos, fiestas, visitas de parientes, etc., que generan intercambios económicos.

Pero las africanas no sólo son víctimas de esta práctica. Muchas se convierten en parte activa como "guardianas de la tradición" y esa mentalidad también hay que cambiarla: "Con este rito, se controla la edad reproductiva femenina. Pero con la menopausia, la mujer gana poder por primera vez en su vida, y lo disfruta controlando a la generación más joven y educando a los niños. Esto hace más complejo el problema".

Efua Dorkenoo
Equality Now

Las reticencias de las propias mujeres a abandonar su práctica se debe, también, al hecho de que la consideran una tradición ancestral transmitida de generación en generación¹.

Sean cuales sean las razones –o la mezcla de ellas– la realización de la práctica se desarrolla en estricto secreto, así como el período de cura, lo que impide que las niñas y mujeres que no han sido sometidas a ella sepan en qué consiste y sus consecuencias negativas, que nunca se atribuyen a la intervención. Por el contrario, es frecuente que su práctica se lleve a cabo en un ambiente de celebración y fiesta que hace que quienes todavía no han pasado por esa experiencia deseen hacerlo cuanto antes y no quedar excluidas de ella.

¿Es posible contrarrestar esos argumentos con otros que contribuyan a evitar las MGF?

Conocer los argumentos que justifican estas creencias es fundamental para emprender una acción intercultural con el fin de prevenir y, en su caso, erradicar alguna de las prácticas tradicionales perjudiciales. Cuando nos relacionamos con personas que defienden las MGF –o que están en situación de riesgo– es fundamental saber cuáles son los motivos concretos que les llevan a realizarlas.

Por más que nos parezcan unas prácticas incomprensibles e inaceptables no podemos olvidar que se llevan a cabo pensando en el bien de la niña, con la convicción de que le van a beneficiar o le van a impedir sufrir situaciones negativas para ella y su familia. Si conocemos esas razones, será más fácil aproximarnos a las personas que las defienden porque comprenderemos mejor el sentido de sus creencias y podremos establecer un diálogo con ellas. Será un primer paso para lograr una relación de confianza que nos permita abordar la explicación de las nefastas consecuencias que conllevan, así como desmontar las falsas creencias sobre las que se sostienen. Ese acercamiento deberá propiciar que sean esas mismas personas las que comprendan que no deben contribuir a perpetuarlas y sí, por el contrario, convertirse en protagonistas de su superación.

Las razones aducidas para practicar las MGF, además de ser variadas, muchas veces se entremezclan, y resulta difícil hacer una distinción entre las sociales, las tradicionales, las religiosas o las estéticas. A pesar de ello, vamos a tratar de diferenciar algunos de los argumentos sobre los que se sustenta la defensa y práctica de las MGF y, a la vez, exponer los posibles

¹UNFPA, *Ejecución del marco internacional y regional de los derechos de las personas al objeto de eliminar las mutilaciones genitales femeninas*, p. 16.

contraargumentos que pueden facilitar el diálogo transcultural que intentamos desarrollar en la intervención social.

A) Argumentos sociales

Algunas etnias realizan las MGF como un rito de iniciación de las niñas para prepararlas para la vida adulta. Constituye un paso en el que la niña adquiere un estatus diferente que le da identidad étnica, de pertenencia a la comunidad, y la convierte en adulta y ya preparada para su función social principal, el matrimonio.

Por tanto, independientemente de que estemos hablando de una pubertad social y no fisiológica, este ritual es imprescindible para el acceso futuro al mundo de los adultos (...) Es una "marca" permanente que simboliza que su unión al grupo también será de por vida. Se trata, por tanto, de una cuestión de cohesión social y pertenencia, estás dentro o estás fuera (A. Kaplan, 1993).

Si la tradición no se respeta, puede producirse un rechazo social y el aislamiento de la mujer. Si en las costumbres sociales el hecho de estar casada y de procrear es fundamental para la consideración social de la mujer, y para ello debe estar mutilada, su familia la mutilará por querer lo mejor para ella.

Contraargumentos en la relación intercultural

Frente a un argumento tan importante como éste, del que depende la aceptación de la niña en la comunidad, cabe abordar la posibilidad de que ese rito de paso se celebre con la misma solemnidad pero de otra forma. Cabe remitirse a otras experiencias similares en otras culturas y aprovechar la similitud que tiene la *bienvenida* de la niña al mundo de los adultos para festejarlo sin necesidad de la intervención.

El complemento de este contraargumento puede ser la explicación de los efectos nocivos que las MGF pueden tener para la salud de la niña, más allá del dolor que se le va a infligir, ante los que es posible que una madre se rinda para evitarle un mal mayor.

No obstante, un aspecto a tener en cuenta es el gran peso que tienen las personas mayores en las comunidades, pudiendo ocurrir que las abuelas u otras mujeres mayores de la familia tomen decisiones por encima de la voluntad o del conocimiento de la madre o del padre. De cara a éstos, en la relación intercultural, se trata de ponerles ante la necesidad de decidir si es más importante lo que diga la abuela paterna de la niña u otra anciana

que el riesgo que corre la menor de morir. Por esta razón, entre otras, la implicación de los hombres en el compromiso de erradicación de las MGF tiene gran importancia.

En última instancia, un argumento que no debe ser ocultado y que puede impedir la realización de la MGF es la información sobre su prohibición. Puede ser un argumento disuasorio aunque no convenza.

B) Argumentos relacionados con el peso de la tradición

Las MGF están fuertemente vinculadas a tradiciones ancestrales de las diferentes etnias en las que se practica. Son tradiciones muy arraigadas que forman parte indisoluble de la vida y los valores sobre los que se asientan las relaciones familiares y sociales. Este fuerte arraigo hace difícil un cambio de opinión y una transformación social para su erradicación porque, si las MGF no se realizan, significa que se pone en cuestión la lealtad a la comunidad en la que se vive y, en consecuencia, la pertenencia a ella.

Si una mujer perteneciente a una de esas comunidades no está mutilada, lo más probable es que no sea aceptada como esposa y, si no puede cumplir con el mandato social principal para las mujeres que es el de casarse y tener el mayor número de hijos, no será bien aceptada en la sociedad, sufrirá aislamiento, vergüenza y rechazo. Si a pesar de todo lograra casarse, el hecho de no estar mutilada podrá ser un motivo suficiente para ser devuelta a su familia de origen y que la familia del marido reclame la dote entregada a la familia de la mujer, con el consiguiente perjuicio para toda ella.

El politólogo y especialista en relaciones interculturales Bhikhu Parekh dice que se trata de “una práctica vinculante con su propia cultura, íntimamente relacionada con su moral y las creencias sociales que son parte integrante de su modo de vida”; una costumbre que, para las creencias de estos pueblos, “garantiza la virginidad de las chicas (...), las exime de toda sospecha social, (...) protege a la familia de la ignominia que resultaría de sus probables indiscreciones (...) y promueve valores importantes como regular la sexualidad de las muchachas jóvenes, facilitando la disciplina y el autocontrol (...)”; pero como termina reconociendo este influyente autor, “ninguno de estos argumentos parece compensar la gravedad del daño causado”².

²B. Parekh, p. 406.

Contraargumentos en la relación intercultural

Esta justificación, que se entrelaza fácilmente con la anterior, es muy difícil de contraargumentar como lo son todas las creencias que se fundamentan en la idea de que “siempre se ha hecho así”, que es lo que constituye una tradición.

En la relación intercultural puede haber un diálogo previo sobre la existencia de tradiciones buenas y tradiciones malas, muchas de las cuales surgieron en épocas de desconocimiento de aspectos de la realidad que hoy sí se conocen gracias a descubrimientos y avances científicos y médicos. Las tradiciones que son buenas para las personas, que mejoran sus condiciones de vida, su sociabilidad y sus recursos deben conservarse, pero se deben abandonar las malas, las que perjudican a las personas, a su sociabilidad y a la naturaleza.

En el diálogo intercultural se debe recurrir a ejemplos de tradiciones propias que, por ser negativas, se han abandonado también aquí y no ha sucedido ninguna desgracia sino que, al contrario, se han producido beneficios. Los ejemplos relacionados con los avances de la medicina son muy adecuados ya que van a permitir poner en cuestión, a la vez, numerosos mitos y creencias que giran en torno a las MGF como los que mencionamos a continuación bajo el epígrafe “Salud y reproducción”.

D) Argumentos relativos a la salud y a la reproducción

En algunas etnias existe la creencia de que las mujeres mutiladas son más fértiles y que la mutilación mejora el parto, ya que se cree que si la criatura que nace toca el clítoris puede morir, o bien envenenará la leche materna.

Otra creencia es que el prepucio es la parte femenina del hombre y el clítoris la parte masculina de la mujer, por lo que ambos deben ser eliminados para restablecer el equilibrio y para que el espíritu que habita en ambos y que impide la fecundidad, desaparezca.

El clítoris sigue siendo el elemento que se debe destruir porque otra creencia le atribuye el poder de envenenar el pene del hombre. Además, si no se corta, puede crecer sin control desafiando así la autoridad masculina.

Contraargumentos en la relación intercultural

Todas las creencias de este tipo expresan un desconocimiento del cuerpo humano y su funcionamiento que, en principio, podrían irse desterrando

con una transferencia paulatina de una información sostenida sobre salud sexual y reproductiva.

A la vez, otra vía de contraargumentación que puede llevar a reflexionar sobre la falta de fundamento de esas creencias es el hecho de que hay millones de mujeres en el mundo que no han sido *cortadas*, que tienen buenos partos y cuyos bebés no han sufrido ningún daño.

Frente a la falsa creencia de que la ablación aumenta la fertilidad de las mujeres, se puede mencionar que si hay mujeres que tienen menos hijos (se suele recurrir al ejemplo de las mujeres occidentales) es porque deciden que no quieren tener más hijos. La forma en la que lo evitan es recurriendo a la utilización de métodos anticonceptivos mecánicos como el preservativo masculino que, además, protege del contagio de enfermedades de transmisión sexual o el diafragma, y químicos como las píldoras.

Se puede comprobar por otras mujeres que no han sido *cortadas*, sean africanas o europeas, que el clítoris no crece como un pene y que no es dañino para el marido cuando realiza la penetración. A la inversa, cuando realiza el coito una pareja en la que la mujer ha sido mutilada, hay más dificultades para consumarlo y más dolor para la mujer, lo que puede mermar el placer del marido.

C) Argumentos relacionados con el sexo y la sexualidad sobre lo que se considera un comportamiento adecuado al papel que se le atribuye a la mujer en la comunidad

Otros argumentos en favor de las MGF están relacionados con el papel que se atribuye a las mujeres en la familia y en la sociedad.

Se justifican como una protección de las mujeres frente a ellas mismas, al evitarles la tentación de llevar a cabo *actos sexuales ilícitos* antes del matrimonio, que podrían poner en riesgo su virginidad, de gran valor para el honor de la mujer y la familia, para mostrar la fortaleza y la buena condición de la joven que va a ser casada. Igualmente, mediante la anulación de su deseo sexual, se evitan posibles infidelidades en el matrimonio y se asegura la línea de paternidad. Una mujer mutilada es la garantía para sus futuros suegros de que será una buena esposa y nunca podrá decir nadie que los hijos que tiene no son de su marido.

También la OMS recoge la creencia de que la MGF asegura un comportamiento sexual adecuado para garantizar la virginidad antes del matrimonio y la fidelidad matrimonial posterior. No puede ser de otra manera cuando se practica el Tipo III de ablación, que consiste en cerrar la abertura vaginal, ya que se produce una dificultad física real para realizar el coito y sólo

mediante un doloroso procedimiento para reabrir artificialmente la vagina se puede culminar la penetración en la *noche de bodas*. De hecho, es una práctica que casi siempre va acompañada de otras como el matrimonio concertado y forzado por el padre o la familia, o la compra de la esposa, porque su común finalidad es garantizar su función de esposa y madre en un ámbito de fidelidad y sometimiento al marido.

Otras creencias entre algunas etnias sostienen que una mujer mutilada incrementa el placer sexual del marido. Y, en otro orden de cosas, la MGF se asocia a “la necesidad de disciplinar a las mujeres y evitar que estén descontroladas, sean vagas o se inclinen por la ninfomanía”.

Contraargumentos en la relación intercultural

Estos pueden ser algunos de los argumentos más difíciles de contrarrestar dado que son justificaciones que se conocen gracias a las investigaciones realizadas sobre el terreno y a las manifestaciones de las mujeres que han salido de sus comunidades y luchan contra la ablación; pero, en general, son razones que forman parte del mundo de lo implícito, de lo secreto, de lo que se sabe pero no se dice, del tabú. Forman parte, también, de unas formas de relación social y familiar difíciles de cambiar si no es a través de una revolución en las mentalidades sobre el papel que desempeñan las mujeres en relación con los hombres, con la sexualidad, con la maternidad, con la sociedad.

Probablemente, frente a este tipo de argumentos, la intervención social debe proponerse un trabajo a largo plazo orientado a reforzar la posición de las mujeres mediante la transferencia de conocimientos, principalmente sobre salud sexual y reproductiva, que les permita ir descubriendo la realidad y abrir ventanas a la existencia de otros mundos diferentes del propio.

Como en otros casos, ese paso puede conllevar rupturas, cuyo desenlace dependerá, en buena medida, del grado de autonomía que tenga la mujer. De ahí la importancia de que, en la intervención social, no se separe la preocupación por las condiciones de vida de las personas de la voluntad de transformar sus mentalidades.

E) Argumentos relativos a la influencia de la religión

La influencia de la religión en las personas que defienden y practican las MGF es relativa, pero puede tener un cierto peso entre las de religión musulmana a pesar de que el islam no está en el origen de esta tradición.

Quienes defienden las MGF por motivos religiosos basan sus creencias y sus modos de vida en lo que dicen los líderes comunitarios y religiosos,

que son quienes interpretan los textos sagrados, ya que la mayoría de las poblaciones afectadas desconocen la lengua árabe y tampoco tienen conocimientos religiosos. En esos casos, las razones que las circuncidadoras alegan para vincular las MGF al islam tienen que ver con la responsabilidad de limpiar a las mujeres y convertirlas en puras ante Dios.

Contraargumentos en la relación intercultural

Entre los líderes religiosos hay posiciones diferentes con respecto a las MGF. Hay quienes las consideran irrelevantes desde el punto de vista religioso y hay, incluso, quienes contribuyen a su eliminación. De ahí que sea muy importante el diálogo con ellos para que se comprometan a explicar y afirmar que las MGF nada tienen que ver con la existencia del islam y que ni el Corán ni los Hadith la exigen o la recomiendan.

Renombradas personalidades como Penda Mbow, historiadora e islamóloga de la Universidad Cheikh Anta Diop, de Dakar; Nawal el Saadawi, médica y escritora; Halimata Sy, y Marie Hélène Mottin-Sylla, así como diferentes imanes, todos ellos conocedores de los textos, han negado que el Corán recomiende o exija la escisión, sino que se trata de una simple tradición.

De hecho, el gran imán de Al-Azhar en Egipto, Cheikh Tantawi, reveló que su hija no había sido sometida a la MGF.

En la sharía o ley islámica tampoco se justifica las MGF. En todo caso sí hay un reconocimiento de su valor vinculado a la honorabilidad de las mujeres. En efecto, la idea de que el honor y la vergüenza sean responsabilidad de las mujeres es algo bastante generalizado en el mundo musulmán. La asociación del honor con la sexualidad femenina es lo que justifica que ésta no pertenezca a la mujer sino que sea controlada por los hombres. Esta concepción dificulta enormemente el diálogo intercultural al contraponerse valores de gran importancia para algunas personas, tanto de unas culturas como de otras.

Cabe también preguntar por qué hay musulmanes africanos que no practican la MGF.

G) Higiene, belleza

La idea de *purificación* asociada a las MGF no tiene solo una vertiente religioso-sexual, como se ha visto antes, sino que está también relacionada con la higiene en la creencia de que los genitales son algo feo, sucio y que, por lo tanto, una mujer cortada es una mujer limpia. Y, asimismo, se asocia al posible crecimiento del clítoris y su fealdad.

Contraargumentos en la relación intercultural

¿Por qué pensar que los órganos genitales de la mujer son *sucios*? Son una parte más del cuerpo a la que tenemos que cuidar. Son una parte muy importante porque es a través de ellos como las mujeres dan la vida y obtienen placer. Hay que darles valor.

Ante una persona creyente, cabe interrogarse sobre si Dios hubiera creado a la mujer con clítoris y demás órganos genitales si estos fueran malos y sucios.

Las mujeres que no están cortadas no son menos limpias ni tienen más problemas sexuales. Al contrario, con los órganos sexuales mutilados se pueden producir infecciones que, además del dolor y picor, pueden oler mal y provocar rechazo sexual.

Capítulo 6

Mujeres africanas activistas contra la MGF

La labor sobre el terreno es clave para acercarse a sociedades muy diferentes en religión, etnia o economía, pero con un común denominador: “la mitad de las mujeres son esclavas y la mutilación genital es parte de esa esclavitud”, por eso hay que valorar el trabajo que muchos grupos de africanos y africanas están haciendo en sus países.

AGNES PAREYIO. KENIA (Masai)

Agnes Pareyio es una mujer masai, líder de su comunidad en Kenia, que ha dedicado su vida a promover los derechos de la mujer y muy especialmente a luchar contra la MGF, práctica aún hoy muy extendida entre los miembros de su etnia.

Actualmente dirige la organización de base comunitaria Tasaru Ntomonok (Rescate de la Mujer), que desarrolla en la región masai un programa de acogida y atención integral para niñas en riesgo de sufrir la MGF y los matrimonios tempranos forzados.

En 2005, en reconocimiento a su labor, Agnes Pareyio fue galardonada con el premio “Mujer del Año en Kenia” por las Naciones Unidas.

Su organización es miembro de la red internacional Grass Roots Activism to End FGM (Fondo Activista de Organizaciones de Base para la Erradicación de la MGF) que promueve Equality Now y que realiza encuentros anuales en las principales capitales africanas.

EDNA ADAN ISMAIL. SOMALILANDIA

Edna Adan Ismail fue, entre 2003 y 2006, Ministra de Asuntos Exteriores de la región autónoma de Somalilandia, en el noroeste de Somalia. Antes, fue Ministra de Bienestar de la Familia y el Desarrollo Social, asesora regional de Enfermería de la OMS (1986), funcionaria técnica regional para la madre y la salud (1987-1996), y representante de la OMS en Yibuti (1991-97).

Ha tenido responsabilidades para cuestiones relacionadas con prácticas tradicionales nocivas que afectan la salud de las mujeres y los niños, como la MGF, o para la formación de comadronas y parteras tradicionales en los 22 países de la región este del Mediterráneo.

A mediados de los años 80 comenzó a construir un hospital en Mogadiscio, pero, antes de acabarlo, se desató la guerra civil y tuvo que abandonar el país. Al volver a Somalilandia tuvo que empezar de cero. En terrenos que anteriormente eran vertederos de basura y que le fueron donados por el Gobierno, fundó el Hospital de Maternidad Edna Adan que hoy dirige. Un hospital sin fines de lucro destinado a frenar la alta tasa de mortalidad infantil y a impartir la enseñanza de la obstetricia, de la enfermería y de las técnicas de laboratorio.

Es conocido un dicho de Edna Adan Ismail: “La educación es como el cemento en la construcción, sin cemento no se puede construir y sin educación no hay progreso”.

EFUA DORKENOO. GHANA

Efua Dorkenoo es una activista ghanesa reconocida como una de las principales referencias mundiales en la lucha contra la MGF. Actualmente reside en Londres y allí dirige el programa internacional de lucha contra la MGF de la organización Equality Now. Ha sido nombrada oficial de la Orden del Imperio Británico por su labor social.

Fue la primera mujer, en los años 80, en comparecer en la Comisión de Derechos Humanos de la ONU para decir que la MGF no era una cosa de las mujeres africanas sino un ataque directo a los derechos humanos.

Su lucha comenzó en Reino Unido cuando, siendo matrona, atendió el parto de una mujer somalí mutilada. En 1983 fundó la ONG inglesa Forward (Foundation for Women's Health, Research and Development), una entidad que trabaja para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en África.

Efua afirma que es muy difícil ser feminista con un fuerte sistema patriarcal como es el de los países africanos. No obstante, hay muchas mujeres haciendo esa labor desde hace tiempo, convencidas de que para acabar con la práctica de la MGF y los matrimonios prematuros y concertados tienen que cambiar la sociedad.

Ha publicado las siguientes obras: *Female Genital Mutilation: proposals for change*, Minority Rights Group International, 1992. *Cutting the Rose. Female Genital Mutilation: the practice and its prevention*, Minority Rights Group International, 1996.

FATOUMATA COULIBALY. MALI

Actriz, realizadora, periodista y activista contra la MGF, ha sido la protagonista de la película *Mooladé*, del realizador senegalés Ousmane Sembene, dando vida al personaje de Collé Ardo, una mujer valiente y orgullosa que combate esa práctica tan común entre muchas de las etnias de África. “Hacer una película contra la ablación era una obligación moral”, asegura Fatoumata, que, como el 91,6% de las mujeres de Mali, ha sufrido la mutilación genital. “Esta fue la principal razón por la que hice la película, pero también me motivó que mostrara tradiciones y culturas africanas y que tuviera crítica social”.

Mooladé se proyectó en 2008 en algunos barrios de Bamako, capital de Mali, el 6 de febrero, Día Internacional de la Tolerancia Cero con la MGF. Hubo espectadores a los que no les gustó el mensaje y reaccionaron mal en los debates que tenían lugar después de la proyección. Otros comprendieron. En otros países africanos la película fue bien recibida. Lo que sí se puede afirmar es que la película contribuyó a que muchos africanos empezaran a entender que la MGF debe dejarse de practicar.

En la película los hombres les prohíben a las mujeres que escuchen la radio ya que, según ellos, en la radio salen cosas que las mujeres no deben saber. Esto sirve para decir que los hombres no quieren que las mujeres tengan el mismo nivel de información que ellos y, también, que las mujeres no se desarrollen.

Fatoumata, estrella nacional de Bamako, es ante todo una gran activista que trabaja desde hace años con la Asociación Maliense para el Seguimiento y Orientación de Prácticas Tradicionales (AMSOPT), fundamentalmente contra la MGF, y hace visitas de sensibilización en las zonas rurales cada 15 días.

FLORENCE ALI. GHANA

Florence Ali, presidenta de la Asociación de Ghana para el Bienestar de las Mujeres, ha dedicado su vida a luchar contra la MGF. Florence fue partera, y muchas de las mujeres a las que asistió, así como sus bebés, murieron debido a complicaciones derivadas de la ablación.

Muchos ghaneses del norte consideran que la MGF es parte normal en la vida de una mujer, para privarla del placer sexual y asegurar la fidelidad a sus maridos. Sin embargo, los responsables de las ablaciones en Ghana pueden ser condenados desde cinco hasta diez años, pero las autoridades no hacen lo necesario para detenerlos.

La organización de Florence Ali trabaja desde una pequeña oficina en Accra. “No es fácil combatir la MGF, pero hay que seguir luchando para eliminarla del sistema. Tenemos un largo camino por recorrer y, en él, todos tienen un papel que desempeñar”.

GRACE UWIZEYE. KENIA

Grace Uwizeye, máster en Derechos Humanos y Justicia Social por la Universidad Metropolitana de Londres y licenciada en Derecho por la Universidad de Wolverhampton, empezó trabajando como becaria para el Alto Comisionado de Derechos Humanos en Ginebra y en la Organización del Consejo para los Refugiados y en la Unidad de Refugiados de la Cruz Roja Británica en Londres.

En 2009 pasó a ser la responsable del Programa contra la Mutilación Genital Femenina (MGF) para la oficina de la ONG Equality Now (Igualdad Ya) en Nairobi.

HONORATA RAYMOND NASUWA. TANZANIA

Honorata Raymond Nasuwa es la Coordinadora de Programas de NAFGEM (Network Against Female Genital Mutilation), que fue fundada en 1999 para aglutinar y coordinar los esfuerzos de las organizaciones de base y agentes sociales que luchan por la erradicación de la práctica de la MGF en Tanzania. Es miembro de la Coalición contra la MGF y la Comisión de DD HH de Tanzania.

Su labor se centra en la realización de campañas de sensibilización social para la prevención de la MGF, principalmente entre las comunidades masai, wachagga y wapare de las regiones de Kilimanjaro, Manyara y Simanjiro.

En sus campañas, NAFGEM se dirige a los representantes sociales que son claves para avanzar en la eliminación de la MGF, como líderes tribales (*laigwanans*) y religiosos, Administración del Estado, grupos de mujeres, y mujeres que en el pasado han realizado la MGF (circuncidadoras) y que ya han abandonado la práctica.

ISATOU TOURAY. GAMBIA

La doctora Isatou Touray es la directora ejecutiva del Comité de Gambia contra las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas (GAMCOTRAP, por sus siglas en inglés), una líder nacional e internacional en la lucha contra la MGF. Dicha organización fue fundada en 1984 para defender los derechos de la mujer gambiana y dedica la mayor

parte de su labor a proteger el bienestar de las niñas, luchando por erradicar prácticas tradicionales nocivas como la MGF y el matrimonio infantil.

Desde su nacimiento, GAMCOTRAP ha sufrido la oposición no solo de las comunidades que practican la MGF en Gambia, sino también del propio Estado. Lo prueban las acusaciones y persecuciones de que han sido objeto tanto Isatou como su colaboradora Amie Bojang-Sissoho por parte de la policía, que han provocado protestas internacionales hasta conseguir ser absueltas.

Es una prueba de las dificultades y peligros a los que se enfrentan las activistas gambianas en su lucha contra la MGF. Pero gracias ello, bastantes líderes y mujeres de las comunidades van aceptando su labor de sensibilización y están encabezando la lucha contra la MGF y consiguiendo que muchas comunidades vayan abandonando esta práctica.

Por ejemplo, muchas circuncidadoras han abandonado su “trabajo” y han sido formadas para otras actividades.

OLAYINKA AINA KOSO-THOMAS. NIGERIA

La doctora Olayinka Aina Koso-Thomas, ginecóloga nigeriana de 78 años, ha recibido recientemente el grado de doctora *honoris causa* por la Universidad Autónoma de México. En 1998 fue premio Príncipe de Asturias a la Cooperación Internacional.

Nació en una familia de religión anglicana, lo que la salvó de ser mutilada. Estudió medicina en Leeds Medical School en Inglaterra y después en Berkeley. En Freetown, Sierra Leona, pudo ser testigo del sufrimiento que padecen las mujeres que han sido víctimas de la ablación. Y allí fue donde decidió luchar para erradicar esta práctica cruel de carácter tradicional, no religioso, como le gusta afirmar.

Fundó el Grupo para la Abolición de Mutilaciones Sexuales. Su estrategia es acercarse a las comunidades como médica y, una vez que está a solas con las jóvenes, hablar de la ablación.

Está convencida de que solo con educación se podrá conseguir un cambio, pero una educación que vaya dirigida a hombres y mujeres. “Es el hombre quien manda en la mayoría de las comunidades africanas y la MGF encuentra su injustificada justificación en que la mujer debe llegar virgen al matrimonio y permanecer fiel sin tener derecho al placer sexual. Las madres de familia creen que no conseguirán casar a sus hijas si no las someten al ritual de la ablación. Es un mecanismo para mantenerlas domesticadas”.

RAGIA OMRAN. EGIPTO

Es abogada defensora de los derechos humanos y activista por los derechos de las mujeres. En 2013 fue galardonada con el premio Robert F. Kennedy en su trigésima edición, que le fue entregado en el Capitolio de Washington.

En 1994 inició una campaña para prohibir la MGF en los hospitales públicos, que contribuyó a lograr la ilegalización de esa práctica.

En la primavera árabe fundó el movimiento Almasry Alhurr para fomentar la participación pública y promover la rendición de cuentas por parte de los Gobiernos. También se ha enfrentado a juicios en tribunales militares como parte del Frente para la Defensa de la Disidencia de Egipto.

SOPHIA ABDI NOOR. KENIA

Integrante del décimo Parlamento de Kenia y del Consejo de la Shura, Sophia Abdi Noor tiene una larga trayectoria de lucha –tanto institucional como no gubernamental– contra diferentes formas de violencia y discriminación que se ejercen contra las mujeres y que están amparadas por valores culturales androcéntricos que legitiman las relaciones desiguales entre ambos sexos. Su compromiso en el Parlamento keniata ha sido fundamental para la promulgación de una legislación que prohíbe las prácticas perjudiciales para las mujeres en la región, como la MGF, los matrimonios precoces y la herencia de la esposa.

Sophia Abdi Noor promueve y participa activamente en las luchas que diversas organizaciones populares de mujeres y feministas están desarrollando en Kenia. Su propósito es combatir las diferentes formas en las que se expresa la violencia contra las mujeres, tanto si se utiliza como estrategia disuasoria de su libertad de movimientos en el espacio público, como si es para conservar tradiciones culturales que niegan su individualidad y su libertad.

Una de sus preocupaciones en su apoyo y participación en la lucha de las mujeres es combatir las actitudes victimistas ya que, a pesar de las inimaginables dificultades por las que deben pasar, dice que es fundamental apuntalar y desarrollar la voluntad de estas mujeres de no cejar en su decisión de hacer su sociedad más libre e igualitaria.

WARIS DIRIE. SOMALIA

Waris Dirie nació en 1965 en Somalia, en el seno de una familia nómada musulmana del clan de Darod. Fue mutilada con cinco años y a la edad de

trece años fue entregada por su padre a un hombre de sesenta a cambio de cinco camellos, a lo que se opuso huyendo a través del desierto hasta llegar a la capital de Somalia, Mogadiscio.

En 1981 logra llegar a Londres, donde, a los 18 años de edad, es descubierta por el fotógrafo inglés Terence Donovan cuando trabajaba en un McDonald's, lo que la lleva a convertirse en modelo de alta costura. En 1995, la cadena de televisión BBC realiza un documental sobre su vida titulado *Una nómada en Nueva York* y dos años después, en lo más alto su carrera como modelo, Waris habla por primera vez sobre su mutilación genital a través de una entrevista de Laura Ziv para la revista *Marie Claire*. Ese mismo año es nombrada embajadora especial de la ONU contra la MGF, cargo en el que permanece hasta 2003.

Viajó a Somalia a visitar a su familia en 1997 y en 2000, en plena guerra civil.

En 2002 crea la Waris Dirie Foundation, en Viena, para recabar dinero para luchar contra la MGF. Dos años antes había recibido la nacionalidad austriaca.

Es autora de varios libros: *Flor del desierto* (1998); *Amanecer en el desierto* (2001); *Niñas del desierto* (2005), en el que investiga la MGF en las comunidades africanas que viven en Europa; *Cartas a mi madre* (2007), su obra más intimista, donde confiesa la conexión entre el amor a su madre y el sufrimiento que le infligió al mutilarla.

Por su notoriedad y su labor en la denuncia de la MGF y su trabajo a favor de los derechos de las mujeres africanas ha recibido numerosos premios y condecoraciones: Mujer del Año en EE. UU. (1998); premio África del Gobierno alemán (1998); premio Corine Award (2002); premio Women's World Award, entregado por Gorbachov (2002); premio Arzobispo Óscar Romero, entregado por el presidente de Austria, H. Fisher; condecoración Chevalier de la Légion d'Honneur en Francia (2007); galardón Prix des Générations de la World Demographic Association, del Parlamento suizo (2007); premio Martin-Buber-Plakette en Kerkade, Holanda; premio Mujer del Año (2013), por su incansable lucha contra la MGF.

En el viaje de regreso a Somalia, atravesando el desierto, quiso detenerse para recoger a una señora que caminaba con los pies ensangrentados. El chófer respondió: "No te preocupes, es solo una mujer". Las mujeres deben conseguir un lugar en la sociedad que las valore equitativamente con los hombres. Hoy me dedico a conseguir medios para formar maestros en Somalia, educar a las niñas, a las madres... lo he conseguido con la mía. Ya piensa como yo. Hay esperanza!
Waris Dirie

En 2006, Waris Dirie habla en Bruselas con todos los ministros de los Estados miembros de la Unión Europea, tras lo cual ésta introduce el tema de la MGF en la Agenda Europea.

En 2008 el Parlamento europeo invita a Waris a tener un encuentro en Bruselas con la ministra de Asuntos Exteriores norteamericana Condoleezza Rice. Ese mismo año comienza el rodaje de la película *Flor del Desierto*, [ver fragmento]¹ basada en su libro homónimo, y se estrena en 2009. Waris Dirie es coproductora y su papel lo interpreta la modelo etíope Liya Kebede.

En 2009, Waris se convierte en cofundadora de PPR Foundation for Women's Dignity and Rights, que recolecta dinero para escuelas y clínicas en Somalia.

¹*La flor del desierto*, de Sherry Hormann, 2009. <https://www.youtube.com/watch?v=a7wLOCLGPW0>.

Capítulo 7

Estado de la legislación sobre la MGF en los organismos internacionales, África, América, Asia, Oceanía, Europa y España

El conocimiento de la legislación en materia de MGF nos permite, en primer lugar, constatar que hay un reconocimiento de la gravedad de las consecuencias de la tradición que impone la MGF hasta el punto de que, en numerosos instrumentos jurídicos internacionales y regionales, se considera una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas y en no pocos de los casos se tipifica como delito. Además de su inclusión en los instrumentos de derechos humanos, existe una interpretación cada vez más aceptada según la cual la práctica de la MGF viola otras categorías más amplias de derechos. Todo ello constituye un avance importante en la incorporación de la defensa de las mujeres en la categoría de derechos humanos frente a las prácticas que atentan contra su integridad física y su libertad sexual dictadas por tradiciones seculares.

En segundo lugar, el conocimiento de esta legislación específica permite incluir entre los argumentos de disuasión de su realización el hecho de que la práctica de las MGF se considera un delito que comporta castigos penales y sociales muy graves en un gran número de países. Esto contribuye, sin duda, a la prevención en esos ámbitos a la vez que obliga a la búsqueda de un compromiso entre la exigencia de “prohibir” y la de “no castigar”, o hacerlo de forma proporcional al daño causado.

El efecto disuasorio es otro de los propósitos de la legislación y, junto a él, un tercero, que es dar un claro mensaje de apoyo para aquellas personas que han renunciado o que desean renunciar a la práctica citada. En efecto, la ley no solo tiene el efecto de proteger a las y los activistas, ONG y asociaciones diversas cuyas actividades tienen como objetivo erradicar las MGF, sino que les permiten la posibilidad de exigir a sus gobiernos que vigilen y protejan los derechos de las mujeres.

Pero también nos permite comprobar que, aun apoyando la necesidad de todos esos instrumentos jurídicos y reconociendo el valor de los pasos dados hacia su prohibición legal, ello no es suficiente para conseguir su erradicación, lo que se puede comprobar al comparar las fechas de promulgación de las leyes y el mantenimiento de su prevalencia en los países respectivos. Tampoco es suficiente para evitar algunos efectos secundarios negativos para las víctimas, como su exclusión social en unos casos o su doble pena en otros.

El problema jurídico es más complejo de lo que parece, ya que, en los debates que han acompañado a la adopción de las diferentes formas legislativas de prohibición de las MGF, ha emergido un conflicto en el interior mismo del sistema de valores occidentales. Por una parte, valores como la protección de la infancia, de la integridad del cuerpo y de la igualdad entre los sexos y, por otra, la defensa de las minorías, el respeto al pluralismo y a las especificidades culturales. En definitiva, valores en conflicto que pertenecen a la tradición europea o son considerados universales y que para determinadas poblaciones inmigradas son, a menudo, desconocidos o inexistentes¹.

La conclusión es que la promulgación de una ley nunca basta para erradicar una práctica tan arraigada en la tradición como ésta si no va acompañada de otras medidas como la información, la educación, la atención sanitaria, la atención a los cambios culturales y, de manera especial, la atención a una situación socioeconómica que procure la autonomía de las mujeres. Todas estas medidas deben estar ineludiblemente orientadas con una perspectiva intercultural y de género y deben dirigirse a toda la comunidad, no solo a las mujeres, ya que la erradicación de la MGF debe plantearse desde un punto de vista holístico.

A la vez que se promulga la ley, se debe tener en cuenta que las mujeres a las que no se les haya practicado la MGF van a sufrir rechazo y discriminación en sus ámbitos familiares y sociales, por lo que, junto con la ley, se deben abordar cuestiones como la posición de las mujeres en la familia y en la economía o la transformación y sustitución de las normas y patrones culturales que avalan ésta u otras prácticas tradicionales. Por ello, se deben ir estableciendo orientaciones e instrumentos específicos para evitar que en las políticas gubernamentales prime una concepción del derecho punitiva. Por el contrario, debe adoptarse una concepción en la que prevalezcan métodos de educación social y cultural general, así como de capacitación económica, especialmente para las mujeres.

¹FACCHI, A., *op. cit.*, p. 169.

Así, junto con las legislaciones que garanticen los derechos fundamentales, los Gobiernos deben implantar políticas que garanticen la protección de las mujeres y de las niñas vulnerables a la práctica de la MGF cumpliendo con su deber de informar y educar para modificar las costumbres que discriminan a las mujeres; de abolir las prácticas que sean nocivas para los niños y las niñas; de garantizar la atención a la salud y el acceso a información sobre la salud; y de garantizar un orden social en el que puedan ejercitarse esos y otros derechos².

Las fuentes de derecho a escala internacional³

La legislación relativa a las MGF bebe en unas determinadas fuentes de derecho y se va desarrollando después de que se haya producido un recorrido histórico del reconocimiento de la discriminación de las mujeres, la condena de la violencia contra ellas y la decisión de protección de la infancia. Para que todas estas cuestiones hayan terminado traducándose en leyes y medidas políticas y sociales, que están aún inacabadas, han tenido que transcurrir muchos años.

La legislación internacional y regional que se ha ido desarrollando al objeto de prohibir y sancionar las MGF ha partido de los instrumentos jurídicos establecidos y desarrollados desde la Declaración Universal de Derechos Humanos. Los principios que se citan a continuación son la base fundamental de toda esa legislación.

El derecho a la vida y a la integridad física, incluida una vida libre de violencia

El derecho a la integridad física incluye el derecho a una vida libre de tortura, inherente a la dignidad de la persona, el derecho a su libertad y su seguridad, así como el derecho a su privacidad.

Las MGF causan graves daños físicos y mentales, a veces con resultado de muerte. Así pues, afectan al derecho de la mujer a su integridad física, a su intimidad y a una vida libre de violencia.

Esta categoría de derechos está protegida por la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDDHH) (artículos 1 y 3); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (preámbulo); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) (preámbulo y artículo 9.1) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (artículo 19).

²Para un análisis completo, véase: *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*.

³ONU Mujeres <http://www.endvawnow.org/es/articles/645>.

El derecho a estar libre de todas las formas de discriminación contra la mujer

La práctica de las MGF es, en la mayor parte de los casos, un requisito esencial para el matrimonio y para la aceptación de la mujer en la comunidad. Los Gobiernos que aprueben legislación para prohibir las MGF deben reconocer que, si la mujer no se somete a esta práctica, puede exponerse a una discriminación adicional al ser objeto de ostracismo o no poder casarse⁴. Así pues, se deben abordar cuestiones más amplias como la posición de la mujer en la familia y la economía, su acceso a los servicios de educación y de salud, así como las normas sociales y costumbres generales que respaldan la práctica de las MGF.

El principal instrumento de este derecho es el artículo 1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada en 1979, en vigor en 1981, que define la discriminación contra la mujer en términos generales.

El derecho a la salud

Dado que la MGF puede ser causa de daños físicos y mentales graves, en tanto que constituye un procedimiento invasivo sobre un tejido sano sin ningún tipo de necesidad médica, se la considera una violación del derecho a la salud.

Este derecho se reconoce explícitamente en el PIDESC. La OMS⁵, por su parte, ha incluido el bienestar físico, mental y social en su definición de salud y reconoce que la salud “no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo (Egipto), incluye la “salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales” en su examen de la salud reproductiva (párrafo 7.2); el CEDAW⁶, en su recomendación general 24, se dirige a los Gobiernos para que formulen políticas de salud para las mujeres, y que tengan en cuenta las necesidades de las niñas y las adolescentes que puedan ser vulnerables a prácticas tradicionales como las MGF.

⁴El matrimonio es, en determinadas etnias, el destino “natural” y obligado de la mujer. Una mujer no casada puede llegar a ser excluida del ámbito familiar y social.

⁵Organización Mundial de la Salud. Organismo de la ONU. No es un instrumento de Derecho.

⁶No confundir con la Convención. Se refiere al Comité establecido por el artículo 17 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, con el fin de examinar los progresos realizados en la aplicación de sus disposiciones. 20º período de sesiones, 1999.

Los derechos de los niños y las niñas

Dado que las MGF afectan de modo predominante a niñas y jóvenes menores de 18 años, se trata básicamente de una cuestión de protección de los derechos de la infancia.

El principal instrumento es la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada en 1989, que reconoce el papel de los progenitores y de la familia a la hora de tomar decisiones sobre los niños, pero hace recaer en manos del Estado la responsabilidad última de proteger los derechos del niño (artículo 5). La Convención estableció también la norma del “interés superior del niño” para abordar los derechos de la infancia (artículo 3).

La Convención ordena a los Gobiernos que procedan a abolir las “prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños” (artículo 24.3). Otro instrumento que avala los derechos de las niñas y los niños lo constituyen las observaciones finales del Comité sobre los Derechos del Niño (Togo, 1997), que ordenan explícitamente a los Gobiernos que aprueben legislación para abolir la práctica de la MGF por ser una violación de los derechos de la infancia.

Legislación en el ámbito internacional

Las primeras aproximaciones para abordar la regulación de las MGF se producen simultáneamente en algún país africano⁷ cuya fecha de descolonización está próxima a dicha regulación y, a nivel internacional, en el ámbito de las Naciones Unidas.

A escala internacional, las primeras bases para abordar legislativamente la prohibición de esta práctica se sitúan en la DUDDHH y en las medidas que se van adoptando antes y a lo largo de los años siguientes para abordar la situación general de discriminación de las mujeres. En 1946 se crea la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer que origina, en 1967, la primera Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

A lo largo de esos años, en diferentes países se van creando y desarrollando grupos de mujeres y organizaciones feministas que se movilizan por la exigencia de igualdad y libertad para las mujeres a través de diversas reivindicaciones. La extensión de sus exigencias da lugar a movimientos muy numerosos, muy potentes e influyentes en algunos países y regiones, como EE. UU. y Europa, pero también en Latinoamérica y África, aunque de menor visibilidad e influencia social.

⁷Sudán y Sierra Leona.

En 1975 la ONU declara el Año Internacional de la Mujer y ese mismo año da comienzo el Decenio de la Mujer (1975-1985). Enmarcado en ese decenio se aprobará, en 1979, la CEDAW⁸, que entrará en vigor en 1981, y que recomienda a los Estados firmantes la adopción de medidas y la promulgación o derogación de leyes en la vía para luchar contra la discriminación de las mujeres. La CEDAW define la discriminación de la mujer como “cualquier distinción, exclusión o restricción hecha en base al sexo que tenga el efecto o propósito de disminuir o nulificar el reconocimiento, goce y ejercicio por parte de las mujeres, independientemente de su estado civil, sobre la base de igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil o en cualquier otra esfera”.

Esta convención fue fundamental para fomentar la preocupación por las MGF, ya que elaboró recomendaciones a los Estados tales como que: “Tomarán todas las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres” (artículo 5). Sin embargo, no incluía ningún mecanismo a través del cual se pudiese sancionar a los Estados que incumpliesen esta obligación o que incurriesen en alguna conducta prohibida. Esto no ocurrió hasta 1999, en que se aprobó el Protocolo de la Convención, que entró en vigor en el año 2000.

No todos los Estados firmantes de la CEDAW lo son del protocolo, tal es el caso de la mayor parte de los Estados africanos⁹. Esto explica, en parte, la paradoja de que un mismo país cuente con un mandato legal de prohibición pero tenga una alta prevalencia en MGF, al no tener ese mandato efectos prácticos. Otros seis países, entre los que se encuentra EE. UU., ni siquiera han ratificado la Convención¹⁰, lo que hasta ahora han hecho 186 países.

La CDN¹¹, de 1989, es otro tratado que tiene que ver con la erradicación de las MGF, ya que obliga a los Estados a “adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”. La reunión para las observaciones

⁸A/RES/34/180, de 18 de diciembre de 1979.

⁹En el anexo I se especifican las firmas de convenciones, pactos y protocolos internacionales de los países africanos.

¹⁰EE. UU. firmó la CEDAW el 17 de julio de 1980. Todavía no la ha ratificado. España firmó la ratificación el 5 de enero de 1984 con la reserva de que no afectaría a la sucesión a la Corona española.

¹¹A/RES/44/25, de 20 de noviembre de 1989.

finales del Comité sobre los Derechos del Niño, celebrada en Togo en 1997, ordena explícitamente que los Gobiernos aprueben legislaciones para abolir las MGF por vulnerar los derechos de la infancia.

Tras la firma de estos tratados, se han seguido promulgando instrumentos legislativos en los que se alude específicamente a las MGF.

En 1993 se produce la Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos¹², de Viena, que en su párrafo 18 establece que “los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales (...). La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas”.

En el mismo año, y como complemento a la CEDAW, la Asamblea General de la ONU aprueba la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer¹³, en la que se hace expresa referencia a las MGF como unas prácticas violentas contra la mujer que hay que erradicar sin que los argumentos de la tradición, la costumbre o la religión sean un motivo para que los Estados eludan sus responsabilidades. En su artículo 2º se hace una relación de los actos susceptibles de ser considerados como violencia contra la mujer: “La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación”. Y en su artículo 4 se recuerda a los Estados miembros de la ONU que ante la práctica de las MGF no deben “invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla.”

Las observaciones generales del CDN y de la CEDAW pueden considerarse como los instrumentos autorizados y normativamente consensuados en relación con las prácticas nefastas y la aplicación de los tratados.

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Pekín en 1995 fue la más influyente de todas las conferencias mundiales sobre la mujer. Contó con 180 delegaciones gubernamentales y 2.500 organizaciones no gubernamentales que analizaron una amplia gama de temas relacionados

¹²Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 14-25 de junio de 1993, Viena, Austria.

¹³A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994.

con los derechos de las mujeres. En sus conclusiones se incluyeron recomendaciones a los Estados “a fin de erradicar las mutilaciones genitales femeninas y modificar los comportamientos sociales y culturales dirigidos a acabar con perjuicios y prácticas lesivas para las personas”.

En el mismo año, 1995, la OMS proporciona la siguiente definición sobre esta práctica: “La MGF comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. No tiene ningún efecto beneficioso para la salud y perjudica de formas muy variadas a las mujeres y las niñas.

Como implica la resección y daño del tejido genital femenino normal y sano, interfiere con la función natural del organismo femenino. Es una práctica muy dolorosa que tiene varias consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud, entre las que se encuentran las dificultades para el parto, con los consiguientes peligros para el bebé.”

Además, en 1999, la OMS publica un valioso manual, *Genital mutilation: Programmes to date: what works and what doesn't. A review*, en el que se revisan las regulaciones legales de esta práctica en los diferentes Estados y su grado de implantación. Aunque este manual no llega a tener un carácter vinculante, el hecho de ser un documento público tiene la virtud de dañar la imagen de los Estados que no hayan abordado la regulación legal y, por lo tanto, puede constituir una forma de presión para animarles u obligarles a tomar medidas destinadas a mejorar la prevención con el fin de preservar su imagen.

Las mujeres están expuestas a la violencia por su sexualidad femenina (resultante entre otras cosas en la violación y en la mutilación genital femenina); por su relación con el hombre (violencia en el hogar, muertes debido a la dote, sati) o porque pertenecen a un grupo social en el que se usa la violencia contra ella para humillar a todo el grupo (violaciones durante conflictos armados o luchas étnicas). Las mujeres están expuestas a la violencia en la familia (malos tratos, abuso sexual de niñas, violencia relacionada con la dote, incesto, privación de alimentos, violación conyugal, mutilación genital femenina), a la violencia en la comunidad (violaciones, abusos y acosos sexuales, trata de mujeres, prostitución forzada) y a violencia del Estado (mujeres detenidas y violaciones en tiempo de conflictos armados).

Informe preliminar presentado
por Radhika Coomaraswamy,
relatora especial sobre la violencia
contra la mujer,
E/CN.4/1995/42, 22/11/94.

En 2001, por una resolución del Parlamento Europeo¹⁴ sobre MGF, se insta a la Comisión Europea, al Consejo de Europa así como a los Estados miembros, a que tomen medidas para la protección de las víctimas de esta práctica y se les reconozca el derecho de asilo a las mujeres y niñas que están en riesgo de ser sometidas a ella.

En 2002, y después de la campaña desarrollada dos años antes por European Women's Lobby sobre *Mujeres solicitantes de asilo*, ACNUR publica las Directrices sobre Protección Internacional: la persecución por motivos de género en el contexto del artículo 1A (2) de la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y/o su Protocolo de 1967. Dicho documento, por un lado establece que "las solicitudes por motivos de género abarcan, generalmente, actos de violencia sexual, violencia doméstica y familiar, planificación familiar forzada, mutilación genital femenina, castigo por transgredir los valores y costumbres morales y discriminación contra los homosexuales", y define todas estas formas de violencia como persecución¹⁵.

En 2004, la Comisión de Derechos Humanos de la ONU publica su Plan de Acción para la Eliminación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales para la Salud de la Mujer y el Niño. En el capítulo denominado "Violencia contra las mujeres y las niñas", en su párrafo 43, se expresa así:

La violencia contra las mujeres y las niñas es un fenómeno mundial que pasa las fronteras geográficas, culturales y políticas y varía tan sólo en sus manifestaciones y en su gravedad. La violencia sexista ha existido desde tiempo inmemorial y sigue existiendo en la actualidad. Adopta formas ocultas y abiertas que implican abusos físicos y mentales. La violencia contra la mujer (que incluye la mutilación genital, la inmolación por fuego de la esposa, las violencias relacionadas con la dote, la violación, el incesto, el golpeamiento de la esposa, el feticidio y el infanticidio femeninos, el tráfico y la prostitución) es una violación de los derechos humanos y no sólo una cuestión ética. Tiene graves consecuencias negativas en el desarrollo económico y social de la mujer y de la sociedad y es una expresión de una subordinación social de la mujer por razón de su sexo.

¹⁴Resolución sobre Mutilación Genital Femenina (2001/2035 -INI-), de 20 de septiembre de 2001.

¹⁵También establece en el párrafo 11 que "incluso aunque un Estado determinado haya prohibido una práctica persecutoria (por ejemplo la mutilación genital femenina), también podría ser, sin embargo, que continúe tolerando o condonando dicha práctica, o no estar en condiciones de detenerla eficazmente. En tales casos, la práctica equivaldría a persecución. El hecho de que una ley haya sido promulgada para prohibir o denunciar ciertas prácticas persecutorias no será fundamento suficiente para determinar la invalidez de la solicitud de la condición de refugiada de la persona".

En el Plan de Acción se reconoce que la MGF es una violación de los derechos humanos y no solo de la dignidad ética.

La importancia estriba en que esta y otras prácticas podrán ser condenadas por la Corte Penal Internacional. Aunque aún no se ha juzgado ningún caso de MGF, en Sierra Leona se han condenado como crímenes contra la Humanidad los matrimonios forzados y la esclavitud sexual.

En 2008, la Asamblea Mundial de la Salud adopta una resolución por la que “se requiere una acción concertada en sectores como los de la educación, las finanzas, la justicia y los asuntos de la mujer, así como en el sector de la salud, y se debe involucrar a protagonistas de índole muy diversa, desde Gobiernos y organismos internacionales hasta organizaciones no gubernamentales”. La resolución insta a los Estados miembros a que aceleren las actividades dirigidas a suministrar información y a educar para entender cabalmente las dimensiones de género, salud y derechos humanos de la MGF. Y asimismo, se les insta a hacer una interpretación y una actuación más integral y holística de la MGF.

*La ley es solo un
paso pero es clave para
cambiar la mentalidad
Si algo es legal se pierde la
batalla. El Gobierno tiene que
poner un estándar para toda
la comunidad, tiene que decir
que es algo inaceptable,
aunque una ley
no sea suficiente.*

Por último, hay que citar el suplemento sobre prácticas perjudiciales que editó ONU-Mujeres en 2010, que recomienda a los Estados miembros de las Naciones Unidas que definan las MGF dentro de su legislación interna, de acuerdo con la definición proporcionada por la OMS, y formula cuatro recomendaciones desde un punto de vista normativo:

- La legislación no debe distinguir entre los distintos tipos de MGF con el objetivo de establecer las penas aplicables¹⁶.
- Hay que especificar con claridad que los acusados de MGF no pueden esgrimir en su descargo el consentimiento de la víctima.
- Es preciso tipificar como delito específico el acto de realizar una MGF.
- Hay que imponer las penas más severas a los autores aplicables en los casos de delitos contra la infancia.

¹⁶Un aspecto muy debatido y en parte criticado desde el principio de proporcionalidad, teniendo en cuenta la diversidad de las MGF existentes y, por lo tanto, la diversidad de grados en sus consecuencias.

Se ha avanzado mucho en la regulación y definición de las MGF a escala internacional, pero vemos cómo, hoy en día, se siguen llevando a cabo estas prácticas. Entre otras razones, es debido a que muchos Estados no las ven aún como unas prácticas perjudiciales o porque temen enfrentarse a la tradición y perder apoyos populares, o porque se llevan a cabo en la clandestinidad con el consiguiente peligro que tiene para la vida de las niñas.

Finalmente, en 2012, la Asamblea General de Naciones Unidas publica la Resolución A/RES/67/146, destinada a intensificar los esfuerzos mundiales para la eliminación de las MGF, un llamamiento a mejorar las campañas de sensibilización y tomar medidas concretas contra las MGF y a seguir observando el 6 de febrero como el Día Internacional de la Tolerancia Cero contra esta práctica.

Legislación en África

En el ámbito regional africano también se han firmado, desde muchos años atrás, tratados generales que constituyen un marco a partir del cual se desarrollarán leyes más concretas relativas a la prohibición de las MGF.

Por ejemplo, la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos, llamada Carta de Banjul, que se aprueba en 1981 y se ocupa de los derechos humanos en general, aunque su artículo 18.3 exige que los Estados garanticen la eliminación de toda discriminación de la mujer y la protección de sus derechos y de los de la infancia, tal como estipulan las declaraciones y convenios internacionales.

La Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño, de 1990, es un correlato de la CDN. Exige que los Estados miembros de la Organización de la Unidad Africana (OUA) “adopten medidas para erradicar prácticas sociales y culturales nocivas que afecten al bienestar, la dignidad, el crecimiento y el desarrollo de los niños, y en particular, las costumbres perjudiciales para la salud y las discriminaciones por razón de sexo o condición” (artículo 21.1).

Llegamos a 2003, cuando se firma el Protocolo de Maputo, que así se llama a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer, que establece que “los Estados parte prohibirán y condenarán todas las formas de prácticas nocivas que afecten negativamente a los derechos humanos de la mujer y que sean contrarias a las normas internacionales reconocidas. Y tomarán todas las medidas legislativas y de otra índole que sean necesarias para eliminar tales prácticas, incluyendo:

- La creación de conciencia pública en todos los sectores de la sociedad en relación con las prácticas nocivas mediante la información, la educación formal e informal, programas de divulgación y campañas de publicidad.

- La prohibición, mediante medidas legislativas respaldadas por sanciones, de todas las formas de mutilación genital femenina, escarificación, medicalización y paramedicalización de la mutilación genital femenina y toda otra práctica con el fin de erradicarlas.

- La prestación del apoyo necesario a las víctimas de prácticas nocivas a través de servicios básicos como servicios de salud, apoyo jurídico y judicial, asesoramiento emocional y psicológico, así como formación profesional para que sean autosuficientes.

- La protección de las mujeres que corran el riesgo de ser sometidas a prácticas nocivas o toda otra forma de violencia, abusos e intolerancia.

El Protocolo de Maputo pone en evidencia la importancia de la educación y de la información para sensibilizar a las poblaciones.

El objetivo es contribuir a cambiar las mentalidades sobre el papel tradicional que se atribuye a mujeres y hombres.

En el mismo año se firma la Declaración de El Cairo para la eliminación de la MGF. Esta declaración reconoce que la erradicación solo se logrará mediante un enfoque integral que promueva un cambio de conducta y usando las medidas legislativas como una herramienta fundamental.

Muchos son los países africanos y de Oriente Medio que han venido promulgando o adaptando, desde tiempo atrás, legislaciones que prohíben las MGF, lo que no significa que sean realmente efectivas: Sudán (1941), Sierra Leona (1953), Guinea (1965, actualizada en 2002), República Centroafricana (1966), Somalia (1978), Kenia (1982/2001), Liberia (1984), República de Guinea (1985), Ghana (1994), Yibuti (1995), Burkina Faso (1996), Egipto (1996, decreto ministerial y 2008), Tanzania (1998), Togo (1998), Costa de Marfil (1998), Senegal (1999), Mauritania (2001), Benín (2003), Níger (2003), Eritrea (2007), Uganda (2010), Nigeria (2015).

En el caso de Etiopía, Ghana, Uganda y Guinea la prohibición de las MGF aparece en sus constituciones. En Chad y en Malí la MGF está incluida en la ley penal como una vulneración de derechos¹⁷.

¹⁷Ver anexo.

Legislación en América

EE. UU. A escala Federal hay una ley que prohíbe la práctica de la MGF desde 1996. Esta ley fue presentada en el Congreso en 1993 como parte de la Ley de Igualdad para la Salud de las Mujeres, pero no fue aprobada. Sin embargo se aprobó en el marco de la IIRIRA¹⁸. En ella se estableció que la práctica de cualquier tipo de MGF en una persona menor de 18 años tendría una sanción de multa o privación de libertad no superior a 5 años, a excepción de aquellas cirugías que se debieran realizar por causas médicas sin que se pudieran aducir razones de costumbres o rituales.

Además de esta ley federal, son varios los Estados que tienen sus leyes propias de prohibición y penalización de las MGF.

Canadá. En 1997 se optó por reformar el Código Penal existente desde 1985, considerando una práctica grave cuando se hiere, mutila, desfigura o daña la vida de una persona, práctica castigada con una pena máxima de 14 años. No se considera atenuante el consentimiento de la víctima.

También se considera delito llevar fuera del país a una niña que viva en Canadá para practicarle la MGF. En este caso la pena es de un máximo de 5 años.

Legislación en Asia

Indonesia. En el año 2000 se promulgó un plan nacional contra la violencia contra las mujeres, y es en ese marco en el que se incluye la lucha contra las MGF. A pesar de la existencia de campañas emprendidas por diferentes colectivos sociales, las diferentes e influyentes opiniones al respecto han impedido hasta ahora la promulgación de una ley más concreta.

Yemen. El Parlamento ha expresado su apoyo a las iniciativas de prohibición de prácticas tradicionales perjudiciales (PTP), pero no hay una legislación específica.

Legislación en Oceanía

Australia. En la mayor parte de sus Estados se prohíbe tanto la práctica de las MGF como llevar a la niña a otro lugar donde no lo esté para hacerlo. Las penas de prisión oscilan de los 7 a los 15 años. El consentimiento no se admite como atenuante.

Nueva Zelanda. La Ley Criminal de 1995 prohíbe expresamente la MGF, cuya práctica se castiga con pena de prisión de un máximo de 7 años tanto

¹⁸Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act.

para quienes la realicen como para quienes sean cómplices, tanto si se hace dentro del territorio como fuera de él o si se consume o no. Igualmente, el consentimiento no exime de responsabilidad.

Legislación en la Unión Europea

A partir de 2001, el Consejo de Europa (CE) se compromete con la erradicación de las MGF. Aprueba la resolución 1247 del CE relativa a las MGF en la que pide a los Estados miembros que promulguen legislaciones específicas de prohibición y sean más flexibles en la concesión de asilo a posibles víctimas. Interpreta que, dado que es una práctica inhumana y degradante, formaría parte de las prohibiciones del derecho internacional.

Ese mismo año, el Parlamento Europeo reconoce que se están llevando a cabo mutilaciones genitales en niñas residentes en países en los que esta práctica no es originaria, entre ellos varios de los europeos, a causa de la diáspora migratoria. Unos años más tarde se pronuncia mediante la resolución 2007/2093, de 16 de enero de 2008, que insta a los Gobiernos a que “apliquen medidas legales específicas sobre la MGF o a que adopten leyes que permitan la adopción de acciones penales contra toda persona que lleva a cabo actos de mutilación genital”. Un año después aprueba la resolución 2008/2071, de 24 de marzo de 2009, dedicada específicamente a la lucha contra las MGF en el interior de la UE introducida por determinados flujos migratorios, aportando, al mismo tiempo, nuevos datos sobre el estado actual de la MGF en Europa:

- Cada año, alrededor de 180.000 mujeres emigradas a Europa son sometidas o corren el riesgo de ser sometidas a MGF.
- En Europa hay unas 500.000 mujeres afectadas por la MGF, ablación que es particularmente habitual entre las familias de inmigrantes y refugiados y que para practicarla incluso se envía a las niñas a su país de origen.
- Las MGF constituyen una violación de los derechos de las mujeres y de las niñas sancionadas por varios convenios internacionales, están prohibidas en la legislación penal de los Estados miembros y violan los principios de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

Esta resolución pide a los Estados miembros que adapten su legislación a esta nueva situación partiendo de que se considere delito la práctica de cualquier tipo de MGF, independientemente de que la mujer afectada haya otorgado algún tipo de consentimiento. Pide, asimismo, que se castigue a quien ayude, incite, aconseje o procure apoyo a una persona para que realice

cualquiera de estos actos sobre el cuerpo de una mujer, joven o niña. En segundo lugar, pide que los Estados persigan, procesen y castiguen penalmente a cualquier residente que haya cometido el delito de MGF, aunque se haya cometido fuera de sus fronteras. Y finalmente, pide que aprueben medidas legislativas que otorguen a los jueces o fiscales la posibilidad de adoptar medidas cautelares y preventivas si tienen conocimiento de casos de mujeres o niñas en situación de riesgo de ser mutiladas.

Cuando se aprueba esa resolución algunos países europeos ya cuentan con algún tipo de legislación que prohíbe las MGF. Pero los legisladores de los países europeos abordan el problema desde planteamientos diferentes, que se pueden resumir en los tres siguientes:

1. Partiendo de la regulación penal general existente y prohibiendo las MGF asimilándolas con un delito de lesiones, daños físicos y/o abuso de menores. Esta forma se adopta en Finlandia, Francia¹⁹, Alemania, Grecia, Holanda, Irlanda, Luxemburgo y Portugal.

2. Promulgando una legislación especial para perseguir las MGF mediante una normativa nueva, como se ha hecho en Suecia, Noruega y Reino Unido²⁰.

3. Modificando la legislación existente, adaptando los respectivos códigos penales para incluir una referencia específica al delito de MGF. Esta forma se adopta en Bélgica (2001), Austria (2002), Dinamarca (2003), España (2003) e Italia (2006).

En los dos últimos bloques de países funciona el principio de extraterritorialidad que tiene como objetivo evitar el riesgo de que las niñas y mujeres que regresen de vacaciones a sus países de origen sufran algún tipo de mutilación.

Las primeras resoluciones judiciales se dictaron en aquellos países donde llegó antes la inmigración de personas que procedían de culturas en las que se practica la MGF. Así, se pueden encontrar resoluciones de los años 90 en Francia e Italia.

Estas diferencias en las opciones legislativas para prohibir la práctica de la MGF han promovido no pocos debates sobre la conveniencia o no de optar por una ley especial que tenga una particular consideración hacia los valores culturales de esta práctica, como ocurre en el caso de Gran Bretaña

¹⁹Francia, sin una legislación especial para la prohibición de la MGF, fue uno de los primeros países en tener que dirimir jurídicamente casos de práctica de MGF en hijas de familias africanas inmigradas.

²⁰Suecia y Reino Unido fueron pioneros en el desarrollo de una legislación específica para la prohibición de la MGF en 1982 y 1985, respectivamente.

y Suecia, o limitarse a aplicar el derecho común, como sucede en Francia y otros países, dejando a cada magistratura la valoración de las distintas implicaciones a la hora de imponer la sanción individual que corresponda.

Las diferencias entre unos y otros casos pudieran obedecer a una distinta concepción de cómo gestionar las políticas públicas respecto a la población de origen inmigrado en el seno de cada sociedad respectiva.

Por una parte, y como crítica al primer “modelo” citado, se considera que las implicaciones culturales particulares de esta práctica hacen que su criminalización sea problemática, más aún cuando no se tiene en cuenta su amplia casuística.

Este complejo debate se manifestó en Francia a raíz del juicio celebrado en 1989 contra Forfana Dalla Traoré, natural de Mali, acusada de haber practicado la escisión a su hija recién nacida.

Una sentencia del Tribunal Supremo francés²¹ había establecido que “la ablación de clítoris debe considerarse una mutilación” y, en consecuencia, era punible según el artículo 312.3 del Código Penal, introducido en 1981, con cadena perpetua para los padres que sean autores de mutilaciones de miembros y 20 años de prisión en caso de complicidad.

Los problemas derivados de la gravedad de las penas se manifestaron en el juicio contra Forfana: no hablaba francés, solo soninké, por lo que no conocía ni las leyes ni otras personas francesas que pudieran informarle. Tenía otros cinco hijos cuyo cuidado dependía fundamentalmente de ella.

En el debate jurídico suscitado se puso de manifiesto la imposibilidad de hablar de *una* escisión (y, por lo tanto, de *un* solo tipo de delito) dada la variedad de prácticas de MGF según etnias y significados. También se evidenció la dificultad de limitar sus consecuencias al aspecto médico, al ser una práctica imprescindible en algunas sociedades de origen para ser considerada verdaderamente mujer y “poder encontrar marido”, con todo lo que de ello se deriva como posición social y para evitar el aislamiento social por incumplir una norma consuetudinaria y religiosa²².

Para la acusación, lo principal era proteger el interés de la niña salvaguardando su integridad física y psíquica, pero frente a ese aspecto indiscutible no quedaba claro cuál era el interés de la víctima, teniendo en cuenta que la estancia en Francia podía ser transitoria y, si se reintegraba a la comunidad de origen, el aislamiento social podía ser mayor que el daño de la escisión. Por no citar su situación si la madre era condenada a 20 años de cárcel por cómplice del hecho.

²¹Sentencia del TS francés de 20 de agosto de 1983.

²²FACCHI, A. (1994), *op. cit.*, pp. 166-167.

Las diferencias entre la cultura europea y la africana se hicieron ostensibles a través de la confrontación, a lo largo del proceso, de dos mundos femeninos: el de Forfana y millones de mujeres africanas y el de las feministas francesas y, en general, las mujeres europeas. Era necesario mediar entre ambos mundos a pesar de todos los obstáculos, cosa que en parte consiguieron algunas mujeres africanas, trabajadoras residentes en Francia, que confesaron la dificultad de llevar a cabo esa mediación. Dos concepciones del derecho se oponían continuamente: una represiva, que reclamaba aplicar rigurosamente la ley penal como medio para combatir esa práctica, y otra promocional, que afirmaba que la única forma de desalentarla era mediante campañas de información, de educación y asistencia social que debían desarrollarse no solo en Francia, sino incluso en los países africanos donde la escisión está más difundida²³.

Después de este proceso, el debate se ha incrementado por el lado de revisar la conveniencia de promulgar un texto legislativo específico –como se ha hecho en Gran Bretaña, Noruega y Suecia– que permita trasladar la cuestión del ámbito jurídico al político, de manera que se pueda valorar públicamente su significado cultural teniendo en cuenta la peculiaridad de la escisión. Se parte de una característica general de la normativa que concierne a los inmigrados extracomunitarios y es que la norma efectiva que se desprende de la ley se desarrolla no solo a nivel jurídico, sino también administrativo y social²⁴. Según esa opinión, una normativa ad hoc tendría la ventaja de poder imponer sanciones menos severas y más proporcionadas a la gravedad y circunstancias de un delito cuya comisión no tiene las mismas consecuencias según su grado.

Por otra parte, en ambos bloques de países con diferente elección jurídica se mantiene la afirmación del derecho de la niña a la integridad personal y la condena de la escisión como práctica discriminatoria y criminal, además de una sanción a los responsables. Pero son dos opciones jurídicas que tienen implicaciones políticas muy diferentes y que reflejan dos planteamientos a la hora de afrontar la inmigración y la pluralidad cultural. En un caso, dando más valor al universalismo de los derechos y a la protección del individuo; en otro caso, considerando el valor de los aspectos comunitarios, aun en una sociedad de ciudadanos, y del pluralismo cultural.

El 1 de agosto de 2014 entra en vigor el *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica*, más conocido como Convenio de Estambul, porque se abre

²³*Ibidem*, p. 168.

²⁴La apertura de fronteras en el interior de la UE recomendaría una legislación homogénea a fin de evitar el riesgo de que mujeres africanas lleven a sus hijas a someterse a la escisión en los países con una normativa permisiva. *Ibidem*, 171.

a la firma en esa ciudad el 11 de mayo de 2011. Hasta esa fecha lo han ratificado Albania, Andorra, Austria, Bosnia-Herzegovina, Dinamarca, Italia, Montenegro, Malta, Francia, Portugal, Serbia, España, Suecia y Turquía. Es el primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer y violencia doméstica.

El convenio contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina; el matrimonio forzado; el acoso; el aborto forzado; y la esterilización forzada.

La firma del Convenio de Estambul implica introducir estos delitos en sus sistemas jurídicos, así como las siguientes obligaciones:

1) Garantizar una interpretación sensible con respecto al género de cada uno de los motivos de la Convención de Ginebra para Refugiados de 1951 (artículo 60, párrafo 2).

2) Desarrollar procedimientos de acogida sensibles al género y servicios de apoyo a los solicitantes de asilo (artículo 60, párrafo 3). Se debe garantizar un proceso de determinación del refugiado que sea respetuoso con las sensibilidades culturales y garantice un ambiente comprensivo que permita que las mujeres relaten la información debida. Para ello, los procedimientos deben incluir, entre otras medidas, la oportunidad de tener una entrevista personal separada de su esposo o pareja y sin la presencia de miembros de la familia, especialmente en el caso de las niñas; la oportunidad de que las mujeres puedan tener una protección internacional separada; que las entrevistas lo sean con perspectiva de género y adaptadas a las necesidades de las niñas; la posibilidad de que la solicitante exprese su preferencia por el sexo del entrevistador y del intérprete.

3) Respetar el principio de no devolución (artículo 61) mediante la obligación de proteger a las mujeres víctimas de violencia independientemente de su estatus de residencia.

En los países que han ratificado el convenio, las medidas adoptadas para su desarrollo son todavía muy escasas. No hay más que ver el ejemplo de España. Por lo tanto, la aplicación del convenio sigue siendo una tarea

Según un nuevo informe de la Unión Europea, una de cada tres mujeres (el 33 por ciento, es decir 62 millones de mujeres) de los 28 Estados miembros de la UE han sufrido violencia física y/o sexual desde los 15 años de edad.

Las cifras más altas de mujeres y niñas originarias de países donde se practica la mutilación genital femenina corresponden a mujeres que viven en Reino Unido, Italia, Francia, Alemania, Irlanda, Países Bajos, Suecia y Bélgica.

pendiente que, mientras no se cumpla, pone en peligro la lucha contra este tipo de violencia.

Por otra parte, y en lo que respecta a la UE, este convenio no le exime de legislar de forma específica en materia de violencia contra las mujeres.

Legislación en España

El aumento de la inmigración en España, sobre todo a partir del año 2004, ha conllevado la llegada de personas con diversas prácticas culturales, algunas de ellas perjudiciales para las mujeres, como es el caso de las MGF, lo que ha justificado la realización de algunos cambios legislativos para prohibirlas. El resultado no carece de sombras.

El marco general sobre el que se apoya la legislación específica sobre MGF es la Constitución de 1978 en sus artículos 10 y 15 del capítulo II sobre derechos y deberes fundamentales, que se interpretan conforme a los acuerdos y tratados internacionales ratificados por España en esta cuestión, así como la LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección del Menor, que obliga a la Administración a intervenir en casos de desprotección del menor.

En cuanto a legislación específica, la primera que se promulga es la Ley Orgánica 11/2003, de 29 septiembre, que modifica el Código Penal (CP) y en la que se tipifica el delito de MGF en su artículo 149. En su exposición de motivos esta reforma reconoce que con el asentamiento de los extranjeros en España aparecen nuevas realidades, como es el caso de las MGF, a cuya práctica el ordenamiento jurídico debe dar respuesta para combatirla sin que pueda justificarse por razones religiosas o culturales. El citado artículo 149, que reforma el CP, dice:

1. El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años.

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 incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.

La reforma del CP ¿significaba que la práctica de las MGF no estaba castigada con anterioridad? Por el contrario, podría haberse considerado incluida en la tipificación del delito de lesiones en el CP vigente en España aprobado por la Ley Orgánica 10/1995. Sin embargo, durante la presenta-

ción del proyecto de reforma se argumentó que, teniendo en cuenta los distintos tipos de lesiones contempladas en ese texto legal, graves, menos graves y leves, podría generarse una jurisprudencia que no considerara la MGF entre los delitos y, por lo tanto, tampoco las sanciones entre las más graves. Lo que hace discutible a su vez que, para conjurar ese riesgo, se dispense el mismo trato penal a todos los tipos de MGF, cuando son tan diversos y tan distintas sus consecuencias sobre la salud física y psíquica de las víctimas²⁵.

En la situación legal anterior a la reforma, el hecho de no mencionar expresamente la MGF posibilitaba una cierta flexibilidad en la aplicación de la pena, ya que permitía enjuiciar el hecho en función de sus características y consecuencias en diferentes tipos de lesiones, siendo ésta una solución más acorde con el principio de proporcionalidad entre el hecho punible y la sanción que merece. Sin embargo, con la reforma del CP, al incluirse la expresión “una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones”, si bien es cierto que se evita el riesgo de dejar impunes prácticas que no hayan sido debidamente definidas, se cae en el injusto error de castigar con igual pena desde el corte en la parte externa del clítoris hasta la infibulación, el tipo más grave de MGF y de consecuencias absolutamente incomparables en grado de perjuicio.

Si la MGF ya podía considerarse tipificada en el CP con anterioridad a la reforma, podría pensarse que el Gobierno se pudo servir del derecho penal para ofrecer a la ciudadanía una imagen de preocupación por temas sensibles, pensando más en los réditos políticos que le pudiera reportar la reforma que su necesidad y efectividad.

El debate sobre la conveniencia de la reforma forma parte, en todo caso, de un más amplio debate internacional que ha tenido lugar, y sigue teniendo, sobre el tratamiento jurídico de las MGF.

En cuanto a la letra del articulado reformado del CP, resulta llamativo el enunciado “El que causara a otro una mutilación...”. Si se considera que la víctima pudiera ser tanto un hombre como una mujer, se estaría identificando, errónea e injustamente, la circuncisión masculina con la MGF, teniendo en cuenta que la circuncisión masculina, además de ser un rito religioso que no se prohíbe, puede ser una acción realizada por recomendación terapéutica o profiláctica y, por lo tanto, beneficiosa para el varón y no susceptible de ser tipificada como delito. Nada parecido al tipo menos dañino de las MGF.

²⁵Ana Valero Heredia y Fernando Flores (2006), “La respuesta del Derecho ante las MGF: una primera aproximación desde el Derecho constitucional”, en *Europa, derechos, culturas*, colección Derechos Humanos, Valencia, UPV.

Dos años después se aprueba la Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, que modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, que tiene como objeto perseguir extraterritorialmente la práctica de las MGF. De esta manera, España se compromete no sólo a prevenir sino también a perseguir y castigar a quien lleve a cabo esta práctica fuera del territorio nacional, siempre que los responsables se encuentren en España. Lo que esta ley modificadora trataba era de terminar con los viajes o visitas a sus países de origen durante los cuales los padres podían ordenar o consentir la realización de la MGF a sus hijas.

Otro paso significativo es la aprobación en 2007 de la Ley Orgánica para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres²⁶. Gracias a esta ley se modifica la ley de asilo y se amplían los motivos para optar al estatuto de refugiado a mujeres que huyen de sus países de origen debido a un temor fundado a sufrir persecución por razón de género. Entre estos motivos se incluye explícitamente la MGF²⁷.

Junto al avance que ha supuesto incluir motivos de género y de orientación sexual en la Ley reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria²⁸, hay que señalar el obstáculo de su más que restrictiva aplicación que convierte el derecho de asilo en una carrera de obstáculos difícil de culminar. La insuficiencia en la dedicación de recursos para ejecutar todos los pasos necesarios es uno de los problemas. Pero otro gran problema es la diferente interpretación que realizan los organismos competentes²⁹ para determinar el derecho de la persona solicitante en cada caso. Lo que explica que, en todo este tiempo, tan solo haya dos sentencias falladas positivamente para las víctimas, la de una mujer mutilada que huyó de un matrimonio forzado y la de otra mujer que, después de dar a luz, podía ser sometida a la MGF.

En las solicitudes inadmitidas a trámite o rechazadas, los motivos han sido: no acreditar la identidad por carecer de documentos como el pasaporte; falta de credibilidad; persecución por parte de “elementos de la sociedad” en lugar de agentes estatales y considerar que podía haberse pedido protección a las autoridades estatales; haberse prohibido la práctica

²⁶BOE número 71, de 23 de Marzo de 2007.

²⁷En su disposición adicional vigésimo novena, modifica el artículo 3 de la ley de asilo que reproduce el artículo 1A (2) de la CG, para incluir dentro de la definición de persona refugiada a “mujeres extranjeras que huyan de sus países de origen debido a tener temores fundados de sufrir persecución por motivos de género”.

²⁸Ley 12/2009, artículo 3. BOE número 263 de 31 de octubre de 2009.

²⁹La Oficina de Asilo y Refugio (OAR) tiene competencia para instruir y elevar propuestas de resolución al ministro de Justicia e Interior y es éste quien tiene competencia para resolver los expedientes (artículo 3 y 27 del Real Decreto 203/1995, de 10 de febrero).

de la MGF por ley sin tener en cuenta que, pese a que en algunos Estados africanos las MGF están prohibidas legalmente, ello no impide que las sigan practicando; y considerar que existe una alternativa de huida interna.

Uno de los problemas con los que se encuentran las mujeres solicitantes de asilo es la interpretación restrictiva y descontextualizada de la Convención de Ginebra (CG) sobre los Refugiados de 1951, y en particular de su artº 1. A³⁰ que define lo que es una persona refugiada. Una forma de evitar interpretaciones que corresponden a la lógica de 1951, pero no a la de más de medio siglo después, sería la aplicación de la perspectiva de género a dicha interpretación. Ese enfoque permitiría reconocer la existencia de los diferentes roles de género que mujeres y hombres tienen asignados en las sociedades, lo que genera situaciones de posición y participación social diferenciadas para mujeres y hombres en la esfera pública y la privada.

Si la perspectiva de género se utilizara en la aplicación de la CG, se podría incluir el género³¹ entre los motivos de persecución con el mismo rango que los demás y adoptar un significado amplio de la “pertenencia a un determinado grupo social” entendiendo que ser mujer³² en determinados ámbitos puede suponer persecución, violación de derechos y riesgo para la vida y la integridad física.

Los profesionales que trabajan con solicitantes de asilo y refugiados afrontan múltiples dificultades, como las diferencias lingüísticas, las presiones derivadas de la limitación de tiempo, la insuficiente conciencia cultural y la falta de conocimientos especializados. La formación interinstitucional coordinada es clave para que todos los profesionales que trabajan con comunidades afectadas puedan proporcionar un apoyo efectivo y culturalmente sensible a los afectados y proteger a las niñas sabiendo cuáles son las señales de alerta.

Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: the need for an integrated European Union Agenda,
Richard A. Powell, Els Leye, Amanda Jayakody, Faith N. Mwangi-Powell, Linda Morison

³⁰ Artículo 1.A. Convención de Ginebra: A los efectos de la presente Convención, el término refugiado se aplicará a toda persona: 2) que, como resultado de acontecimientos ocurridos antes del 1 de enero de 1951 y debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él.

³¹Y la orientación sexual.

³²O LGTBI.

La perspectiva de género también debería estar presente en el transcurso del procedimiento de solicitud de asilo. Su aplicación se traduciría en que las entrevistas a mujeres las realice personal femenino; que se pueda dar oportunidad a las mujeres que vienen acompañadas de sus maridos, padres o hermanos de ser entrevistadas a solas y puedan solicitar el asilo por sí mismas; que el personal funcionario que atiende esté formado para conocer la situación sobre el respeto a los derechos humanos en los países de procedencia y, en particular, los de las mujeres; que se tenga en cuenta que la mujer que ha sido mutilada puede estar bloqueada psicológicamente e impedida para solicitar el asilo en los plazos que marca la ley, etc.

En 2014, bajo el mandato del Gobierno del Partido Popular, se sufre un gran retroceso. Se promulga la LO 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal, que echa por tierra la anterior modificación citada limitando el poder de los jueces en asuntos de extraterritorialidad. Esto significa que quedará fuera de la legislación española sobre justicia universal la penalización de la práctica de la MGF. A partir de ahí, sólo se podrá perseguir y juzgar si se ha llevado a cabo en España o bien cuando el procedimiento se dirige contra un español que haya cometido el delito fuera de España, o cuando se dirige contra un extranjero residente en España, o cuando el delito se ha cometido contra una víctima que, al cometerse los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia en España, siempre que la persona se encuentre en el país.

Significado de la aplicación de la ley en España

La tipificación del delito de MGF en España se caracteriza porque es perseguible de oficio y sin necesidad de denuncia previa. Se considera un delito público, por lo que quien tenga conocimiento de él tiene la obligación de denunciarlo. Se juzga tanto la consumación como el intento; se juzga a quienes hayan intervenido, inducido y consentido, sin que sea un atenuante el consentimiento de la víctima; la cultura, religión o tradición no son causas de justificación.

Las penas que se imponen son de 6 a 12 años de privación de libertad y la suspensión de todas las medidas inherentes a la patria potestad o tutela, o de 4 a 10 años si el juez lo considera necesario por el bien de la menor. Cuenta la reincidencia para la determinación de la pena (condenas en otros Estados, por ejemplo) y el parentesco es agravante. Se prohíbe la mediación como alternativa a lo penal, aunque no la mediación preventiva.

Las medidas cautelares que se pueden aplicar son la prohibición de salida de España y la retirada de pasaporte.

Qué modelo es deseable, ¿preventivo o punitivo?

Es evidente que la legislación española ha optado por un modelo punitivo frente a un modelo preventivo, que se ha ido compensando con la activación de una serie de protocolos de actuación conjunta a lo largo de los últimos años hasta la aprobación de un protocolo de rango estatal en 2015³³. Más adelante se verá el grado de eficacia de estas medidas encaminadas a la prevención de las MGF.

Aunque es imprescindible castigar estas prácticas, las medidas penales nunca deben ir solas, sino junto con programas de actuación que prevengan el delito y que reparen, en la medida de lo posible, sus consecuencias. La sanción penal debe ser el último recurso después de proveer de medidas suficientes de información, educación e integración social. Si solo se emplea la vía penal, el efecto negativo sobre las comunidades de inmigrantes que pudieran practicar la MGF podría ser doble: por un lado, podría incrementarse su práctica de forma clandestina para evitar el castigo y, por otro, dificultaría su integración social al sentirse atacadas en algo fundamental de su cultura e identidad sin más explicación y respuesta que el castigo. No debe olvidarse que, para algunas etnias, la MGF es una práctica cuyos beneficios sociales para las niñas y las mujeres son superiores a los riesgos que supone. En consecuencia, si quienes la consideran necesaria no entienden por qué deberían abandonarla, es lógico que la sigan practicando a pesar de que sea ilegal. Si de verdad se quiere erradicar esta práctica, además de poner en marcha otro tipo de medidas, sociales y educativas, se debe velar realmente por la protección de la menor. Porque el modelo punitivo no solo deja de lado la prevención, sino que tiene unas consecuencias muy negativas para la niña víctima, ya que incurre en condenarla a una doble pena al poderla privar de sus padres y recluirla en un entorno ajeno a su ámbito familiar, social y cultural.

Por otra parte, y aunque el desconocimiento de la ley no exime de su cumplimiento, nos encontramos con una insuficiente información sobre ella a través de los servicios sociales, los mediadores interculturales, los centros educativos y sanitarios, que coadyuvan a transmitir una información imprescindible para la disuasión, algo que es difícil que puedan llevar a cabo si no reciben la formación y el apoyo material necesarios para dedicarse a ello.

³³En la confección del Protocolo Común de Actuación Sanitaria MGF 2015 han intervenido: el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, representantes de las comunidades autónomas, personas expertas en MGF y salud, representantes de asociaciones profesionales y organizaciones civiles, y cuerpos y fuerzas de seguridad autonómicos. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf.

Pero, además, una legislación sin información y educación pierde su efectividad real.

Un modelo preventivo debe contar, junto con medidas legislativas, con programas de actuación en materia de educación, información y prevención, dirigidos a toda la población, pero fundamentalmente a aquella que procede de los países y etnias de mayor prevalencia. Y, desde luego, con recursos materiales y concretos como los que deberían dedicar los responsables del Sistema Nacional de Salud y las Consejerías respectivas a formar médicos para una atención específica para realizar exploraciones, dadas las especiales “patologías” de las mujeres mutiladas.

Esa formación debería ampliarse a la interculturalidad y la comunicación de forma que permita al personal médico comprender ese tipo de situaciones y saber relacionarse con personas para las que el sexo y la sexualidad son cuestiones tabú, pero que son tan importantes tanto para prevenir las MGF como para abordar la educación en salud sexual y reproductiva.

Asimismo, un modelo preventivo debe contar con profesionales específicamente formados en los centros educativos, en los servicios sociales, en los centros de acogida de inmigrantes, y también entre los diferentes cuerpos policiales y los estamentos judiciales, y procurar la coordinación de todos ellos para hacer un seguimiento de la situación de las poblaciones inmigrantes de origen africano.

Los protocolos de actuación

Los protocolos son un instrumento de prevención. La prevención tiene, al menos, dos facetas. Por un lado la disuasión, tratando de conseguir que la familia decida no mutilar a la niña, lo que puede conseguirse con información sobre los riesgos que esa práctica comporta; y por otro la anticipación, impidiendo que la práctica se realice, lo que puede conseguirse con mecanismos de detección de situaciones de riesgo e intervención.

Antes, incluso, de que se modificara el Código Penal para incluir la prohibición de las MGF y dada la alta proporción de población inmigrada de origen africano subsahariano en la zona, en 2002 se activó un protocolo de actuación para profesionales de prevención de las MGF en la demarcación de Girona. Dicho protocolo fue actualizado en 2006.

Fue un protocolo pionero adoptado un año después por el Parlamento de Cataluña para todo el ámbito de la Generalitat, con el que se comprometieron los departamentos de Bienestar Social y Familia, de Enseñanza, Salud, Interior, Presidencia y Gobernación.

Con posterioridad se han ido firmando otros protocolos, cuya relación es la siguiente:

- 2003, actualizado en 2006: Protocolo para la prevención de la MGF de la demarcación de Girona. Desde julio 2008 se aplica en toda Cataluña³⁴.
- 2011. Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF. Gobierno de Aragón³⁵.
- 2013. Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF. Gobierno de Navarra³⁶.
- 2014. Protocolo de actuación sanitaria para el abordaje de la mutilación genital femenina en Osakidetza. Gobierno vasco³⁷.
- 2015. Protocolo común de actuación sanitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España³⁸.

Los objetivos de todos los protocolos son muy similares y se pueden resumir en: prevención, formación y coordinación.

En la prevención es fundamental la detección de las familias en riesgo, de las mujeres que han sufrido algún tipo de ablación, de las mujeres jóvenes, mayores de 18 años, en riesgo de sufrir una MGF, de las niñas en riesgo de sufrir una MGF y aquellas que ya la han sufrido.

Todos los protocolos incluyen un “compromiso preventivo” que debe ser firmado por los padres de la menor y el pediatra correspondiente cuando se tiene conocimiento de que la niña va a viajar al país de origen de sus padres. Se trata de evitar la mutilación de la niña ofreciendo a sus padres un argumento que les descargue de la presión familiar que puedan sufrir por parte de las ancianas del entorno dado el gran peso social que tiene la autoridad gerontocrática. La firma es voluntaria, pero si el padre o la madre se niegan, el pediatra puede notificarlo a la fiscalía previendo la existencia de un riesgo y ésta adoptar medidas cautelares, como la retirada del pasaporte de la menor, si lo considera conveniente³⁹.

³⁴http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/05immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Protocol_mutilacio_castella.pdf.

³⁵<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/Documentos/Protocolo.pdf>.

³⁶<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/257636/Protocolo25junio.pdf>.

³⁷<http://www.avpap.org/documentos/varios/MGF.pdf>.

³⁸http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf.

³⁹Un modelo del compromiso preventivo se adjunta en el anexo III.

La formación específica es imprescindible en los profesionales implicados, dadas las características particulares de lo que debe ser su intervención, y debe ser permanente, ya que uno de los objetivos es la reparación del daño físico, psicológico y emocional de las mujeres y las niñas que ya han sufrido la MGF. Es obvio que un tratamiento holístico, que es el deseable, debe de estar presidido por una coordinación estable entre todos los instrumentos que actúan para la erradicación de esta práctica. Finalmente, los protocolos destacan el trabajo de sensibilización, dirigido tanto a cada mujer y cada hombre como al conjunto de las comunidades y de la población en general.

Puntos débiles de los protocolos

La activación de los protocolos de actuación para la prevención de la MGF supone un indudable avance en la comprensión de que solo con la penalización no se va a conseguir erradicar la práctica de la MGF. Pero tampoco basta con ello. A pesar de que los protocolos cuentan con la voluntad y el buen hacer de entidades solventes y de no pocos profesionales cualificados para llevar a cabo las tareas de prevención en determinadas localidades, muchos de esos profesionales y entidades implicados no dejan de reconocer que la efectividad práctica de estos instrumentos está limitada por una serie de condicionantes que dificultan, y a veces impiden, el cumplimiento de los objetivos que proclaman.

Condicionantes como la falta de dotación económica suficiente, sin la cual ninguna buena idea puede convertirse en una buena práctica; como la desigual implementación en todo el territorio, aspecto que pudiera corregirse con la activación del protocolo a nivel estatal, pero que dependerá de que las comunidades autónomas que no lo tienen decidan ponerlo en marcha; su frágil sostenibilidad, al depender su dotación humana de la voluntariedad de los profesionales, tanto en la formación como en la atención, en vez de establecer un plan que asegure la participación en ambas; no tener una metodología de coordinación entre los agentes implicados que hace que la existente no siempre sea correcta y respetuosa; la falta de un liderazgo claro entre los agentes que intervienen más directamente; la ausencia de mecanismos de evaluación, lo que constituye un obstáculo para comprobar periódicamente su eficacia y poder corregir o adaptar sus medidas a nuevas realidades y situaciones.

A estas dificultades hay que añadir las que se manifiestan por parte de las familias⁴⁰ y de los profesionales para aplicar eficazmente los protocolos. En ambos casos se producen coincidencias, aunque los actores sean bien distintos, así como sus circunstancias.

⁴⁰Cuando hablamos de “familias” debe entenderse, también, mujeres.

La primera dificultad común es la barrera del idioma. Contar con profesionales que puedan expresarse en francés y/o inglés y con un equipo de traductores nativos que conozcan algunas de las lenguas autóctonas es elemental en cualquier programa de intervención que trate con población africana y asiática. Otra dificultad es la capacidad de comprensión del problema de que se trata. Para el profesional, la MGF es un atentado físico de gravísimas consecuencias. Para las familias es un bien que se ha de proteger. Si el profesional no es capaz de comprender el sentimiento de las familias en relación con la práctica, difícilmente podrá cultivar la confianza suficiente para ser escuchado y aceptadas sus recomendaciones. El profesional debe evitar a toda costa que las familias o la mujer, en su caso, se sientan en un medio hostil. La comprensión (a no confundir con aceptación o tolerancia) y la empatía deben jugar un papel fundamental que requieren de una formación específica en habilidades sociales para saber tratar temas sensibles.

Otra dificultad común es el desconocimiento de lo que es una MGF y los problemas médicos que conlleva. Un desconocimiento que puede ser obvio en la mujer y la familia, pero que también puede serlo entre determinados profesionales. Un profesional que se horroriza o no sabe qué decir ante el relato o la visión de una MGF difícilmente podrá relacionarse bien con esa mujer mutilada o evitar que su hija, si la tuviera, corra el riesgo de ser una nueva víctima. Sin embargo, un exhaustivo conocimiento de las consecuencias físicas y psicológicas de una MGF ayudará al profesional a detectar y, en su caso, impedir una nueva MGF, ya que dispondrá de argumentos de peso en un ámbito que es difícil de rechazar: la salud.

En el caso de las familias, otra dificultad es que puedan confundir una MGF con una circuncisión, restando, por lo tanto, importancia a la primera desde el punto de vista médico. Asimismo, son un obstáculo las firmes creencias que las familias pueden tener basadas en argumentos religiosos o tradicionales sobre esta práctica. O si creen que el empeño en su abolición es el resultado de una imposición de la cultura dominante y no una cuestión de derechos humanos que, por otra parte, pueden no ser fácilmente aceptados si concurren en esas personas otro tipo de vulneraciones graves o rechazos por el hecho de ser inmigrantes o si, simplemente, los desconocen.

De ahí que el tratamiento de la prevención de la MGF no sea el primer paso que hay que dar –salvo riesgo de MGF inmediata– si se comprueba que existen otro tipo de problemas de supervivencia y de integración más imperiosos en las familias. Otra gran dificultad por parte de éstas que los profesionales deben tener en cuenta es el ya mencionado tabú que significa

hablar de sexo y de sexualidad en la mayor parte de la población africana, incluso dentro de la misma pareja y más aún ante terceras personas.

Una dificultad por parte de los profesionales puede ser, precisamente, la de no saber abordar las cuestiones relacionadas con la sexualidad de forma que el resultado no sea un rechazo a cualquier tipo de comunicación, fruto de la humillación y el bloqueo defensivo que puede producir en sus interlocutores esa forma de abordarlas. Para evitarlo, deben recibir una formación en interculturalidad que les permita comprender que los patrones culturales con los que las familias se relacionan son otros y muy diferentes a los que prevalecen en la sociedad de acogida. Por lo tanto, es fundamental para establecer una buena comunicación conocer el bagaje cultural de las familias y averiguar qué actitud tienen con respecto al papel que juegan las mujeres en la comunidad, qué idea tienen de sus derechos en general, y en especial de los derechos de las mujeres y la infancia.

-
- *La A/MGF es una experiencia personal traumática que debe tratarse con sumo cuidado y confidencialidad.*
 - *Establecer confianza personal con individuos y grupos es el primer paso para librarse de la práctica.*
 - *Cada caso debe abordarse de forma individual, teniendo en cuenta los antecedentes culturales y educativos de las personas.*
-

Finalmente, y como es obligado en todo acercamiento intercultural, hay que dejar de lado los prejuicios que nos devuelven una imagen homogénea y, en general, negativa de las personas inmigradas y culturalmente diferentes a la mayoría de la sociedad. Evitar esos prejuicios a base de escuchar, convivir y conocer puede ser tan importante como su contrario, la idealización de la persona inmigrada y el miedo a estigmatizarla, ya que se puede correr el riesgo de caer en actitudes paternalistas e injustificadamente tolerantes que dificulten la defensa de los derechos de todas y cada una de las personas.

La conclusión es que cualquier actuación de este tipo por parte de profesionales de la salud, de la mediación, de la educación, de la justicia, de la seguridad, etc... requiere de una capacitación previa que debe incluir la perspectiva de género y la perspectiva intercultural. Ello es necesario para poder atender situaciones complejas y muchas veces desconocidas con una mirada renovada y abierta a nuevos aprendizajes y a una buena práctica de respeto a la pluralidad cultural en la vía de compartir principios y valores que faciliten nuestra común convivencia.

Capítulo 8

Ejercicios prácticos

Los siguientes ejercicios tienen la finalidad de repasar las orientaciones e informaciones principales de los capítulos anteriores. Es una forma de dar participación a los futuros formadores y, también, de ayudarles a afrontar situaciones de relación intercultural con especiales dificultades.

1. ¿De qué diferentes maneras se denomina la práctica de la MGF?

Este ejercicio tiene como objetivo recordar las diferentes formas en las que pueden denominarse las MGF y la conveniencia o inconveniencia de utilizarlas en el diálogo intercultural.

La primera fase del ejercicio consiste en rellenar las casillas que están en blanco con las denominaciones que se recuerden.

La segunda fase consiste en explicar si es correcto o incorrecto su uso y por qué.

Nombre	Correcto	Incorrecto
Ablación	Porque es un término neutro.	
Sunna		Porque se vincula al Islam. Argumentos para demostrar que no viene del Islam.
Corte	Cuando hablamos con población de origen.	
Escisión	Se refiere al Tipo II.	Si no se explica y coincide con lo que es.
Circuncisión femenina		Porque se asocia a la masculina, y no tiene nada que ver. Explicar la diferencia.
Clitoridectomía	Utilización en ámbitos especializados	
Cirugía genital		Porque es darle el amparo del sistema sanitario.
MGF	Porque identifica mejor lo que se hace.	Cuidado si estamos relacionándonos con personas que lo creen positivo.

2. Práctica intercultural para detectar el riesgo de MGF

La práctica intercultural que se propone es un *role playing* en el que hay que contar con una o varias mujeres africanas, activistas, que conozcan bien las formas de vida, las preocupaciones familiares y sociales y los aspectos culturales que pueden preceder al diálogo intercultural. Se trata de ver si los y las futuros mediadores e interventores de lo social saben sortear las posibles dificultades que se les presenten ante la expresión de valores no compartidos.

El ejercicio consiste en una simulación de una conversación ante una mujer desconocida a la que vemos por primera vez en una consulta, en la asociación, que llega para solicitar información o algún recurso.

Tan solo sabemos que es africana y hemos de averiguar si hay una situación de riesgo. La conversación debe tratar de hallar respuesta a los interrogantes siguientes:

- ¿Tiene hijas pequeñas, está embarazada o recién casada?
- ¿Es de un país con fuerte incidencia de la MGF?
- ¿Es de una etnia que practica la MGF?
- ¿Ella no lo es pero su marido sí?
- ¿En su familia hay mujeres que han sufrido la mutilación?
- ¿Ella misma la ha sufrido?
- ¿Va a realizar un viaje a su país próximamente?

Ejemplo:

Mujer africana. Adulta joven. Habla y comprende el español de forma deficiente. Viene a pedir información para asistencias diversas.

- a. Primera fase, tratar de averiguar: cuánto tiempo lleva aquí; dónde vive; con quién vive; qué familia tiene aquí y en su país de origen; cuál es su país de origen; cuál es su situación administrativa; qué recursos tiene y necesita.
- b. Segunda fase, tratar de averiguar: si tiene hijas; si tiene hermanas pequeñas; de qué etnia es; si ella y su familia están bien de salud; si han ido alguna vez al médico; si tienen algún problema para ir; si las/los menores están escolarizadas/os.
- c. Tercera fase, ofrecer soluciones y oportunidades en orden de importancia para la mujer: información sobre situación administrativa; clases de español; acompañamiento para resolver cuestiones admi-

nistrativas; acompañamiento para cuestiones sanitarias; información sobre recursos, etc.

3. Actuación paliativa ante la sospecha de una posible realización de MGF

En este caso, la simulación es más complicada, ya que nos encontramos ante un caso límite.

- Abordar las posibles consecuencias para la salud de la niña.
- Advertir de la prohibición en España y de su penalización si se realiza.
- Conseguir la firma de un compromiso preventivo.

El compromiso preventivo¹ es actualmente un documento y herramienta disponible tanto para profesionales como para familias que viajan a sus países de origen. Está orientado para su uso en consultas de atención primaria de centros de salud, especialmente en pediatría, cuando las familias planean viajar a uno de los países en donde se practica la MGF. En este compromiso, en forma de carta, las familias se comprometen a vigilar y cuidar de la salud de sus hijas durante su estancia en el extranjero, siguiendo los consejos de los centros de vacunación internacional y evitando la MGF. Recomendamos leer la *Guía de aplicación del compromiso preventivo previamente*.

4. Documentales y películas

El material audiovisual que se relaciona constituye una herramienta de apoyo al trabajo de sensibilización que facilita enormemente la aproximación a la problemática que tratamos por parte de personas que la desconocen *a priori*. Está realizado por diferentes entidades y en diferentes circunstancias y épocas, pero todo él muestra la realidad de las MGF e informa sobre sus aspectos más perjudiciales a la vez que propone formas de llevar a cabo una actividad de prevención para su erradicación.

Hay que destacar el gran valor, en todos sus sentidos, de las mujeres africanas que aparecen en los documentales y películas que se citan, y que son una punta de lanza en la difícil tarea de luchar contra las tradiciones perjudiciales para las mujeres.

Documentales

Discurso ante la ONU de Waris Dirie. 4'14''

<https://www.youtube.com/watch?v=ObINFGqBEU0>

¹Anexo III.

Noticiero Ablación tribu Embera Chami de Colombia. 7'39''

<https://www.youtube.com/watch?v=LAOgFVxhbr0>

No con mi hija (ablación). 40'51'' La MGF en Francia, Alemania e Inglaterra.

<https://www.youtube.com/watch?v=CPC2iDc07S0>

La tradición contra la vida. 25'48''

<https://www.youtube.com/watch?v=mxR1MI-cmyU>

La maldición de ser niña. 52'15''

<https://www.youtube.com/watch?v=SrvjsxOUzC4&feature=youtu.be>

Ablación, cultura o crimen. 52'27''

https://www.youtube.com/watch?v=hjGtR_FYeIQ

Películas

La flor del desierto. Waris Dirie, de Sherry Hormann, 2009

<https://www.youtube.com/watch?v=a7wLOCLGPW0>

Mooladé, de Ousmane Sembene, 2005

https://www.youtube.com/watch?v=RJMup_480vE

Anexo I

Relación de países africanos que han aprobado alguna medida legislativa contra la MGF

República de Benín (antiguo Dahomey). Se independiza de Francia en 1960. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP pero no todos sus protocolos y se reserva otros derechos de aplicación; la CEDAW, pero no su protocolo facultativo; la CTTCID y la CDN, pero no ha ratificado todos sus protocolos; la Carta de Banjul.

En 2003 se aprueba la Ley 3 de 2003 que prohíbe todas las formas de MGF (artículo 2) y las penaliza con prisión de 6 meses a 3 años y multa de 100.000 a 2 millones de francos. En caso de fallecimiento se imponen penas de 5 a 20 años de trabajos forzados y multa de 3 a 6 millones.

Burkina Faso. Antigua República del Alto Volta. Se independiza de Francia en 1960. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no todos sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo facultativo; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (CTTCID); la CDN y la Carta de Banjul.

En 1996 aprobó la Ley 43/96/ADP, cuyo artículo 380 dice: “Cualquier persona que viole o intente violar la integridad física de los órganos genitales de la mujer sea total, ablación, escisión, infibulación, desensibilización u otros se someterá a prisión de 6 meses a 3 años y/o multas de 150.000 a 900.000 francos. Si por la práctica de la MGF la mujer muere, la pena es de prisión de 5 a 10 años. También hay sanciones para el personal médico que realice esa práctica y para quienes encubran el delito.

República del Camerún. Después de haber pertenecido a Alemania, se independiza de Francia en 1960. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no uno de sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo; la CTTCID; la CDN, pero no uno de sus protocolos, y la Carta de Banjul.

La prohibición de las MGF está en su CP que penaliza con prisión de 10 a 20 años (artículo 277) a “quien dañe de forma grave la totalidad o parte de cualquier miembro, órgano o sentido”, siendo de 5 a 10 años para la

MGF y multa de 5.000 a medio millón de CFA (Franco de la Comunidad Financiera Africana. Es la moneda local).

República Centroafricana. En 1960 se independiza de Francia y en 1966 gobierna el dictador Bokassa, autoproclamado en 1976 emperador con el nombre de Bokassa I. Ha firmado el PIDESC, el PIDCP, pero no todos sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo facultativo, y la CDN.

No tiene una ley específica, pero sí una ordenanza con carácter nacional que prohíbe expresamente la MGF, y su práctica se sanciona con penas de entre 1 mes a 2 años de prisión y multas de 5.000 a 100.000 CFA.

República de Chad. Obtuvo su independencia de Francia el 11 de agosto de 1960. El sistema legal de Chad se basa en el derecho civil francés y en el derecho consuetudinario. Ha firmado el PIDCP y la CEDAW, pero no su protocolo facultativo.

En 2002 promulga la Ley 6/PR que no es específica para la MGF (trata de la protección de la salud en la reproducción) aunque se puede interpretar como una forma de violencia contra la mujer, pero es de difícil aplicación. El CP recoge el delito de mutilación, amputación o privación de algún miembro del cuerpo o si de las heridas se produce la muerte. Las penas son de 5 a 10 años y la multa de 10.000 a medio millón de CFA. Si la víctima es menor de 13 años, aumentan las penas y la multa.

República de Costa de Marfil. Se independiza de Francia en 1960. Entre 2002 y 2004 tiene lugar una guerra civil. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP pero no todos sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo facultativo, la CTTCID y la CDN.

En 1998 promulga la Criminal Law Act 98/757, que prohíbe toda forma de violencia contra las mujeres. En su artículo 1 define la MGF como la violación de la integridad del órgano genital femenino por la total o parcial ablación, infibulación, desensibilización o por cualquier otro procedimiento. Su práctica se castiga con penas de 1 a 5 años y multa de 360.000 a 2 millones de CFA.

República Árabe de Egipto. Se independiza de los británicos en 1922. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no todos sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo facultativo, la CTTCID, la CDN.

En 1996 se decreta la Orden 261 del Ministerio de Sanidad que prohíbe expresamente la "circuncisión" en las mujeres, tanto si se hace en hospitales como en un lugar público o privado. El CP, en su artículo 240, establece penas de 3 a 5 años de prisión y trabajos forzados para quienes dañen, corten o amputen un órgano o provoquen la pérdida de sus funciones a otra persona.

República de Ghana. En 1960 se independiza de Gran Bretaña. La Constitución actual, que garantiza el sufragio universal, entró en vigor en 1993. El actual Gobierno está constituido por un 40% de mujeres. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no todos sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo facultativo; la CTTCID, la CDN.

Su CP de 1994, en su artículo 69 regula la MGF como delito para cualquier persona que realice escisión, infibulación o mutile por completo o en parte los labios menores o mayores y clítoris de otra persona, y la condena a no menos de tres años de prisión.

República de Guinea (Conakri), también llamada Guinea francesa, se independiza de Francia en 1958 y hasta 1984 es gobernada por el dictador Ahmed Sekou Touré. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no todos sus protocolos, la CEDAW y la CDN.

En 2000 se aprueba la Ley 2000/010/AN en cuyo artículo se establece que quienes practiquen la MGF serán castigados de acuerdo con el CP. Éste establece en su artículo 265 la pena de trabajos forzados para toda la vida, y si la víctima muere, la sentencia es de muerte. Si se inflige sobre un menor, la sentencia será de trabajos forzados y si el autor es el padre o tutor/a, los trabajos forzados serán de por vida.

República de Kenia. Se independiza de los británicos en 1963. Se primer presidente y fundador fue Jomo Kenyatta. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no todos sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo facultativo; la CTTCID, la CDN, pero no ha ratificado todos sus protocolos.

Su CP de 1985 castiga con 12 meses de prisión y/o multa de 50.000 shillings la MGF de mujeres menores de 18 años. En 1996 se incluyen a las mayores de 18 años.

República de Malí. Se independiza de Francia en 1960. Ha firmado los Pactos del 66 con reservas; la CEDAW, su protocolo con reservas y la CDN.

A partir de los artículo 166 y 171 del CP de 2002, se pone en marcha en 2007 el Plan Nacional para la Erradicación de la Escisión que castiga su práctica con 5 a 10 años de trabajos forzados.

República de Níger. Se independiza de Francia en 1960. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no todos sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo facultativo; la CTTCID, la CDN, pero no ha ratificado todos sus protocolos.

En 2003 se reforma el CP de 1961 y se incluye la MGF como delito (artículo 232). Su realización o intento está penalizado con 6 meses a 3 años de prisión. Si hay resultado de muerte, de 10 a 20 años de prisión. También

se castiga a quienes ayudan, y si quien participa es médico, se le aplicará la pena máxima y retirada de la licencia para ejercer por 5 años como máximo.

República Federal de Nigeria. Se independiza de Gran Bretaña en 1960 como una federación de tres regiones. Hoy está formada por 36 Estados. Ha firmado el PIDESC y el PIDCP, con reservas, y no ha firmado sus protocolos; la CEDAW y su protocolo; la CTTCID y su protocolo, con reservas; y la CDN, pero no sus protocolos.

El CP, que se aplica en el Norte, no menciona la MGF, pero se podría asociar a los daños que se tipifican, que son causar dolor o enfermedad a una persona, o privarle de algún miembro del cuerpo que ponga en peligro su vida. El Código Criminal, que se aplica en el Sur, condena a 7 años de prisión por causar daños graves y a 3 años si se pone en peligro la vida de una persona. En 2015, el presidente Goodluck Jonathan ha presentado un proyecto de ley que tipifica las MGF como un delito sancionado con 4 años de cárcel y multa de 1.000 dólares.

República de Senegal. Se independiza de Francia en 1960 y su primer presidente fue Léopold Senghor. Ha firmado el PIDESC; el PEDCP, pero no todos sus protocolos; la CEDAW y su protocolo facultativo, la CTTCID y la CDN.

Su CP reformado en 1999 incluye la MGF como delito y lo castiga con 6 meses a 5 años de prisión. Si las mutilaciones son realizadas por un médico, se aplicará la máxima pena. Si se produce la muerte, la pena será de trabajos forzados de por vida.

República de Sudán. Se independiza de los ingleses en 1956. En 2005 Sudán del Sur se convierte en una república autónoma de Sudán, y obtiene su independencia en 2011, resultando dos países, República de Sudán y República de Sudán del Sur. Sudán del Sur lleva dos años inmerso en una guerra civil entre las etnias dinka y nuer.

Sudán del Sur ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no sus protocolos; la CEDAW, pero no la ha ratificado, y la CDN. No obstante, la situación bélica de este país sitúa en primer lugar otro tipo de preocupaciones.

Sudán fue el primer país africano en prohibir legalmente la MGF, en concreto la infibulación, aunque permitía el corte del prepucio del clítoris. La pena era de 5 años de prisión y multa. En 2003, con el nuevo CP, establece penas de hasta 10 años y/o multa, pero no define lo que entiende por "circuncisión", que es lo que se penaliza. No hay referencias en lo que respecta a tratados mantenidos por Sudán (Norte).

República Unida de Tanzania. Se independiza de los británicos en 1961. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no todos sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo facultativo; la CTTCID y la CDN.

Su CP reformado en 1998 prohíbe expresamente la MGF y la penaliza con un mínimo de 5 años de prisión y un máximo de 15, y multa de 300.000 shillings.

República de Togo. Se independiza de Francia en 1960. Ha firmado el PIDESC, el PIDCP, pero no todos sus protocolos; no ha firmado la CEDAW; pero sí su protocolo facultativo; la CTTCID y la CDN.

El artículo 1 del CP prohíbe toda forma de MGF y establece penas de 2 meses a 5 años de prisión y multa de 100.000 a un millón de CFA según se realice o se participe. Si la víctima muere, la condena alcanza los 5 a 10 años. También hay penas para encubridores.

República de Uganda. Se independiza de Reino Unido en 1962. Ha firmado el PIDESC; el PIDCP, pero no todos sus protocolos; la CEDAW, pero no su protocolo; la CTTCID, pero no la ha ratificado, y la CDN.

En 2010 promulga la ley de prohibición de la MGF que se basa en el capítulo 4 de la Constitución. Las penas no son superiores a 10 años. Incluye la penalización de la propaganda a favor de la MGF y de la discriminación a niñas y mujeres no mutiladas.

República de Yibuti. En 1977 obtuvo la independencia de Francia. Ha firmado el PIDESC, el PIDCP, la CEDAW, la CDN, pero no sus protocolos.

Anexo II

Medidas legislativas relativas a la mutilación genital femenina¹

ORGANISMO PAÍS/REGIÓN	FECHA	INSTRUMENTOS JURÍDICOS Y MEDIDAS POLÍTICAS
NACIONES UNIDAS	1946*	Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer.
	1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos. Arts. 3, 5, 7, 8, 12, 25, 28.
	1966	Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. Arts. 2, 7, 9, 17, 24.
		Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Preámbulo. Arts. 3 y 12.
	1975	Se declara el Año Internacional de la Mujer .
		Comienza el Decenio de la Mujer.
	1979 1981	Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) . Artº 2. f). Prevé que <i>“los Estados parte adopten medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan una discriminación contra las mujeres”</i> . Recomendaciones generales 14, 19 y 24.
	1989	Convención sobre los Derechos del Niño . Obliga a los Estados a <i>“adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”</i> . Arts. 16, 19 y 24.
	1990	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer , recomendación general 14 (9º período de sesiones, 1990). Recomendación que los Estados Partes <i>“adopten medidas apropiadas y eficaces</i>

¹Elaboración propia.

*Las casillas coloreadas indican que durante esos años no se menciona todavía la MGF.

NACIONES UNIDAS		encaminadas a erradicar la práctica de la circuncisión femenina”, y ofrece varios ejemplos de medidas de esa índole.
	1992	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación Gral. 19 (11º periodo de sesiones).
	1993	La Asamblea General aprueba la resolución 48/104 que incluye explícitamente la MGF como una práctica violenta hacia la mujer y, por lo tanto, la necesidad de luchar para erradicarla sin que los argumentos de la tradición, la costumbre o la religión sirvan a los Estados para eludir sus responsabilidades.
		Viena. Conferencia Mundial de DDHH. <i>Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales (...) La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas.</i>
		Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño (Sudán). Párr. 13.
	1995	IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Pekín. Incluye recomendaciones a los Estados a fin de <i>erradicar las mutilaciones genitales femeninas y modificar los comportamientos sociales y culturales dirigidos a acabar con perjuicios y prácticas lesivas para las personas.</i>
		La Organización Mundial de Salud (OMS) proporciona una definición sobre la MGF: <i>La MGF comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. No tiene ningún efecto beneficioso para la salud y perjudica</i>

NACIONES UNIDAS		<i>de formas muy variadas a las mujeres y las niñas. Como implica la resección y daño del tejido genital femenino normal y sano, interfiere con la función natural del organismo femenino. Es una práctica muy dolorosa que tiene varias consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud, entre las que se encuentran las dificultades para el parto, con los consiguientes peligros para el bebé.</i>
	1997	Observaciones finales del Comité sobre los Derechos del Niño (Togo). Ordena explícitamente que los Gobiernos deben aprobar legislaciones para abolir la MGF por vulnerar los derechos de la infancia. Párr. 24.
		Observaciones finales del Comité sobre los Derechos del Niño (Etiopía). Párr. 6.
	1998	Naciones Unidas, resolución de la Asamblea General e Informes del secretario General sobre prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña: informe del secretario general de 10 de septiembre de 1998, A/53/354, párrs. 17-18.
	1999	La OMS publica un valioso manual, <i>Genital Mutilation: Programmes to date: what works and what doesn't</i> , en el que se revisan las regulaciones legales sobre esta práctica en los diferentes Estados y el grado de implantación de las prácticas.
		Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general 24 (20º periodo de sesiones, 1999).
	2000	Naciones Unidas, Asamblea General, resolución sobre prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña, sobre la base del informe de la Tercera Comisión (7 de febrero de 2000), A/RES/54/133.

NACIONES UNIDAS	2001	Resolución del Parlamento Europeo sobre MGF, por la que se insta a la Comisión Europea, al Consejo de Europa, así como a los Estados miembros, a que tomen medidas para la protección de las víctimas de esta práctica y se les reconozca el derecho de asilo a las mujeres y niñas que están en riesgo de ser sometidas a ella.
	2002	Naciones Unidas , Asamblea General, resolución sobre prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña, sobre la base del informe de la Tercera Comisión (30 de enero de 2002), A/RES/56/128.
	2004	La Comisión de Derechos Humanos de la ONU publica su Plan de acción para la eliminación de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de la mujer y el niño , que reconoce que la MGF es una violación de los derechos humanos y no sólo de la dignidad ética.
	2007	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Sudán, párr. 15.
	2008	La Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados a hacer una interpretación y una actuación más integral y holística de la MGF. <i>Se requiere una acción concertada entre sectores como los de la educación, las finanzas, la justicia y los asuntos de la mujer, así como en el sector de la salud, y que se debe involucrar a protagonistas de índole muy diversa, desde Gobiernos y organismos internacionales hasta organizaciones no gubernamentales.</i>
	2010	ONU Mujeres recomienda a los Estados miembros de las NNUU que incluyan la MGF dentro de su legislación interna, de acuerdo con la definición proporcionada por la OMS.

		La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer adopta una resolución titulada “Eliminación de la mutilación genital femenina”, E/CN.6/2010/L.8.
	2012	El 20 de diciembre de 2012, la Asamblea General de NNUU aprobó la resolución A/RES/67/146, en la que exhorta a los Estados, al sistema de la ONU, a la sociedad civil y a todas las partes implicadas a seguir observando el 6 de febrero como el Día Internacional de la Tolerancia Cero contra la MGF , a mejorar las campañas de sensibilización y tomar medidas concretas contra la MGF.
ÁFRICA		
	1946	Sudán. La escisión y la infibulación están prohibidas oficialmente desde 1941; sin embargo, la puesta en práctica del decreto es papel mojado y la mutilación continúa siendo una práctica habitual y afecta alrededor del 90% de mujeres sudanesas.
	1953	Sierra Leona. Varias mujeres de la sociedad secreta <i>bundu</i> fueron condenadas a penas de prisión por haber practicado la escisión forzada.
	1966	República Centroafricana. Ordenanza contra la MGF con fuerza de ley nacional.
	1971	Somalia. Artº 440 del CP. No cita expresamente la MGF.
	1979	Egipto. El Cairo. Conferencia de jefes religiosos.
	1981	Carta Africana de los Derechos Humanos (Carta de Banjul). Pide garantizar la eliminación de toda discriminación contra la

ÁFRICA		mujer y protección de la infancia. Arts. 4, 5, 16, 18.3 y 28.
	1985	Nigeria. Forum de Nairobi sobre el islam y la MGF.
	1987	Burkina Faso. Firma de la CEDAW.
	1990	Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño. Correlato de la Convención sobre los Derechos del Niño. Arts. 3, 4.1, 5.2, 10 y 14.1. Exige medidas concretas a los Estados miembros de la Organización de la Unidad Africana.
	1994	Ghana. Art. 69A del CP.
		Sudán. Seminario en Jartum sobre las prácticas que afectan a la salud de la madre o del niño.
	1995	Yibuti. Art. 333 del CP.
	1996	Burkina Faso prevé una pena de cárcel y responsabilidades no solo para la persona que realiza la mutilación, sino también para todos sus cómplices, la familia y quienes sujetan a la niña durante la operación.
	1997	Egipto. Decreto ministerial. Orden 261 del Ministerio de Sanidad y art. 240 del CP prohíbe expresamente la MGF.
	1998	Costa de Marfil. Existe una ley desde 1998, pero cinco años más tarde de ser votada la ley no se habían pronunciado los decretos de aplicación y no se había planteado ninguna denuncia al respecto.
		Tanzania. Se reforma el CP. El art. 169ª prohíbe la MGF.

		Togo. CP. Ley 98/016.
	1999	Senegal. En julio 1997 una treintena de mujeres se comprometen públicamente a combatir la mutilación sexual. Se conoce como "Pacto de Malicounda". Se aprueba la ley en 1999.
		Declaración de Uagadugú del Taller Regional sobre la Lucha contra la MGF. Pide que los Estados miembros de la región de la Unión Económica y Monetaria de África Occidental (UEMOA) actúen como una "red para el diálogo, la armonización, la aplicación y el seguimiento de actividades conjuntas para combatir la MGF".
	2000	Guinea. Se actualiza el CP de 1965 con la Ley 2000/010/AN.
	2001	Kenia. Children's Act.
	2002	Chad. Ley 6/PR/2002 para la protección de la salud, prohíbe la MGF.
	2003	Níger. Ley 2003/025 que reforma el CP de 1961.
		Benín. Ley 2003-03 para la represión de la práctica de la MGF.
		Protocolo de Maputo. Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos Relativo a los Derechos de la Mujer. Art. 4, adoptado por la Unión Africana.
		Declaración de El Cairo para la eliminación de la MGF. Párrafo 1, párrafo 2.
		Constituciones que prohíben esas prácticas: Ghana, Uganda y Guinea.
	2005	Etiopía. Los art. 565 y 567 del CP prohíbe las PTP.

	2015	Nigeria. Se aprueba un proyecto de ley.
AMÉRICA		
	1996	EE. UU. Se prohíbe a nivel federal en el marco de la IIRIRA. Varios Estados que tienen sus propias leyes de prohibición de las MGF.
	1997	Canadá. Se reforma el CP existente desde 1985.
ASIA		
	2000	Indonesia. Se promulga un plan nacional contra la violencia contra las mujeres que incluye la lucha contra las MGF.
OCEANÍA		
	1995	Nueva Zelanda. La Ley Criminal de 1995 prohíbe expresamente la MGF.
	1996	Australia. Prohíbe la infibulación. Actualmente se prohíbe en la mayor parte de sus Estados.
EUROPA		
	2001	El Consejo de Europa aprueba la resolución 1247 del CE que pide a los Estados erradicar la práctica de la MGF por considerarla un trato inhumano y degradante; por lo tanto quedaría también dentro de las prohibiciones del derecho Internacional.
		Resolución A5-0285/2001 del Parlamento Europeo en la que reconoce que se están llevando a cabo MGF en países no originarios (Europa) debido a la diáspora migratoria.

	2006	Resolución de 2 de febrero de 2006 del Parlamento Europeo . Determina que, aunque no se menciona expresamente a la MGF en la directiva 2004/83/CE/del Consejo, dicha práctica quedaría incluida dentro de los actos de violencia sexual.
	2007	El Artº. 3 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea reconoce el derecho a la integridad física y psíquica. Por lo tanto, la MGF es una violación del derecho fundamental en cualquier Estado de la Unión Europea.
	2008	Resolución 2007/2093 , de 16 de enero de 2008, que insta a los Estados miembros <i>a que apliquen medidas legales específicas sobre la MGF o a que adopten leyes que permitan la adopción de acciones penales contra toda persona que lleve a cabo actos de mutilación genital.</i>
	2009	Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la MGF practicada en la UE (2008/2071-INI-) condena toda forma o grado de MGF.
Países que prohíben la MGF con la legislación existente como delito de lesiones		Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Holanda, Irlanda, Luxemburgo o Portugal.
Países que prohíben la MGF con una legislación nueva y especial		Suecia, Noruega y Reino Unido.
Países que adaptan sus CP		Bélgica (2001), Austria (2002), Dinamarca y España (2003) e Italia (2006).
	2014	Convenio de Estambul. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, abierto a la firma en Estambul el 11 de mayo de 2011 y en vigor en 2014, cuando lo han firmado Albania, Andorra, Austria, Bosnia y Herzegovina, Dinamarca, Italia, Montenegro, Portugal, Serbia, España y Turquía.

ESPAÑA		
ESPAÑA	2003	Ley Orgánica 11/2003. Modifica el Código Penal, y se tipifica el delito de mutilación genital femenina.
		Protocolo de prevención de la MGF de la demarcación de Girona.
	2005	Ley Orgánica 3/2005, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985 del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la MGF.
	2006	Protocolo de Prevención de la MGF de la demarcación de Girona reformado y actualizado.
	2007	Ley Orgánica 3/2007, para la Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Permite ampliar la posibilidad de optar a este estatuto a mujeres que huyen de sus países de origen debido a un temor fundado a sufrir persecución por motivo de género. Incluyendo la mutilación genital femenina.
	2009	Ley 12/2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. En relación con la anterior ley, incorpora la persecución por motivos de género u orientación sexual como causa de asilo; la adopción de las medidas necesarias para que en la entrevista de asilo se preste un “tratamiento diferenciado por razón del sexo”; la toma en consideración de las situaciones específicas de personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo a “mujeres embarazadas” y a personas que hayan “padecido torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica o física o sexual y víctimas de trata de seres humanos”.
	2011	Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF en Aragón.

	2013	Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF en Navarra.
	2014	Ley Orgánica 1/2014. Modifica la Ley Orgánica 6/1985 del Poder Judicial relativa a la justicia universal. Supone un gran retroceso, ya que quedará fuera de la legislación española sobre justicia universal la mutilación genital femenina y sólo se podrá juzgar si se ha llevado a cabo en España.
	2015	Protocolo común de actuación sanitaria ante la MGF. Aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de enero de 2015.

Anexo III

Respuestas a preguntas frecuentes

Los padres de una niña ante la ley penal

- Si viven en España, ¿pueden practicar la MGF a su hija aquí?
– *No. Es un delito recogido en el Código Penal.*
- Si viven en España, ¿pueden ir a su país a practicar la MGF a su hija?
– *No. Porque si su hija vive en España, el Ministerio Fiscal perseguirá el delito cuando vuelvan.*
- Las autoridades ¿pueden prohibir la salida de España de su hija?
– *Sí. El Ministerio del Interior o un juez puede quitarle el pasaporte si cree que corre el riesgo de ser mutilada.*
- ¿Qué pena tiene la realización de la MGF?
– *De 6 a 12 años de prisión. Si el padre o la madre están implicados, el juez podrá quitarles la patria potestad y tutela durante 4 a 10 años.*
- Si no quieren realizar la MGF a su hija pero saben que alguien lo va a hacer y no lo impiden, ¿cometen un delito?
– *Sí, porque el deber de los padres es proteger a la menor, y no hacerlo está penado por la ley.*
- Si desconocen la ley, ¿les acusarán igualmente?
– *Sí. Aunque podrá ser un atenuante.*

Ante el derecho de asilo

- ¿Puede acogerse al derecho de asilo una niña o mujer que pueda ser víctima de MGF?
– *Sí. La ley de asilo lo contempla, aunque sea menor de edad.*
- ¿Puede una madre acogerse al derecho de asilo si se opone a que se le practique a su hija la MGF?
– *Sí, si se considera que puede ser un motivo de persecución.*
- ¿Qué obligaciones tiene una persona como solicitante?
– *Debe presentar toda la documentación posible que fundamente la solicitud, y todos los datos sobre su situación actual.*

Anexo IV

Ejemplo de compromiso preventivo

Desde el Centro de Salud:

Se informa a los familiares/ responsables de la niña:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

PAÍS AL QUE VIAJA:

Acerca de:

– Los riesgos sociosanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países africanos, y del delito que supone la práctica para los derechos humanos.

– El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el artículo 149.2 del Código Penal, aunque la operación haya sido realizada fuera del país (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), según modificación de la LOPJ 3/2005.

La pena de prisión es de 6 a 12 años para los padres, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de protección de menores.

– El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/la Pediatra /Médico de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.

– La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los servicios sanitarios.

El/la pediatra/médico certifica que, en los exámenes de salud realizados a la niña hasta ese momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Por todo ello:

– **DECLARO** haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la(s) niña(s) sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.

– **CONSIDERO** haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

– **ME COMPROMETO** a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En, a de de 20.....

Firma. madre/padre/responsable de la niña.

Firma. Pediatra/ Médico

Bibliografía

- ÁLVAREZ, Ignasi (1998), *La gestión de la diversidad: Construcción y neutralización de las diferencias*, Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho.
- AMNISTÍA INTERNACIONAL (1998), *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación*, Madrid, Ed. Amnistía Internacional.
- AÑÓN, María José (2002), *Igualdad y diferencia a propósito de las mujeres. Igualdad, diferencias y desigualdades*, México, Fontamara.
- AÑÓN, María José (2002), "La interculturalidad posible: Ciudadanía diferenciada y derechos", en J. de Lucas (ed.): *La multiculturalidad*, Madrid: Consejo General del Poder Judicial, Cuadernos de Derecho Judicial.
- APARICIO, Marco (2010), "Diversidad cultural, convivencia y derechos. Un análisis en el marco de la Constitución española", *Revista Catalana de Dret Públic*.
- DE LUCAS, J. y otros (2006), *Europa: derechos, culturas*, Valencia, Tirant lo Blanch.
- EIGE, 2008-2011, ACNUR, Demasiado dolor, 2013.
- FACCHI, A. (1994), "La escisión: un caso judicial", en Jesús CONTRERAS (coord.), *Los retos de la inmigración. Racismo y pluriculturalidad*, Madrid, Talasa Ediciones, S. L.
- FACCHI, A. (2001), "Mutilaciones genitales femeninas y derecho positivo", en Javier de LUCAS (coord.), *La multiculturalidad*, Madrid, Cuadernos de Derecho Judicial, Consejo General del Poder Judicial.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2002), *Protocol d'Actuacions per a prevenir les Mutilacions Genitals Femenines*, Barcelona, Secretaria per a la Immigració.
- HERZBERGER-FOFANA, Pierrette, Les mutilations génitales féminines, Université Erlangen-Nuremberg, 2000, <http://www.arts.uwa.edu.au/AFLIT/MGF1.html>.
- JIMENA QUESADA, L. (2003), Las Administraciones públicas ante los flujos migratorios, en *Multiculturalismo y movimientos migratorios*, Valencia, Tirant lo Blanch.
- KAPLAN, A. (2001), "Mutilaciones Genitales Femeninas: Derechos Humanos, Tradición e Identidad", en *8 de marzo* nº 40, revista de la Dirección General de la Mujer, Comunidad de Madrid.
- KAPLAN, A. (2002), "Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género", en Javier de LUCAS, en *Multiculturalidad y justicia*, Madrid: Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial.

- LACOSTE-DUJARDIN, C. (1985), *Des mères contre les femmes, maternité et patriarcat au Maghreb*, Paris, Ed. La Découverte, Réed, 1996.
- LUCAS, Benedicte, La ablación genital femenina: una práctica inaceptable desde la perspectiva de los derechos humanos. Balance de la situación y recomendaciones para su erradicación, tesina dirigida por el profesor Daniel Oliva Martínez, máster oficial en Estudios Avanzados en Derechos Humanos del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid, 2007.
- MIGUEL JUAN, C., La mutilación genital femenina, derecho de asilo en España y otras formas de protección internacional, The Aire Centre, http://www.uv.es/cefd/17/carmen_miguel, s.f.
- NN UU. Consejo Económico y Social. Comisión de Derechos Humanos. Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías.
- ODAM ONGD, La erradicación de la mutilación genital femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo, Oviedo, 2013.
- ONU MUJERES, Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas, <http://www.endvawnow.org/es/articles/645>
- PAREKH, Bhikhu (2000), *Repensando el multiculturalismo. Diversidad cultural y teoría política*, Istmo, Ciencia Política.
- PÉREZ VAQUERO, C. (2011), La mutilación genital femenina en España y la Unión Europea, Noticias Jurídicas, <http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4721>.
- SALES, A. y GARCÍA, R. (1997), *Programas de educación intercultural*, Desclée De Brouwer, Bilbao.
- SANTOLAYA MACHETTI, P. (2000), "Derecho de asilo y persecución relacionada con el sexo", en T. FREIXES (coord.), *Mujer y Constitución*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.
- SERRANO TÁRRAGA, M. D. (2012), "Violencia de género y extraterritorialidad de la ley penal. La persecución de la mutilación genital femenina", *Revista de Derecho UNED*, nº 11.
- SOBRINO HEREDIA, J. M. (2008), Título I. Dignidad, en Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Comentario artículo por artículo, Bilbao, Fundación BBVA.
- UNFPA (2014), Mise en oeuvre du cadre international et regional des droits de la personne en vue de l'élimination des mutilations génitales féminines.
- UNICEF (2005), Cambiar una convención social perjudicial: la A/MGF, Florencia, Centro de Investigaciones de UNICEF Innocenti Digest.