



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



UNA MIRADA CALEIDOSCÓPICA SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN CATALUÑA.

Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e
intervenciones preventivas.

Dos modelos de intervención ante la MGF:
A un lado del muro: el Modelo de la Generalitat de Catalunya.
Al otro lado del muro, el Modelo **Wassu**.

Tesis Doctoral
Aina Mangas Llompart

Directora
Adriana Kaplan Marcusán

Universitat Autònoma de Barcelona
Departament d'Antropologia Social i Cultural
Programa de Doctorat en Antropologia Social i Cultural

2017

Als meus pares

Índice

Prólogo (a modo de agradecimiento).....	7
BLOQUE I. La Mutilación Genital Femenina en el punto de mira.....	11
Capítulo 1. El Caleidoscopio	11
1. Planteamiento y ámbito de estudio.....	22
1.1. Objetivo general y específicos.....	22
1.2. Hipótesis de trabajo.....	24
1.3. Ámbito y sujetos de estudio.....	26
1.4. Métodos y técnicas de investigación.....	29
2. Estructura de la tesis.....	38
3. Diferentes miradas sobre la MGF.....	39
3.1. Miradas desde la antropología.....	40
3.2. Miradas desde la salud.....	44
3.3. Miradas desde la perspectiva de los Derechos Humanos.....	50
3.4. Miradas desde la perspectiva de violencia.....	51
4. Génesis de la investigación y trabajo de campo.....	55
4.1. Primer período [2007-08]. Primer viaje a Gambia. <i>El azar</i>	57
4.2. Segundo período [2009]. Segundo viaje a Gambia. <i>La Conferencia Internacional</i>	59
4.3. Tercer período [2009-10]. Provincia de Barcelona, en el marco de la tesina.....	61
4.4. Cuarto período [2011-16]. Provincia de Barcelona y Girona, en el marco de la tesis..	62
Capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF.....	69
1. La MGF en el mundo.....	71
1.1. Estudios de prevalencia de MGF en África.....	73
1.2. Nuevas tendencias en la práctica de la MGF.....	74
1.3. Declaraciones y conferencias internacionales.....	75
1.4. Legislación internacional.....	80
1.5. Reflexiones: efectividad y retos.....	85
2. La MGF en España.....	87
2.1. Población procedente de los países que practican la MGF.....	87
2.2. Escenarios y características de la MGF.....	89
2.3. Legislación.....	93
2.4. Protocolos y sentencias	99

Capítulo 3. Situación de la MGF en Cataluña (2016)	103
1. Contexto sanitario.....	106
2. Ámbito de estudio.....	108
3. Población diana.....	110
4. Registros de Salud Pública utilizados en Cataluña.....	114
5. Metodología.....	117
6. Resultados estudio cuantitativo de casos de MGF en el Institut Català de Salut (ICS).....	118
6.1. Diagnósticos MGF y Riesgo de MGF en sectores estudiados.....	118
6.2. Diagnósticos MGF por municipio, franjas de edad, origen y/o nacionalidad.....	120
6.3. Diagnósticos Riesgo de MGF 0-14 años por municipio, origen y/o nacionalidad.....	124
7. Análisis cualitativo de la codificación diagnóstica.....	127
7.1. Alcances y limitaciones de la codificación diagnóstica.....	127
7.2. Dilema ético de los y las profesionales frente a la clasificación.....	132
8. Conclusiones.....	135
Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña. Las Dos Caras de Muro	137
1. Años 90. Visibilidad de la práctica con las migraciones y primeros casos.....	140
1.1. Debate entre “ablación/MGF” en la opinión pública	145
1.2. La Mirada política y la Mirada de las asociaciones de mujeres africanas.....	146
1.3. El embrión del Observatorio Transnacional de la MGF.....	150
2. Año 2000-2004. La respuesta de la administración catalana.....	154
2.1. Marco político: plan de acción [2001-2004].....	155
2.2. Resultado del plan de acción: el primer protocolo catalán de la MGF (2002).....	155
2.3. Primeras actuaciones promovidas por la Generalitat de Catalunya.....	158
2.4. Situación de la MGF en Cataluña [GIPE/PTP. 2004].....	163
2.5. Impacto de las actuaciones promovidas por la Generalitat de Catalunya.....	168
3. Año 2005-2008. El embrión de las Mesas de Prevención de la MGF.....	174
3.1. Marco político: legislación y planes de acción [2005-2008].....	175
3.2. <i>A Un Lado del Muro</i> : leyes y protocolos.....	181
3.3. Proyección en la prensa del Modelo Generalitat de Catalunya	187
3.4. Modelo Wassu. <i>Al Otro Lado del Muro</i> : propuesta metodológica y transferencia.....	189

BLOQUE II. El Modelo Generalitat de Catalunya. A Un lado del Muro.....191

Introducción.....193

Capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016].....195

1. Año 2008-2012. La MGF bajo el enfoque de la violencia machista.....197
 - 1.1. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2012].....197
 - 1.2. Resultados de los planes de acción: protocolos, despliegue policial y creación de las Mesas de Prevención de la MGF en Girona [2008].....204
2. Año 2013-2016. Continuación del desmantelamiento del Estado del Bienestar.....221
 - 2.1. Marco político: legislación y planes de acción [2013-2016]222
 - 2.2. Resultados de los planes de acción.....230
3. La reconstrucción de la MGF frente a la cirugía genital cosmética.....238

Capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña.....247

1. Génesis de la metodología de las Mesas de Prevención de MGF (2004).....250
2. Pilotaje de las Mesas. Provincia de Girona (2008).....254
 - 2.1. Objetivo e indicadores de evaluación de las primeras mesas.....254
 - 2.2. Cartografía de las Mesas de MGF. Provincia de Girona.....256
3. Principios básicos de las Mesas de Prevención de la MGF.....257
 - 3.1. Funciones y objetivos generales.....257
 - 3.2. Composición y liderazgo.....258
 - 3.3. Metodología.....259
4. Comisión responsable de la supervisión de la actuación ante la MGF en Cataluña.....260
 - 4.1. Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona (2010).....262
 - 4.2. Grupo de Trabajo de MGF de Cataluña (2010).....264
5. Herramientas desplegadas.....266
 - 5.1. Protocolo “municipalizado” de MGF a raíz del protocolo autonómico.....266
 - 5.2. Ficha de recogida de datos de la Direcció General d’ Immigració.....267
6. Herramientas específicas creadas por las Mesas de Prevención de la MGF.....272
7. Expansión de las Mesas de MGF al resto de Cataluña (2009-2011).....277
8. Modelo híbrido de intervención ante la MGF.....278

Capítulo 7. Evaluación del Modelo Generalitat de Catalunya.....	287
1. Despliegue y aplicación del protocolo catalán de MGF.....	290
1.1. Nivel de prevención.....	296
1.2. Nivel de detección.....	299
1.3. Nivel de actuación	299
1.4. Nivel de recuperación.....	301
2. Evaluación de las Mesas de Prevención de la MGF. Cartografía contrastada.....	302
2.1. Provincia de Girona.....	303
2.2. Resto de Cataluña.....	308
2.3. Evaluación de la metodología y las herramientas.....	317
2.3.1. Ficha de recogida de datos Generalitat de Catalunya.....	319
2.3.2. Ficha de recogida de datos cualitativa. Provincia de Girona.....	322
2.3.3. Valoración de las herramientas desplegadas en las mesas.....	323
3. Impacto del Modelo GC. La MGF como un problema de violencia machista.....	327
3.1. Proyección del Modelo de la GC.....	327
3.2. Registros policiales.....	334
3.3. Actuaciones punitivas: casos.....	336
3.4. Sentencias.....	352
3.4.1. Caso Premià de Mar (2012).....	352
3.4.2. Caso vilanova i la Geltrú (2013).....	358
3.4.3. Caso Lloret de Mar (2014).....	362
3.4.4. Caso provincia de Tarragona (2015).....	364
4. Miradas.....	366
BLOQUE III. El Modelo Wassu. Al Otro Lado del Muro.....	371
Introducción.....	373
Capítulo 8. Observatorio para la prevención de la MGF.....	371
1. El Modelo Wassu En España.....	375
2. Programa de Prevención y Atención de la MGF en Badalona.....	379
2.1. Justificación.....	379
2.2. Metodología.....	380
2.2.1. Fase I. Exploratoria (2009).....	380
2.2.2. Fase II. Proceso elaboración del Programa (2010).....	384
2.2.3. Fase III. Transferencia y formación (2011-2014).....	386

2.2.4. Fase IV. Evaluación (2014).....	389
2.2.5. Fase V. Monitorización y seguimiento (2015-2016).....	399
2.3. Balance del proceso y consolidación.....	404
CONCLUSIONES.....	409
1. Una mirada caleidoscópica sobre la MGF.....	411
Bibliografía.....	421
Cronología.....	441
Glosario.....	451
Anexos.....	453
Anexo I. Trabajo de campo:	
I.I. Congresos, jornadas y conferencias.....	453
I.II. Programa “formativo” de MGF realizado por Mossos d’Esquadra en atención primaria de salud.....	457
I.III. Declaración Yolocamba sobre GAMCOTRAP.....	459
Anexo II. Fichas actuaciones Pla Integral contra la Violència Maquista [2012-15].....	461
Anexo III. Fichas de recogida de casos de las Mesas de prevención de la MGF.....	465
Anexo IV. Estudio demográfico programa de prevención de la MGF en Badalona.....	477
Anexo V. Modelo consentimiento informado de la entrevista.....	481

Prólogo, a modo de agradecimiento

Una habitación propia

Nueve años y medio han pasado desde mi primer viaje a Gambia, un viaje que me abrió los ojos a la esencia de la antropología, un camino que había empezado a andar unos años antes, a mi regreso de París, en el que inicié mi etapa laboral en la salud pública. Mi interés por la antropología nació en París, en la búsqueda de una herramienta complementaria a la salud comunitaria que me proporcionara una mirada analítica de lo que nos rodea. Al llegar a la ciudad, me matriculé en la UNED, en el Instituto Cervantes de París, cerca del *Pont de l'Alma*. Sin embargo, ese año no había presupuesto para tutores y a la salida del Hospital de Antony, donde trabajé durante un año en horario nocturno, preferí dejarme llevar y deambular por las calles de París. Una bicicleta, un cuaderno, una pluma y los ojos bien abiertos, por si me tropezaba azarosamente con la Maga en los diferentes puentes que cruzan el Sena.

Al llegar a Barcelona, Isa, una amiga con la que compartía las mismas inquietudes, me había realizado la preinscripción en la licenciatura de Antropología en la Universidad Autónoma de Barcelona. La ciudad no me era desconocida y Gracia volvió a hacerme sentir como en casa, por lo que pude compaginar los estudios con mi nuevo trabajo en Badalona. Ansiosa por incorporar la antropología en la salud comunitaria, al tiempo me di cuenta de que la herramienta que me faltaba en mi mochila no sólo era un cuaderno, una pluma y un medio de transporte, sino que era un espejo. Un espejo que proyectaba a quien gozaba asomarse. La antropología, ciencia atrevida, obliga a asomarse y en la proyección, me encontré a mi misma. Esta reflexión continua, casi obligada e innata, de la antropóloga que llevábamos dentro, cambió mi mirada e hizo interesarme por la investigación e intervención social en el campo de la salud pública.

Una Mirada Caleidoscópica de la Mutilación Genital Femenina en Cataluña es el fruto de estos nueve años y medio de estudio y trabajo, pero también de todo el bagaje previo que ha ido depositándose en mi mochila. Camino compartido con mis compañeras del Grupo Interdisciplinar para el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, el GIPE/PTP, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, con Isabel González, Ana Aguilar, Montse

Massamunt, Tamara Jiménez, Lourdes Franco, Anna Moyà de l'Empordà, Marga Garcia, Nora Salas, Neus Aliaga, Maria Helena Bedoya y María José Pérez Jarauta. Mi especial agradecimiento a las enfermeras Juani Moreno y Granada Rebollo por compartir desde la enfermería, esta dedicación tan profunda y sentida, con las mujeres africanas para la prevención y la atención de la mutilación genital femenina y a todos y todas los que han participado de este equipo. Como diría Octavio Paz, "Sus pasos resuenan en otra calle".

A mi directora, firme como una palmera, tutora persistente, investigadora constante, antropóloga comprometida, persona sensible, humilde, madre intelectual y compañera de fatigas, que me ha visto crecer en la antropología y me ha dejado volar. Adriana Kaplan, MAESTRA, no necesitamos palabras. Gracias de corazón por tu generosidad, sencillez y humildad.

A todos y todas los y las profesionales de Atención Primaria, que me han brindado parte de su tiempo, en los que no abundan los excesos, y a todos y a todas los que han participado en esta investigación. Sin sus miradas no se hubiera podido configurar esta tesis. Mi más profundo a agradecimiento por su contribución.

A mis compañeras y compañeros de Salud y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Badalona. Especialmente a Ana Belén Ramos, Marta Ribó y Xavi Crego, por hacer posible el Programa de Prevención y Atención de la MGF en el municipio, por seguir de cerca esta investigación, por aguantarme día a día y animarme en los momentos más duros, en los que los recursos han escaseado. Gracias también a Eva Malo y Amalia Olivares, por estar siempre y a los y las profesionales de Badalona Serveis Assistencials, especialmente a Silvia Serés, por compartir el camino desde la Salud Pública.

A Rafa Clua y Monste Garcia, por compartir la soledad del doctorado, mi admiración por su investigación en intervención social y su dedicación, que al igual que yo, decidimos costosamente, compaginar con el trabajo.

A Pilar Tugores, Antònia Ramon, Carmen Borreguero, Guillem Rojano, Lucía Pérez, Ana Mangas, Gorety Lordan y Malena Echevarria por sus ánimos, por darme una mano con las transcripciones, por releer estas páginas y por sus correcciones y aportaciones.

A la fundadora del espacio del silencio, Francesca Güell, y todos los trabajadores del Monestir de Sant Jeroni de la Murtra. Un enclave privilegiado en medio de la montaña con más de 500 años de historia, con su huerto ecológico que alimenta el alma. Gracias por ofrecerme una *habitación propia*, con vistas al mar y con una calma que solo interrumpen los pájaros y las campanas. Sin este espacio, no hubiera sido posible empezar a escribir.

Desde Mallorca, a los incondicionales de esta *paella*. A mis padres que me lo han dado todo, me han proporcionado las herramientas para ser una persona libre, autónoma e independiente, a la que han dejado volar por mucho que les haya costado. Mi agradecimiento especial a mi madre, mujer luchadora, por sus sabios consejos sobre la independencia de la mujer y a mi padre, del que he heredado su persistencia por continuar con las ideas y proyectos hasta el final. A mi hermano Fernando y al matriarcado compuesto por mi hermana Mariángeles, mi cuñada Carmiña y *ses meves nines*, Lucía, Ana y María, el futuro de este país. *Als illencs, illenques*, también incondicionales pese a la distancia y el transcurso del tiempo, un abrazo a Eli, María, Diego, Toni y a toda la colla *Ara Vénc*, por seguir y acompañarme desde la distancia en este camino.

A mi familia en Barcelona, Enric, Montse, Belén, Nico, Laia i Guim, por hacerme sentir como en casa y hace más llevadero el día a día.

Y a mi amigo y compañero de viaje, Sergi, por su luz y por compartir y sufrir esta tesis que nos ha acompañado durante estos nueve años, sin que él la eligiera. *T'estim*.

BLOQUE I
LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA
EN EL PUNTO DE MIRA



CAPÍTULO 1
EL CALEIDOSCOPIO

Cada uno ve lo que lleva en su corazón

Johan Wolfgang von Goethe

Introducción

«La mutilación genital femenina¹ comprende todos los procedimientos que de forma intencional y por motivos no médicos alteran o lesionan los órganos genitales femeninos sobre una base social y cultural». (Organización Mundial de la Salud, 2014). La OMS clasifica la MGF en cuatro tipologías: la circuncisión (tipo I), la escisión (tipo II), la infibulación (tipo III) y otras prácticas lesivas para los genitales femeninos (tipo IV). Todas ellas afectan a la salud de niñas y mujeres y perpetúan las desigualdades de género en todo el mundo. Sin embargo, solamente las tres primeras, etiquetadas como «prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres» (Comité Interafricano, 1984) o «intervenciones rituales sobre los genitales femeninos» (La Barbera, 2010) empiezan a ser un problema para la sociedad occidental «cuando sacuden los cimientos y normas constitucionales sustanciales y los derechos fundamentales establecidos en las mismas» (Kaplan y Bedoya, 2002).

La mirada occidental parte el discurso universalista² (Rodríguez, 2002) de la denuncia de la «barbarie», justifica la condena, la criminalización, la estigmatización, la persecución y el castigo sin más (Foucault, 1975) de la práctica que realizan estas Otras³. Es una mirada que refleja un «espejo narcisista, que se jacta de ser la tierra prometida de la liberación femenina, ocultando las inequidades de género inherentes a la cultura de acogida» (San Román, 1996) y que esconde los miedos de una particular tradición psicoanalítica (Bennet, 1993) donde se lleva a cabo la «medicina del deseo»⁴ (Guerra, 2008).

¹ MGF en adelante.

² «[...]vinculado al pensamiento ilustrado y a la idea de modernidad y perfectibilidad, esto es, a la creencia en una evolución o progreso unilineal de estadios primitivos o inmaduros (i.e. barbarismo, mito, ignorancia, error) a otros más avanzados o modernos (i.e. civilización, ciencia, razón, verdad)». (Rodríguez, 2002:7).

³ Mujeres migrantes procedentes de los 28 países del África Subsahariana que practican la MGF «tradicional», refiriéndome a la MGF tipo I, II y III.

⁴ «Medicina del deseo» se refiere a las modificaciones no terapéuticas del cuerpo femenino, como la cirugía genital cosmética, de moda en occidente entre mujeres adultas y adolescentes (con el consentimiento de sus padres). Prácticas denunciada por los movimientos feministas, por considerar el cuerpo femenino, una vez más, como un producto comercial expuesto en el aparador de las «vaginas de diseño» occidentales.

En los años 60 y 70, el movimiento feminista utiliza la circuncisión femenina como paradigma de la opresión a las mujeres por parte del patriarcado. El clítoris toma un «valor simbólico de la independencia sexual de la mujer» (Ahmadu, 2000: 304, citado en Johnsdotter, 2012:105) y, por consiguiente, todas las prácticas que implican el corte de los genitales femeninos son interpretados como ataques patriarcales sobre las mujeres. A nivel internacional, a partir de los años 80 esta práctica tradicional empieza a recibir una especial atención aunque no es hasta los 90, que desde la óptica occidental se visualice como un problema. La intensificación de las migraciones subsaharianas convierten la MGF en una de las prácticas más problemáticas y peor resueltas del contacto intercultural (La Barbera, 2009, citado en Fernández, 2011: 394).

El desarrollo legislativo es uno de los primeros pasos en la lucha contra las MGF. En algunos países africanos se ha legislado en contra de dicha práctica y en Europa se han endurecido las leyes para sancionar, perseguir y castigarla penalmente. La Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la EU (2008/2071 (INI) propone a los veintisiete Estados miembros establecer un protocolo sanitario europeo de control y una base de datos para cuantificar el número de mujeres víctimas de esta práctica⁵. De esta forma la mirada occidental desvía la atención y centra sus esfuerzos en la creación de herramientas de control que dejan de lado verdaderas estrategias «planteadas para su erradicación, que comportan fundamentalmente una transformación social, religiosa y cultural más amplia, que necesariamente debe ir a las propias raíces culturales y a las relaciones de género» (Kaplan, Moreno y Pérez, 2010: 7).

En España la mutilación genital femenina se considerada un delito de lesiones. Sin embargo, en 2003 la MGF aparece en la Ley Orgánica 11/2003, en el artículo 149 del Código Penal. Julia Roperó, profesora de derecho penal, reflexiona sobre ello: «Me sorprende toda esta necesidad de reforma y empiezo a plantearme si efectivamente, esa necesidad de reforma de la ley penal era necesaria⁶». En 2005, se crea la LO 3/2005 para perseguir la realización de la práctica de la MGF fuera del territorio

⁵ Ver Capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF. Puntos: 1. La MGF en el mundo, 1.2. Declaraciones y conferencias y 1.3. Legislación internacional.

⁶ Transcripción de la ponencia de Roperó, «El tratamiento jurídico penal de la MGF», en la mesa: «Intervención desde distintos ámbitos», realizada en la Jornada «Prevención e intervención ante la MGF. Una mirada profesional». Circulo de Bellas Artes. Madrid, 6 y 7 de febrero de 2013.

español. En 2014 se reforma a través de la LO 1/2014, de 13 de marzo, relativa a la Justicia Universal. Para algunos juristas, esta reforma, que tiene que ver con otros intereses políticos, obstaculiza su persecución fuera de España⁷. A nivel autonómico, comunidades autónomas como Cataluña (2002, 2009 [2007]), Aragón (2011) y Navarra (2013), han desplegado protocolos exclusivos de actuación ante la MGF. A nivel estatal, pese a que las competencias en sanidad están transferidas a las comunidades autónomas, en 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicó el Protocolo común de actuación sanitaria ante la MGF⁸.

Cataluña es la comunidad autónoma que históricamente concentra más población procedente de los 28 países del África Subsahariana que practican la MGF. A principios de los 90, con la reagrupación familiar se detectan los primeros casos en niñas y se desata la polémica en la opinión pública⁹. En este período, se fundan las primeras asociaciones de mujeres africanas en Cataluña e inician el diálogo sobre la práctica. Son unos años complicados en los que confluye el relativismo cultural frente a la criminalización y estigmatización de la población africana. En medio de este escenario, la academia catalana participa¹⁰ y advierte que es un tema tremendamente complejo y que se debe tratar cuidadosamente, hecho que se tilda de relativismo cultural¹¹, sin llegar a entender que explicar la práctica no significa defenderla. En este período, se gesta el Modelo Wassu, el cual parte de la investigación etnográfica origen-destino, realizada por la antropóloga Adriana Kaplan¹².

A partir del año 2000, se desarrolla la respuesta institucional. En 2001 el Parlament de Catalunya insta al gobierno de la Generalitat a hacer un plan de choque para erradicar la MGF. En su Resolución 832/VI se habla de mutilaciones rituales genitales

⁷ Ver Capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF. Puntos: 2. La MGF en España y 2.3. Legislación.

⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) *Protocolo común de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Madrid, Gobierno de España. [107 páginas].

⁹ Curiosamente, desde finales de los años 70, en los servicios de ginecología y obstetricia no se había detectado ninguna mujer africana con la MGF practicada.

¹⁰ Fue el 27 de abril de 1993, en las «*V Jornades sobre immigració i Diversitat Cultural*», organizadas por el Institut Català d'Antropologia (ICA), donde participaron las antropólogas Dolores Juliano y Adriana Kaplan, junto con Roman Weiss.

¹¹ Miloro, C. (1993). Tres antropólogos defienden la ablación de emigrantes africanas. *El País. Edición Cataluña*, 28 de abril de 1993.

¹² Investigación iniciada en 1987, en el marco de un trabajo de campo sobre las migraciones senegambianas en España. La propuesta metodológica, propone una investigación circular dentro del espacio transnacional de las migraciones. Ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña. Las Dos Caras del Muro.

femeninas¹³. Un año más tarde, en junio de 2002, la Generalitat presenta su primer protocolo de actuación para prevenir la MGF¹⁴, el primero en España, gestado en la provincia de Girona. Este documento se crea con la intención de mejorar la coordinación entre los y las profesionales que intervienen con las familias subsaharianas. Sin embargo, a efectos prácticos, la actuación se centra en controlar y perseguir a las familias que viajan al país de origen, hecho denunciado públicamente por profesionales que trabajan directamente con la comunidad¹⁵. En este período, se constata el «muro de la separación» (San Román, 1996) entre dos modelos de intervención muy diferentes ante la MGF: el Modelo de la Generalitat de Catalunya (que en esta tesis se desarrollará en el apartado «A un lado del muro»), liderado por la Secretaria per a la Immigració y el Departament d'Interior y el Modelo Wassu, (desarrollado en «Al otro lado del muro»), liderado por el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural, de la Universidad Autónoma de Barcelona¹⁶, cuya investigadora principal, Adriana Kaplan, es la directora de esta tesis.

En 2007, la Secretaria per a la Immigració de la Generalitat publica su segundo protocolo para prevenir la mutilación genital femenina. En 2009 se reedita¹⁷ para incorporar los últimos cambios que se dan a nivel jurídico, como la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista¹⁸. A partir de esta fecha, el modelo de actuación de la Generalitat se encuadra dentro del enfoque de la violencia machista.

Este nuevo marco legal provoca que se dispare la creación de protocolos específicos sobre la MGF a nivel municipal y a nivel de la Generalitat, como el Protocol de

¹³ Refiriéndose a las MGF «problemáticas», bajo la óptica occidental. Serían la tipo I, II y III, practicadas por la población de origen de los 28 países del África subsahariana.

¹⁴ Secretaria per a la Immigració, ed. (2002) *Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.

¹⁵ En el *Informe sobre la situació de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña* al *Sindic de Greuges*. Barcelona, 26.11.2004.

¹⁶ Este equipo se constituye formalmente en 2003, integrado por profesionales de la salud y de las ciencias sociales. Su objetivo es el desarrollo de un programa de investigación aplicada que permita iniciar la implementación en Gambia y en España de una estrategia integral para el abordaje de la MGF.

¹⁷ Secretaria per a la Immigració, ed. (2009 [2007]) *Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.

¹⁸ DOGC Núm. 5123 del 2 de mayo de 2008.

prevenció i atenció policial de la MGF¹⁹. Por otro lado, Inmigración e Interior promueven la creación de las Mesas de Prevención de la MGF como herramienta para desplegar el protocolo general. Las primeras mesas se gestan en la provincia de Girona. Su actuación es de carácter reactivo, centrado en la vigilancia y el control de viajes que realizan las familias procedentes del África Subsahariana con niñas menores a su cargo²⁰.

A partir del 2008, la Generalitat quiere expandir este modelo al resto de Cataluña, pese a no tener ni una metodología definida ni una evaluación previa del impacto de estas actuaciones. En algunos municipios de la provincia de Barcelona, en los que se impone este modelo, se empieza repetir la situación vivida en 2004 en la provincia de Girona, con actuaciones punitivas en primera instancia frente a la programación de viajes al país de origen²¹. En estas mesas, supuestamente creadas como espacio para trabajar la prevención, no se deja participar a la comunidad. Esta incongruencia es denunciada públicamente en jornadas y congresos por parte de mediadoras interculturales y mujeres de asociaciones africanas²².

En 2010 se constituyen formalmente dos grupos de trabajo que lidera la Generalitat de Catalunya en materia de MGF: el Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona y el Grupo de Trabajo de MGF, que forma parte de la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Machista. Ambos son los responsables del seguimiento, la coordinación y la evaluación del protocolo catalán, de las Mesas de Prevención de la MGF y de las actuaciones que se derivan.

Este mismo año, se aprueba la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia²³, la cual dedica el artículo 76 a la prevención de «la ablación o mutilación genital femenina». Sin embargo, esta ley no dispone de los recursos necesarios para su despliegue tal y como estaba pensada,

¹⁹ Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació (2008) *Protocol de prevenció i atenció policial de la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. 6 pàgines.

²⁰ Ver Capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña.

²¹ Ver Capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Punto 3. Impacto del Modelo GC. La MGF como un problema de violencia machista.

²² Jornada: «*El treball per eradicar les mutilacions genitals femenines des de l'àmbit sanitari, social i legal. Estat de la qüestió i propostes de futur*». Barcelona, 27 de mayo de 2014. Generalitat de Catalunya.

²³ BOE núm. 156 de 28 de junio de 2010.

hecho que no sólo afecta a la MGF sino a todo lo que implique una inversión económica en recursos públicos²⁴.

A partir del 2011, el desmantelamiento progresivo del sistema del bienestar se acentúa con la reestructuración de la Administración Pública, afectando principalmente a los servicios de salud, servicios sociales y educación. Las repercusiones de estas políticas de austeridad afectan directamente en la atención y la prevención general. A través del análisis de las intervenciones y políticas frente a la MGF se comprueba que si los y las profesionales de salud, servicios sociales y educación tienen dificultades para realizar intervenciones preventivas, sea por el contexto o sea por desconocimiento, y además los cuerpos de seguridad abanderan la intervención contra la MGF, tenemos como resultado actuaciones punitivas.

Las primeras sentencias condenatorias en España se dan a partir de 2011. De las cinco primeras sentencias, cuatro se producen de Cataluña: caso Premià de Mar (2012), caso Vilanova i la Geltrú (2013), caso Lloret de Mar (2014) y caso Valls (2015). El Modelo de la Generalitat de Catalunya se visualiza en la prensa a través de las sentencias y las actuaciones promovidas por los Mossos d'Esquadra como forma de salvación de las menores²⁵. Son actuaciones centradas en vigilar, perseguir y castigar a las familias africanas (Foucault, 1975), no exentas de efectos colaterales, que afectan negativamente a las familias y a los y las profesionales que intervienen. Además, se perpetúa la desigualdad y no se evita la práctica a largo plazo puesto que no se involucra a la familia en el proceso para su abandono²⁶.

El informe EIGE 2013²⁷, sobre buenas prácticas en el abordaje de la MGF, dictamina que el protocolo catalán es una buena herramienta de protección pero no de prevención, que evita el daño sin importar sus consecuencias. También critica la falta de evaluación de la eficacia y del impacto de esta herramienta, que está funcionando desde hace más de una década.

²⁴ Ver Capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016].

²⁵ Ver Capítulo 5. Punto 3.1. Proyección en la prensa del Modelo G.C.

²⁶ Ver Capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Punto 2. Impacto del Modelo GC. La MGF como un problema de violencia machista.

²⁷ European Institute for Gender Equality (EIGE) (2013b), *Good practices in combating female genital mutilation*, Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

«Una mirada caleidoscópica sobre la mutilación genital femenina en Cataluña» observa, recoge y analiza en profundidad el Modelo de la Generalitat de Catalunya, centrado en el despliegue del protocolo autonómico a través de las Mesas de Prevención de la MGF. En la evaluación de este modelo, se detectan algunas irregularidades e incongruencias entre el contenido teórico de los diversos protocolos y leyes y su verdadera puesta en escena. Se observa cómo se han creado un conjunto de herramientas que rozan la clandestinidad destinadas al control de las familias africanas vulnerando sus derechos fundamentales²⁸.

A su vez, merece especial atención el alarmante multiperspectivismo que se experimenta en relación a la reconstrucción genital femenina por parte de la sanidad pública y la privada, como causa y consecuencia de su diferente consideración. Por una parte, desde 2015, la sanidad pública catalana asume la reconstrucción genital femenina en calidad de atención pendiente para las llamadas «víctimas» de la MGF tradicional. Por otra parte, las clínicas privadas, algunas de las cuales han participado en intervenciones de reconstrucción desde la sanidad pública, publicitan la cirugía genital cosmética²⁹. La confrontación de tales enfoques demuestra, una vez más, que el cuerpo femenino siempre se politiza y comercializa, pero que únicamente, la MGF tradicional se criminaliza y persigue.

Como propuesta alternativa al modelo autonómico imperante, se propone el Modelo Wassu, «Al otro lado del muro», que nace en 1987, diseñado por la antropóloga Adriana Kaplan y basado en la investigación aplicada a la transferencia social del conocimiento en cascada. En el marco de esta investigación–acción, dicho modelo se ha pilotado en Badalona a través del programa municipal por la doctoranda. La evaluación no solo contempla datos cuantitativos finales sino que evalúa el proceso de implementación, facilita el seguimiento y promueve una intervención sostenida a largo plazo e integrada en el sistema de atención a las personas.

Desde la salud pública se presenta un estudio sobre la afectación de la MGF en Cataluña, basado en la explotación de datos del sistema de información de su mayor

²⁸ Se explicará en profundidad en el capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya.

²⁹ Ver Capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016]. Punto 3 La reconstrucción de la MGF frente a la cirugía genital cosmética.

proveedor de salud, el Institut Català de la Salut (ICS). Este tipo de explotación de datos evitaría el control nominal ilegal que se realizan las Mesas de Prevención de la MGF a instancias de la Generalitat. Es decir, evitaría recoger los datos personales de la Historia Clínica, simplemente por el origen de procedencia de las personas.

La aplicación de la metodología del Modelo Wassu y el manejo de estos datos revertirían positivamente en: a) la planificación de campañas y recursos para la atención y la prevención de la MGF, b) el mejor conocimiento del grado de afectación de la MGF en niñas y mujeres y c) el uso de códigos internacionales que facilitarían la interconexión con sistemas de salud fuera del ámbito nacional. En este estudio se debaten los alcances, las limitaciones y los dilemas de los y las profesionales a la hora de utilizar este sistema en Cataluña.

Los sujetos de estudio son los y las profesionales que trabajan en los servicios de salud, servicios sociales, equipos de mediación cultural, técnicos y técnicas de inmigración, cuerpos de seguridad, fiscales, abogados y responsables del Plan interdepartamental contra la violencia machista. El ámbito de estudio se centra en las dos provincias que históricamente tienen más población procedente de los 28 países que practican la MGF: Girona y Barcelona. La investigación comprende el período que abarca de 2008 a 2016, siendo necesario remontarse a sus antecedentes temporales.

Esta tesis pretende ser como la mirada sensible de Julio Cortázar, que aprecia el hueco entre los ladrillos y percibe la luz que pasa³⁰, entre esos «muros de la separación» de los que ya nos hablaba Teresa San Román³¹. Para contribuir a la reflexión y mejora de la intervención.

El «caleidoscopio» es la metáfora perfecta para el presente sistema de análisis antropológico. El caleidoscopio ve y refleja, son las gafas especiales y los espejos de la antropología³². Su forma tubular es el vínculo entre la realidad observada y la persona

³⁰ Cortázar, J. (2003 [1984]) *Rayuela*. Madrid, Ediciones Cátedra. Página 531.

³¹ San Román, T. (1996a) *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Barcelona, Tecnos-UAB.

³² En el campo de la antropología, muchas veces se habla de la necesidad de ponerse unas gafas especiales para ver lo que nos oculta la realidad o lo que no se ve a través de una exploración superficial. Esta disciplina se ha preocupado por estudiar los detalles, visibilizarlos y proyectarlos, ejerciendo la función del espejo, de la realidad observada para mejorar su comprensión.

que observa. El extremo del tubo contiene el juego de vidrios y espejos, y en el lado opuesto está la abertura a través de la cual la persona puede observar las imágenes que se van formando. La separación, la desintegración y el hecho de que los acontecimientos se repelan, como cualquiera puede comprobar al girar los vidrios del caleidoscopio, permite que los enfoques o puntos de vista de la realidad que declama superen el precario análisis de la situación o la realidad que se muestra o se vende (Blume, 2003:158, citado en Ríos, 2010).

1. PLANTEAMIENTO Y ÁMBITO DE ESTUDIO

1.1. Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general

El objetivo general de esta tesis es analizar y evaluar las diferentes estrategias y abordajes preventivos ante la MGF llevadas a cabo en Cataluña, con el fin de generar aprendizajes para la acción reflexiva que mejoren la intervención.

Objetivos específicos

- Analizar en perspectiva histórica las políticas encaminadas para la erradicación de la MGF promovidas por la Generalitat de Catalunya, sin perder de vista el contexto internacional, nacional, estatal y sus resultados.
- Analizar y evaluar el modelo de intervención de las Mesas de Prevención de la MGF como herramienta principal para el despliegue del protocolo catalán³³.
- Analizar el modelo de la Fundación Wassu-UAB pilotado en Badalona.
- Describir y analizar casos de abordajes preventivos y/o actuaciones ante la MGF llevadas a cabo por profesionales del campo de la salud, del social, de la mediación y de la seguridad en Cataluña para evaluar las intervenciones realizadas y los efectos en la población y en los y las profesionales.

³³ Secretaria per a la Imigració, ed. (2009 [2007]) *Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

- Identificar buenas prácticas, malas prácticas y estrategias para un abordaje preventivo ante la MGF en el marco de los derechos en salud sexual y reproductiva.

En relación a los objetivos específicos, la perspectiva histórica la recogemos principalmente mediante las entrevistas en profundidad a profesionales históricos referentes en el tema y a mediadoras africanas, miembros de las principales asociaciones de mujeres que trabajaron el tema. Nos ha servido hacer una selección de noticias sobre el tema³⁴ con el fin de reconstruir los hechos desde los años 90, momento en que se empieza a hablar de la MGF en los medios de comunicación en Cataluña, hasta la fecha.

Para el análisis del Modelo de la Generalitat de Catalunya nos hemos basado en el despliegue de su protocolo a través de las Mesas de Prevención de la MGF y hemos realizado una evaluación de la intervención después de 12 años del primero (2002)³⁵. Para ello, se han analizado los informes borradores de memorias de actividad y se han analizado casos. También se ha participado en grupos de discusión focal con miembros de mesas y se ha asistido a numerosas jornadas celebradas por la Generalitat, por colegios profesionales, por asociaciones, etc. Para finalizar, hemos realizado entrevistas en profundidad a miembros de los Grupos de Trabajo así como a responsables técnicos y políticos.

Para analizar el modelo Wassu, se evaluará el Programa de Prevención y Atención de la MGF de Badalona³⁶, pilotado en colaboración con los proveedores de salud de la ciudad y con el soporte, la asesoría y la metodología de la Fundación Wassu-UAB, mediante un convenio de colaboración entre el proveedor de Salud, Badalona Serveis Assistencials (BSA), la Fundación Wassu-UAB y el Ayuntamiento de Badalona. En el marco de esta tesis se analiza la metodología y su impacto de cinco años de trabajo, de 2010 a 2015.

³⁴ En el Diario de Campo Digital II Pág.108). Selección de noticias del dossier: Mangas, A. (2013) *Miradas políticas. La Mutilación Genital Femenina, una mirada desde la prensa. 20 años de trabajo para abolirla*. Bellaterra, UAB. [Documento no publicado empezado para la tesina, Mangas, A. (2010) *El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas. 4 casos de estudio en las comarcas del Barcelonés y Maresme. Cataluña* y continuado en el doctorado.

³⁵ Secretaria per a la Immigració (2002), *op. cit.*

³⁶ El programa de prevención y atención de la MGF de Badalona, del servicio de Salud Pública del Ayuntamiento de Badalona, se diseña a partir de la investigación: Mangas, A. (2010), *op.cit.*

Los casos se han clasificado en función de 4 escenarios de intervención profesional:

- a) Casos judicializados
- b) Casos donde se han aplicado medidas cautelares
- c) Casos pendientes de resolución
- d) Casos donde se ha realizado un abordaje preventivo

1.2. Hipótesis de trabajo

Hipótesis 1

El Parlamento Europeo recomienda la creación de protocolos sanitarios de control³⁷, por lo que la principal actuación de las políticas europeas para erradicar la MGF se basan en promover el control y la persecución a través de protocolos y leyes.

Hipótesis 2

A través del modelo de la Generalitat de Catalunya los/las profesionales de inmigración y seguridad se erigen como precursores del despliegue del protocolo autonómico de MGF a través de las Mesas de Prevención de la MGF. Resulta ser un modelo ineficaz e insostenible, en la medida que priman las actuaciones reactivas ante la detección de viajes a los países de origen. Se invita a los/as profesionales de salud, educación y servicios sociales a ejercer funciones policiales para el control y persecución de las familias, no exentas de efectos colaterales. El juicio se suele convertir en el primer nivel de actuación dejando de lado la prevención.

Hipótesis 3

Una de las medidas que plantea la administración local para erradicar la MGF es la creación de un protocolo. En la mayoría de los casos se copia o adapta el protocolo autonómico sin llegar a desplegar los recursos adecuados para desarrollar el primer nivel, que es la prevención. De esta forma, no se interviene sobre el tema o se provocan efectos colaterales en las familias, en la comunidad en los y las profesionales.

³⁷ Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la EU (2008/2071 (INI)).

Hipótesis 4

Los y las profesionales de salud en contacto con la población de origen migrante han puesto en evidencia las incongruencias del sistema en tanto que siguen enmarcados en modelos biomédicos. El instrumentalismo derivado de los protocolos para abordar la MGF puede acabar en medidas de control más que de prevención.

Hipótesis 5

En Cataluña las familias que provienen de los 28 países donde se practica la MGF son víctimas de las incongruencias del sistema. Si planifican un viaje a su país de origen sin que previamente se haya abordado el tema de la MGF, puede que se ponga en conocimiento de Mossos d'Esquadra. Estos informarán a la Fiscalía de menores, instando a aplicar medidas cautelares de protección de menores, como la retirada del pasaporte o la revisión de genitales cada seis meses por un médico forense. Son medidas no exentas de efectos colaterales en todos los implicados e ineficaces a medio y largo plazo, porque no se ha contado con la familia en el proceso de eventual abandono.

Hipótesis 6

El Modelo Wassu, basado en el empoderamiento a través de la investigación-intervención social es sostenible y eficiente, se basa en la prevención y tiene efectos a medio y largo plazo. Se basa en la transferencia social del conocimiento en cascada y contempla en un lugar privilegiado e idóneo a los y las profesionales de salud, previa formación, para abordar e incorporar el tema desde la atención salud sexual y reproductiva que ya realizan.

1.3. Ámbito y sujetos de estudio

El ámbito de estudio se centra al espacio de Cataluña por tres razones:

1) Por ser la comunidad autónoma que concentra un mayor número de personas procedentes de los 28 países del África subsahariana que practican la MGF. Según

datos extraídos de la publicación *Mapa de MGF en España*³⁸, un tercio de la población reside en esta comunidad. En cuanto a la población femenina, alberga 18.122 mujeres 39'5 % más respecto al 2008 y 6.182 niñas de 0-14 años, lo que supone casi un 42% más que respecto al 2008.

2) Por ser la primera comunidad autónoma que empieza a trabajar a principios de los 90 para la prevención de la MGF con familias residentes en el país, siendo la primera en establecer una serie de medidas y herramientas para prevenir la práctica.

3) Por factores personales de la investigadora: su accesibilidad al campo al residir y trabajar aquí.

El trabajo de campo se ha centrado en la provincia de Barcelona y Girona por ser los dos territorios de Cataluña con mayor número de personas procedentes de los 28 países que practican la MGF. La provincia de Girona, con 4.263 mujeres y 1.627 niñas de 0-14 años (Kaplan y López:2013), por ser la provincia donde se trabajó y se aplicó el primer protocolo de MGF de España³⁹ y en donde se gestan y se llevan a cabo las primeras Mesas de prevención de la MGF. La provincia de Barcelona, con 9.913 mujeres y 3.248 niñas de 0-14 años (Kaplan y López:2013), principalmente nos hemos centrado en el área metropolitana norte, municipios del Barcelonés Norte y de la comarca del Maresme, siguiendo la prospección de trabajo de campo desde 2009⁴⁰ y en otros municipios, a través de las Mesas de MGF y/o a través del seguimiento de casos judicializados.

Los sujetos de estudio son los y las profesionales que intervienen o hayan intervenido en estrategias y/o abordajes preventivos ante la MGF desde sus puestos de trabajo, en los ámbitos de salud, servicios sociales, mediación intercultural, inmigración, interior, jurídico y universitario, además de las mujeres de asociaciones africanas, que hayan intervenido o que intervengan en el tema.

Los criterios de selección en cuanto a los perfiles son:

³⁸ Kaplan, A. y López, A. (2013) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

³⁹ Secretaria per a la Immigració, ed. (2002), *op. cit*

⁴⁰ Mangas, A. (2010), *op. cit*.

1. Profesionales que históricamente hayan participado en la actuación y/o la prevención de la MGF, de la provincia de Girona y de Barcelona.
2. Profesionales de salud, servicios sociales e interior de la provincia de Barcelona.
3. Profesionales responsables de las veinte Mesas de Prevención de la MGF de la provincia de Girona. Para la selección de los y las profesionales entrevistados se ha teniendo en cuenta el trabajo de campo realizado, priorizando municipios con mayor población diana y con mayor actividad (intervención de casos por mesa⁴¹). Además del seguimiento de casos sentenciados y denunciados.
4. Profesionales de la Generalitat, integrantes del Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona y del Grupo de Trabajo de MGF de la Comisión Nacional para una Intervención coordinada contra la Violencia Machista.
5. Mujeres africanas residentes en Cataluña que hubiesen intervenido en el tema desde sus asociaciones, algunas de ellas, como mediadoras interculturales.

El volumen de la muestra es de cincuenta profesionales. Según el ámbito de trabajo:

- 24% del ámbito de salud, profesionales de atención primaria (pediatras, enfermeras y trabajadores/as sociales del ámbito de salud).
- 18% del ámbito interinstitucional de la Generalitat: miembros del Grupo de trabajo de MGF de la provincia de Girona y miembros del Grupo de Trabajo de MGF de la Comisión Nacional para una Intervención Coordinada contra la Violencia Machista.
- 16% del ámbito de servicios sociales, profesionales de atención primaria (trabajadores/as y educadores/as sociales).
- 16% del ámbito de la mediación intercultural y/o promotoras de las principales asociaciones de mujeres africanas que han intervenido en el tema.
- 12 % del ámbito de la inmigración, técnicos/as de la administración que lideran las Mesas de MGF en sus municipios.

⁴¹ A partir de las memorias del 2010, 2011, 2012 y 2013.

- 6% del ámbito de interior, Mossos d'Esquadra.
- 6% del ámbito jurídico, abogados/as, fiscales y magistrados.
- 2% del ámbito universitario, profesoras e investigadoras de la universidad.

Figura 3. Profesionales entrevistados por ámbito de trabajo

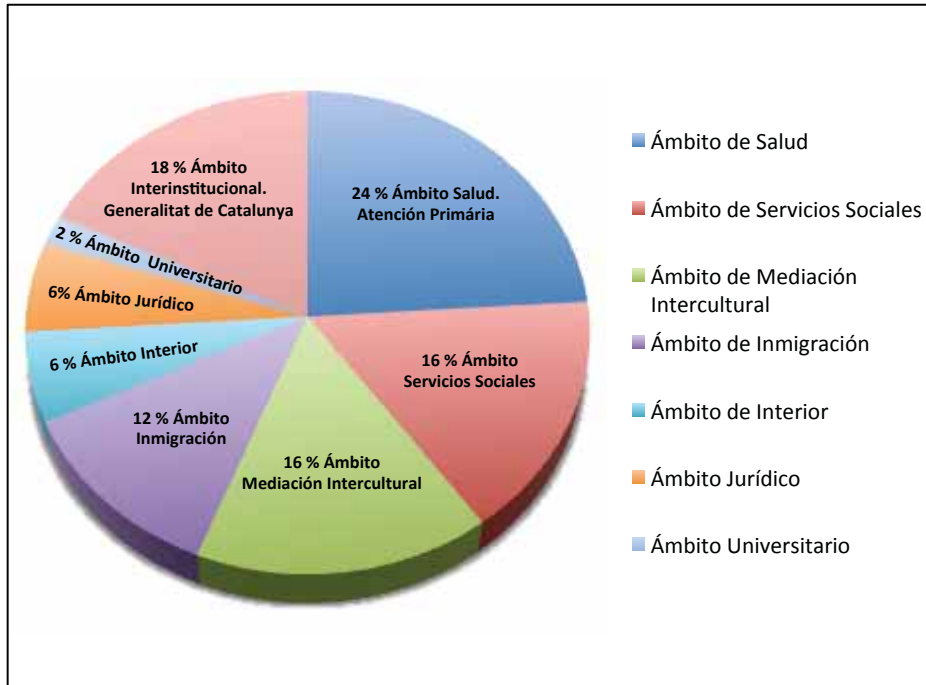
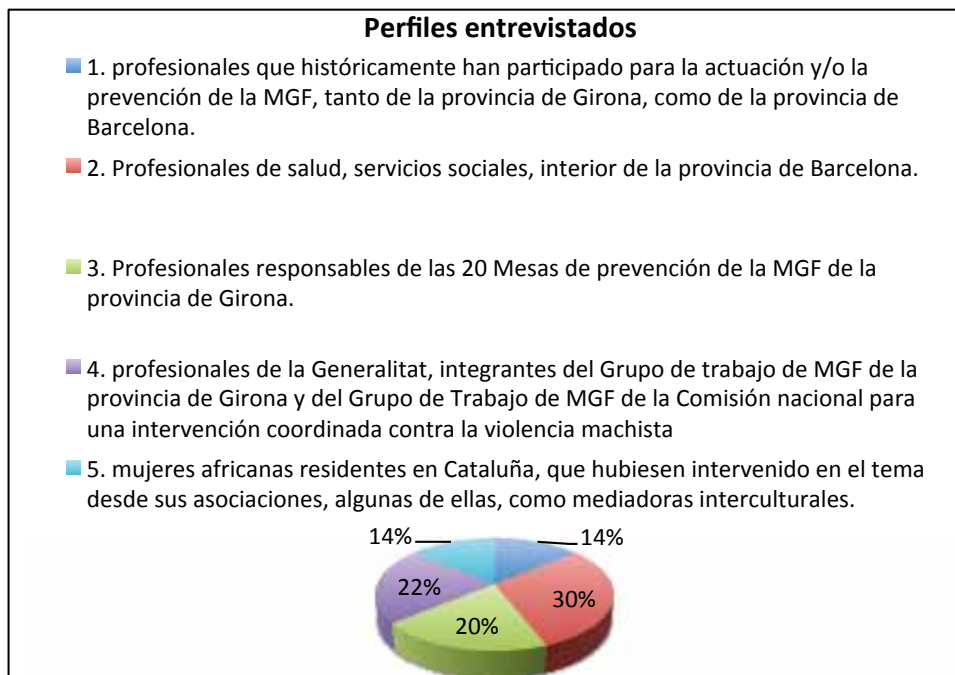


Figura 4. Perfiles entrevistados



Nota: del perfil 3, profesionales responsables de las 20 Mesas de prevención de la MGF de la provincia de Girona, destacar que se ha entrevistado al 60 % de los y las responsables.

1.4. Métodos y técnicas de investigación

Según la variable tiempo esta investigación es un estudio transversal. Según los objetivos específicos es de tipo interpretativa y explicativa de las intervenciones que se plantean desde los diferentes servicios y administraciones ante la MGF. Es evaluativa de las intervenciones descritas y las políticas en materia de violencia machista desde donde se enfoca la MGF bajo el modelo catalán, promovido por la Generalitat de Catalunya y en materia de los derechos sexuales y reproductivos pilotado en Badalona por la Fundación Wassu-UAB. Exploratoria en primer lugar de las dificultades que están teniendo los y las profesionales para seguir atendiendo a la población y en segundo lugar de los efectos colaterales que padecen las familias africanas y también los y las profesionales ante actuaciones punitivas, que potencian las desigualdades en salud de las minorías étnicas.

Las técnicas son propias de una investigación cualitativa, realizada a partir de un trabajo de campo intenso donde predomina la observación participante, la discusión en grupos focales, entrevistas semiestructuradas a informantes clave y estudio de casos. Además, se ha realizado un análisis de fuentes documentales como; estudios, informes nacionales y europeos, artículos científicos y artículos de prensa de 1993 a 2016, leyes, protocolos, manuales, herramientas para profesionales e informes borradores⁴² sobre las Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña⁴³.

1.4.1. Discusión en sesiones focales

Se realizaron numerosas sesiones con profesionales de salud, servicios sociales, educación e interior, juntos y por separado, así como con mujeres y hombres procedentes de los 28 países que practican la MGF. A continuación, destacamos diferentes escenarios de las sesiones en las que participamos:

⁴² Así es como hemos denominado a los informes no oficiales, que no se han publicado por la Generalitat de Catalunya, pero que se han encargado a estudiantes en prácticas que utilizaban estancias en los diferentes municipios.

⁴³ Solà, E. (2010) *Informe sobre la MGF a les comarques Gironines l'any 2010*. [No publicado, policopiado, 48 páginas]. V.V.A.A. (2011) *Informe sobre la MGF a les comarques Gironines l'any 2011*. [No publicado, policopiado, 46 páginas]. Marzo, E. (2012) *Informe sobre l'estat de les MGF a les comarques Gironines al 2012*. [No publicado, policopiado, 35 páginas]. Informe extraído del trabajo de fin de grado en trabajo social de E. Marzo, (2013).

- Sesiones con los miembros de las Mesas de Prevención de la MGF de la comarca del Baix Empordà, provincia de Girona, formadas por profesionales de salud, servicios sociales, educación, inmigración e interior. Este hecho proporcionó conocimientos sobre el funcionamiento interno de las Mesas de Prevención de la MGF.
- Sesiones con los y las referentes de las veinte Mesa de Prevención de la MGF de la Provincia de Girona, mayoritariamente técnicos de inmigración. Reuniones organizadas por la Dirección General de Inmigración de Girona, en el marco del despliegue del protocolo de la Generalitat de Catalunya. La estructura de estas sesiones era la siguiente:
 - 1) Presentación del informe anual sobre el trabajo desplegado por las mesas.
 - 2) Presentación del modelo de la recogida de datos.
 - 3) Estado actual de la mesas, explicado por cada referente.

En esta parte se debatían temas interesantes como las dificultades en las recopilación de datos y el significado de la variable «niña en riesgo» (que en cada informe anual variaba). Se presentaba algún caso y se debatían los aspectos legales como la ley de protección de datos y la ley de la historia clínica.

En estas sesiones pude constatar la escasez de herramientas proporcionadas a los y las referentes y recoger sus dilemas y dificultades en relación a la intervención conjunta con el resto de profesionales. Recuerdo que se reivindicó con fuerza a los y las profesionales de salud en el abordaje preventivo del tema.

- Sesiones con profesionales de salud, servicios sociales, educación e interior, en el marco de la Mesa de Infancia de Mataró, donde se abordaba el tema de la MGF.
- Sesiones con profesionales de salud, servicios sociales y educación, en el marco del programa de Badalona.
- Sesiones con profesionales de salud, servicios sociales, inmigración, educación y asociaciones, en el marco de reuniones técnicas para el desarrollo de un

programa preventivo y de atención de la MGF en el municipio de Bilbao y Santa Coloma de Gramanet, desplegados gracias a un convenio firmado con la Fundación Wassu-UAB y en Palma, en sesiones de formación a profesionales realizadas por la Fundación Wassu-UAB.

- Sesiones con hombres y mujeres procedentes de los países que practican la MGF del municipio de Sabadell, en el marco de colaboración de la Fundación Wassu-UAB con el ayuntamiento. Hecho que nos proporcionó información sobre los dilemas de las mujeres ante la práctica de la MGF, pero sobretodo la reivindicación de algunas mujeres que habían padecido efectos colaterales derivados de intervenciones punitivas que realizaban los y las profesionales en el momento que tenían programado un viaje al país de origen.
- Sesiones con profesionales, miembros de asociaciones interesadas en la MGF, políticos, etc. en jornadas y encuentros profesionales a nivel nacional e internacional.

Esta tesis pretende presentar los resultados obtenidos de todas estas sesiones, que han sido imprescindibles para plasmar las diferentes miradas sobre el tema de la MGF, entender las intervenciones realizadas, la tendencia al control y a los juegos de poder que ya nos hablaba Foucault (1975, 1980, 1982) y Cohen (1988), los dilemas, los miedos de los y las profesionales y los efectos colaterales de éstas, en la población y en ellos mismos.

1.4.2. Entrevistas semiestructuradas a informantes clave

El modelo de entrevista semiestructurada ha sido útil en esta investigación por su carácter flexible al tener un nivel de control menor que una entrevista estructurada, pero siguiendo un guión que dejaba entrada a conversaciones de temas diferentes que el o la informante introducía. Ello ha permitido que el entrevistado/a expresase su opinión, su punto de vista y plasmase su experiencia en relación a las actuaciones para prevenir la MGF. Cabe destacar que al pertenecer a un grupo de investigación, GIPE/PTP de la UAB, uno de los centros de investigación de la Fundación Wassu-UAB, ajeno al encargo de la Generalitat de Catalunya, muchos/as profesionales se abrieron a

explicar temas que no hubieran comentado en el marco de un encargo de la administración promotora de las diferentes intervenciones.

Para el diseño de las entrevistas, usamos diferentes modelos en función del perfil o del grupo de nuestra muestra:

- Modelo 1 para profesionales que históricamente habían participado en la actuación y/o la prevención de la MGF de la provincia de Girona y de Barcelona.
- Modelo 2 para profesionales de salud, servicios sociales e interior de la provincia de Barcelona que participaban o habían participado en la actuación y/o la prevención de la MGF
- Modelo 3 para profesionales responsables de las Mesas de Prevención de la MGF de la provincia de Girona.
- Modelo 4 para profesionales de la Generalitat, integrantes del Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona y del Grupo de Trabajo de MGF de la Comisión Nacional para una Intervención Coordinada contra la Violencia Machista.
- Modelo 5 para mujeres africanas residentes en Cataluña que hubiesen intervenido en el tema desde sus asociaciones, algunas de ellas, como mediadoras interculturales.

Los aspectos comunes fueron:

- Bloque 1: Datos Sociodemográficos
- Bloque 2: Formación
- Bloque 3: Actuación y/o abordaje preventivo ante la MGF
- Bloque 4: Herramientas: Protocolos y/o guías, Compromiso preventivo y Mesas de Prevención de la MGF de la Generalitat
- Bloque 5: Participación de ONGs, asociaciones de mediadoras, entidades, etc.
- Bloque 6: Aspectos jurídicos
- Bloque 7: Políticas impulsadas por la Generalitat de Catalunya

Materializados en un total de 58 a 65 preguntas, en función del perfil.

En total se realizan cincuenta entrevistas semiestructuradas a actores de ocho ámbitos diferentes de intervención⁴⁴:

- 13 profesionales del ámbito de salud
- 8 profesionales del ámbito de servicios sociales
- 8 profesionales del ámbito de la mediación intercultural
- 7 profesionales del ámbito de inmigración
- 2 profesionales del ámbito de interior
- 8 profesionales de ámbito interinstitucional de la Generalitat de Catalunya
- 3 profesionales del ámbito jurídico
- 1 profesional del ámbito universitario

La duración de las entrevistas oscilaba entre 1 hora 30 minutos y 2 horas y 50 minutos *off the record*, lo que suma un total de 80 horas de grabación aproximadamente. La técnica principal del análisis de la información de estas entrevistas ha sido el análisis de contenido cualitativo. Los procedimientos de sistematización y tratamiento de la información recogida en base a todas las entrevistas se han sometido a la escucha sistemática y a la transcripción de las partes más relevantes para añadir en los apartados «Miradas profesionales».

Las percepciones reflejadas no se entienden solamente desde un punto de vista individual, sino que en cierta manera reflejan la manera de actuar del conjunto del modelo del cual se desprende la metodología de intervención.

En la provincia de Girona nos centramos en el estudio de las Mesas de Prevención de la MGF de la provincia y el análisis documental producido en cada uno de los territorios, como protocolos municipales de actuación ante la MGF, creados a partir del protocolo marco de la Generalitat de Catalunya, las memorias de actividades e informes en materia de MGF del 2010 hasta el 2015. Gracias a las entrevistas, se han recopilado y

⁴⁴ Ver punto 1.3. Ámbito y sujetos de estudio.

analizado las herramientas disponibles para los y las profesionales, para la recogida de datos y para la intervención con familias, además del estudio de casos intervenidos.

En la provincia de Barcelona nos hemos centrado en el seguimiento del despliegue del protocolo catalán de la MGF, además de la recopilación y análisis documental producido por cada uno de los territorios y el análisis de casos.

1.4.3. Análisis histórico

El análisis histórico de la MGF en Cataluña se remonta a los primeros brotes de interés sobre el tema en Cataluña y repasa las propuestas de intervención que se plantean desde diferentes ámbitos como la administración, la academia y las ONGs. Para ello se realiza una exposición cronológica de la intervención ante la MGF y se analizan dos modelos de intervención pioneros en España: el «Modelo de la Generalitat de Catalunya» y el «Modelo Wassu».

Realizar este análisis histórico presenta algunas dificultades ya que hay poca literatura sobre el tema. La bibliografía existente sobre la MGF analiza su relación con las migraciones subsaharianas Kaplan (1998) y Rodríguez (2002) y en materia de la legislación, fundamentalmente Vázquez (2010) y (Gómez, 2013). Por lo que este análisis histórico, a base de la reordenación de los diferentes *crisales* que compondrán el «caleidoscopio» pretende contribuir a la literatura de intervención y actuación de la mutilación genital femenina en Cataluña.

Para su realización se han utilizado diferentes fuentes. Por una parte, ha habido una revisión y lectura de memorias institucionales, planes de acción, actas de sesiones parlamentarias, noticias de la publicación *Miradas políticas. La MGF, una mirada desde la prensa. Más de 20 años de trabajo para abolirla*⁴⁵. Por otra, a través de entrevistas en profundidad a profesionales que empezaron a trabajar sobre el tema de la MGF a principios de los 90 y 2000.

⁴⁵ Mangas, A. (2016) *Miradas políticas. La Mutilación Genital Femenina, una mirada desde la prensa. Más de 20 años de trabajo para abolirla*. Bellaterra, UAB. [Volumen 1: de 1993 a 2010 y Volumen 2: de 2011 a 2016]. [Documento de realización propia, no publicado, empezado para la tesina, (Mangas, A. (2010) *El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas. 4 casos de estudio en las comarcas del Barcelonés y Maresme. Cataluña*) y continuado en la fase del doctorado.

La elaboración de «Cronología: MGF en el punto de mira⁴⁶», de realización propia, ha ayudado a establecer una línea del tiempo sobre los hechos significativos que influyeron en la intervención ante la MGF en Cataluña.

1.4.4. Análisis de casos

A nivel cualitativo, se han analizado 36 casos derivados del Modelo de la Generalitat de Catalunya⁴⁷. Se han presentado en función de tres escenarios: actuaciones punitivas, casos sentenciados y casos derivados del modelo híbrido.

Escenarios y casos analizados de forma cualitativa:

1. Actuaciones punitivas: 9

Caso 1. Provincia de Barcelona (2008)

Caso 2. Provincia de Barcelona (2008)

Caso 3. Provincia de Barcelona (2008)

Caso 4. Provincia de Girona (2012)

Caso 5. Provincia de Barcelona (2013)

Caso 6. Provincia de Barcelona (2013)

Caso 7. Provincia de Barcelona (2014)

Caso 8. Provincia de Barcelona (2014)

Caso 9. Provincia de Girona (2013)

2. Casos sentenciados: 7

Casos de Mataró y Salt (1993), caso de Teruel (2011)⁴⁸, caso de Premià de Mar (2012), caso de Lloret de Mar (2012), caso de Vilanova i la Geltrú (2013) y caso de la provincia de Tarragona (2015).

3. Casos derivados del Modelo Híbrido: 21 casos

⁴⁶ Ver Cronología: una mirada caleidoscópica de la MGF en Cataluña.

⁴⁷ Ver capítulo 7. Evaluación del modelo de la Generalitat de Catalunya. Apartado 3. Impacto del Modelo G.C. como un problema de violencia machista.

⁴⁸ Por ser la primera sentencia condenatoria en España.

Los casos «actuaciones punitivas» y los casos «sentenciados» se han recopilado gracias a las entrevistas en profundidad con los y las profesionales que intervinieron y con algunas familias afectadas. Los casos sentenciados se han complementado con las sentencias publicadas en el BOE y en la prensa.

A través del análisis cualitativo, se han identificado mecanismos comunes que se desarrollan en diferentes municipios, ante el despliegue del protocolo catalán, así como las variables que explican las diferencias entre el Modelo de la Generalitat de Catalunya y el Modelo Wassu.

A nivel cuantitativo, se han explotado **1.202 casos**, procedentes de los distintos sistemas de información de los Departamentos de Salud e Interior .

Escenarios y casos analizados de forma cuantitativa:

1. Explotación de códigos diagnósticos y de procedimiento de los sistemas de información del proveedor Institut Català de la Salut (ICS) de nuestro ámbito de estudio: ICS Girona (a 04.12.2015) y ICS Metropolitana Norte (a 30.10.2015). El descriptivo de los códigos explotados han sido: «MGF» y «riesgo de MGF»⁴⁹. **Total: 825 casos.**
2. Registros del Departament d'Interior, de nuestro ámbito de estudio: Región Policial Girona y Región Policial Metropolitana Norte, correspondiente al 83'2% del total de casos intervenidos en Cataluña, en el marco del Modelo Generalitat de Catalunya de [2008 a 2016] bajo el concepto de «MGF, violencia machista, en el ámbito social o comunitario»⁵⁰ **Total: 357 casos.**
3. Explotación de códigos diagnósticos y de procedimiento del sistema de información del proveedor de salud Badalona Serveis Assistencials, en el marco del programa del Modelo Wassu⁵¹. El descriptivo de los códigos explotados han sido «prevención de la MGF» y «MGF». **Total: 20 casos.**

⁴⁹ Ver capítulo 3. Situación de la MGF en Cataluña (2016). Una propuesta de estudio.

⁵⁰ A partir de la Ley 5/2008.

⁵¹ En el marco del convenio firmado de colaboración entre el Ayuntamiento de Badalona, la Fundación Wassu-UAB y el proveedor de Salud, Badalona Serveis Assistencials.

2. ESTRUCTURA DE LA TESIS

Esta tesis analiza la intervención que se realiza en Cataluña frente a la MGF, en la que destacan dos modelos: el Modelo de la Generalitat de Cataluña, «A un lado del muro» y el Modelo Wassu, «Al otro lado del muro». La estructura de la tesis en tres bloques se ha realizado intencionadamente para resaltar la existencia del «muro de la separación» (San Román, 1996), entre ambos modelos.

El bloque I, «La mutilación genital femenina en el punto de mira», sitúa la escena a través de la figura del caleidoscopio. El capítulo 1, presenta las múltiples miradas desde la antropología, desde la salud, desde la perspectiva de los Derechos Humanos y desde la perspectiva de la violencia. Son miradas que influyen en las actuaciones e intervenciones frente a la MGF. En este capítulo se presenta la génesis de esta investigación, el trabajo de campo y el planteamiento y ámbito de estudio. El capítulo 2 contextualiza a nivel internacional y nacional la MGF. El capítulo 3 corresponde al estudio sobre la situación de la MGF en Cataluña (2015) desde la salud pública. Para cerrar este bloque, el capítulo 4 presenta «las dos caras del muro» a través de un análisis histórico sobre la intervención de la MGF en Cataluña, que se remota a principios de los años 90. Este análisis histórico resulta imprescindible para entender la gestación y evolución de los dos modelos y visualizar como se crea el «muro de la separación» entre ambos.

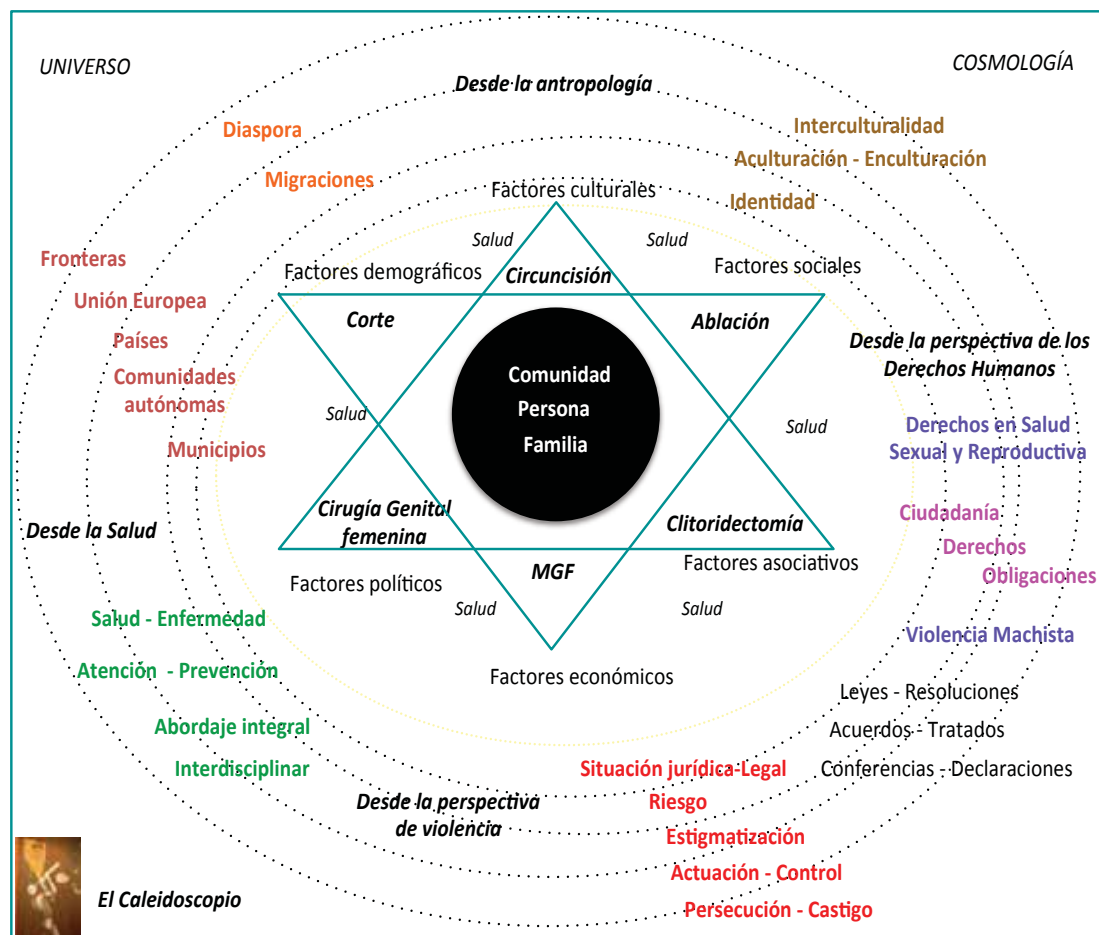
El bloque II, «El Modelo de la Generalitat de Catalunya (GC). A un lado del muro», describe y analiza el modelo. El capítulo 5 analiza el marco político (legislación y planes de acción de 2008 a 2016). El capítulo 6 corresponde al análisis en profundidad de las Mesas de Prevención de la MGF como herramienta principal para el despliegue del Protocolo de Actuación para Prevenir la Mutilación Genital Femenina. Para finalizar este bloque, el capítulo 7 corresponde a la evaluación del Modelo GC, nunca antes evaluado en más de diez años de su puesta en marcha.

El bloque III, «El Modelo Wassu. Al otro lado del muro», presenta una propuesta alternativa al modelo GC. El Modelo Wassu en España, como parte del Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada para la prevención de la MGF, se pilota en Badalona, a través del programa de prevención y atención de la MGF.

3. DIFERENTES MIRADAS SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Se pone en marcha el caleidoscopio para invitar a la reflexión de este universo que refleja la complejidad de nuestro sujeto de estudio. En el centro está tu pupila y tu corazón, y en el fondo la persona, la familia y la comunidad, que en la mayoría de casos se difumina.

Figura 1. Una mirada caleidoscópica sobre MGF en Cataluña



Fuente: elaboración propia

A lo largo de la historia pueden verse diferentes enfoques frente a la MGF como resultado de contextos específicos en el tiempo. Destacamos las miradas desde la antropología, desde la salud, desde los Derechos Humanos y desde la perspectiva de violencia. Las que se presentan a continuación son las que más han influenciado en Cataluña y sobre las que se ha construido la intervención frente a la MGF.

Antes de profundizar en las diferentes miradas de este caleidoscopio, un factor a contemplar es la elección del término de esta práctica. Según La Barbera (2009), la elección define más al observador que al propio sujeto. Desde posiciones feministas, el término más utilizado es «mutilación genital femenina» puesto que se considera una amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino. Existe un consenso generalizado para nombrar, a nivel teórico, esta práctica como tal⁵². Otro término utilizado es «corte genital femenino» (CGF) (UNPFA, 1996) o ambos, «mutilación genital femenina/corte», por designar un término más neutro en cuanto al posicionamiento. En Cataluña, en el abordaje entre familias y profesionales se utiliza «corte» y/o «mutilación» y/o «ablación». A nivel legal en España se utiliza «mutilación genital femenina»⁵³. Otras nomenclaturas que se utilizan o se han utilizado son:

a) Circuncisión femenina. Las poblaciones que la practican la equiparan con la circuncisión masculina. Se denomina *sunna* (tradición) y forma parte de la tradición, tiene un carácter recomendatorio pero no obligatorio. Por ello, no todas las musulmanas la practican.

b) Ablación. Es el término que se utiliza en los años 90 en Cataluña, cuando la práctica se hace visible en el Maresme y en las comarcas de Girona⁵⁴. Algunos profesionales y autoras utilizan este término en lugar de mutilación genital femenina o ambas, por considerarla una «expresión más neutra» (Lucas, 2007 y Ley de Infancia y Adolescencia 14/2010)⁵⁵.

c) Clitoridectomía. Si bien hace referencia al tipo I de MGF, en Europa esta práctica se realizaba en los quirófanos a principios de 1800. En países como Alemania, Francia o Inglaterra, se realizaron este tipo de intervención con diagnósticos tan diversos como la epilepsia, la histeria, la manía, la incontinencia urinaria o la hemorragia uterina (King 1998; Sheehan 1997 y *The Lancet* 1866, citado en Johnsdotter, 2012:105) o para evitar

⁵² La utilización del término «Mutilación Genital Femenina» se utiliza a partir de 1990, en la *III Conferencia del Comité Inter-Africano sobre prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños*. Ver Capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF. Punto 1.2. Declaraciones y conferencias internacionales.

⁵³ Ver Capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF. Punto 2.3. Legislación.

⁵⁴ Ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña. Las Dos Caras del Muro.

⁵⁵ La Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. BOE núm. 156 de 28 de junio de 2010. Utiliza ambos términos «MGF/ablación». El autor participó en la elaboración del primer protocolo catalán (2002) en Girona, por lo que arrastra el doble concepto en 2010.

«efectos mentales adversos» como en las masturbaciones (Hutchinson J., 1890:267, citado en Conroy, 2006:106).

d) Cirugía Genital Femenina⁵⁶. Hace alusión al ejercicio médico y a la reivindicación de este derecho en la praxis médica. Este término podría englobar la intervención que se realizaba legalmente hasta finales de los años 90 en los quirófanos de Egipto o la cirugía genital cosmética, que se realiza actualmente en los quirófanos europeos y catalanes⁵⁷.

3.1. Miradas desde la antropología

La MGF es una práctica tradicional con fuertes raíces ancestrales. Para las comunidades que la practican su significado cultural adquiere un profundo valor simbólico en el que influyen las creencias. En la mayoría de los casos, la perpetuación de la práctica se debe a la «presión social» (Hernlund y Shell-Ducan, 2007), que vela por su continuidad. Otros autores hablan de «norma social» entendida como «regla habitual de conducta que coordina la interacción con los demás» (Young, P., 2008, citado en Mackie, 2015:21), otros de «presión social» (Hernlund y Shell-Ducan, 2007), como perpetuador de la práctica.

Es un tema tremendamente complejo que comporta «una transformación social y cultural más amplia, que necesariamente debe ir a las propias raíces culturales y a las relaciones de género» (Kaplan, Moreno y Pérez, 2010: 7).

Para analizar las diferentes metodologías propuestas para su erradicación, es necesario comprender el significado que tiene la MGF para las personas que la practican y la legitiman:

Tan solo la aceptación total de una perspectiva antropológica que desarrolle el conocimiento de estos mundos desde dentro y desde la base, y analice los constructos del poder simbólico - pensamiento de las órdenes- y las relaciones de género, pueden ayudar a abordar un verdadero

⁵⁶ Obermeyer (1999)

⁵⁷ Ver Capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016]. Punto 3 La reconstrucción de la MGF frente a la cirugía genital cosmética.

discurso no etnocéntrico sobre la MGF, y compartir por último el debate con los actores involucrados⁵⁸.

En España, la antropóloga Adriana Kaplan se centra en el estudio y la contextualización de la práctica a principios de los años 90⁵⁹. Según Kaplan, «para intervenir es necesario entender y conocer las razones sociales y culturales que la sustentan, las cuales tienen que ver con la preservación de la tradición, la cohesión social, la identidad étnica y de género, la religión, la salud, la higiene y la estética. Estas razones pueden darse combinadas o por separado, ya que no existe una justificación explícita para tal acción. Las comunidades proceden directamente a ella y en todo caso, cuando se les pregunta, las mujeres se amparan y justifican la tradición» (Kaplan, 1998:74). Algunas de las razones que sustentan la MGF son:

a) Preservación de la tradición y la identidad étnica y de género

En algunos casos, la práctica se realiza en torno al rito de paso, ritual que simboliza, como su nombre indica, el paso de la infancia a la edad adulta. Siguiendo a Van Gennep (1986), el proceso de socialización infantil está arropado por un complejo entramado de simbolismos sociales y religiosos que otorgan estatus, reconocimiento social e identidad étnica y de género. No son ritos de pubertad fisiológica, ni en el caso de las niñas ni en el caso de los niños, sino de una pubertad social donde las edades pueden variar en función del sexo, de las etnias, de la localización geográfica, de la densidad de los grupos, etc. A través del rito femenino se confirma la feminidad de las nuevas iniciadas y se asegura que reciban las enseñanzas necesarias para ser dignas de pertenecer a la comunidad y a la sociedad secreta de las mujeres. Por tanto, esta práctica promueve la cohesión de grupo. Estás dentro o fuera de él (Kaplan, 1998).

En el documental *Iniciación sin mutilación* (Risler y Kaplan, 2004), la significación del rito de paso es compleja. Cada una de sus fases está claramente estipulada por unos

⁵⁸ Pompeo, F. (2017) Perspectivas antropológicas. En: Kaplan, A. y Nuño, L. (2017) *Guía Multisectorial de Formación Académica sobre la Mutilación Genital Femenina*. Madrid, Dykinson, 37.

⁵⁹ A principios de los 90, el querer comprender se vivió como una defensa de la práctica, bajo el binomio relativismo cultural *versus* universalismo, sin la opción de matices. Ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña, punto 1. Años 90. Visibilidad de la práctica con las migraciones y primeros casos. Debate entre «universalismo» y «relativismo cultural».

elementos, unas protagonistas y unos contenidos específicos. Kaplan (1998) los argumenta y muestra sin necesidad de ver el momento del corte y del dolor⁶⁰.

En la estructura del rito de paso se distinguen tres fases: separación, marginación y agregación. La primera fase es la de separación. Las niñas son separadas de la comunidad y se lleva a cabo el corte, que representa la ruptura con la etapa anterior, la infancia. El sufrimiento y el dolor acompañan. La segunda fase es la de marginación y en ella hay un cuidado especial de la nutrición debido a la pérdida de sangre. Ahora es cuando se transmiten las enseñanzas y se establecen las relaciones de género, de poder, de autoridad y las jerarquías. Su duración es variable, ya que viene determinada por el tiempo de cicatrización (en las niñas entre 4 y 8 semanas) y el aprendizaje. La tercera fase es la de agregación. Se presentan las nuevas categorías y funciones de las iniciadas en un acto ceremonial. Los vestidos nuevos simbolizan el paso a una nueva vida.

Que las mujeres se manifiesten en contra de la práctica les puede conllevar graves consecuencias. La no realización de la MGF puede afectar a sus hijas haciéndolas sufrir importantes episodios de marginación, humillación y exclusión. Estas situaciones también se encuentran presentes en las niñas y mujeres de las comunidades inmigradas, ya que representan no sólo la identidad étnica y de género sino también el nexo con sus orígenes familiares y culturales. Negarse a su realización supone cuestionar la autoridad de sus mayores en las sociedades fuertemente gerontocráticas, lo que se interpreta como un conflicto de lealtades (Kaplan, 1998).

Para los grupos donde la MGF forma parte del rito de paso, en *Iniciación sin mutilación* (2004) Kaplan plantea seguir el modelo de otros países africanos en los que se mantienen las fases de transmisión cultural y reconocimiento social, evitando el corte⁶¹.

Para tratar el tema de la identidad étnica y de género, La Barbera (2010) recupera lo que ocurrió en 1956 en la ciudad de Meru, Kenia, durante la ocupación colonial. El

⁶⁰ Este detalle es básico en el Modelo Wassu. Se considera que no es necesario el «terrorismo visual» para trabajar el tema. Ver Bloque III: La propuesta del Modelo Wassu. Al Otro lado del muro.

⁶¹ Ver Bloque III: La propuesta del Modelo Wassu. Al Otro Lado del Muro.

consejo local de la ciudad votó por unanimidad la prohibición de la MGF. «El consejo, formado por hombres, estaba bajo la administración colonial desde la década de 1930» (Thomas, 2003:79, citado en la Barbera, 2010: 479). La prohibición obtuvo como respuesta la circuncisión en masa de adolescentes que sin ceremonias ni celebraciones se circuncidaron a ellas mismas. *Ngaitana*, que significa «voy a circuncidarme a mi misma», fue el nombre con el que se autobautizaron. La circuncisión fue adoptada con una doble funcionalidad: como estrategia para reclamar su autonomía frente a los hombres que trataba de controlar el cuerpo femenino y como oposición al poder colonial que mediante esta prohibición pretendía controlar la política africana.

b) Religión

Es una práctica preislámica cuyos orígenes aparentemente se remontan al antiguo Egipto con finalidades estéticas. El Corán no hace referencia a la circuncisión femenina. Es una *sunna*, forma parte de la tradición y tiene un carácter recomendatorio, no obligatorio. Por el contrario, la masculina sí es obligatoria. Una prueba de ello, es que la MGF no se practica en todos los países musulmanes, a diferencia de la masculina (Kaplan, 1998). En las sociedades donde se practica la circuncisión femenina, también son circuncidados chicos (Johnsdotter, 2012:101). Por el contrario, no existen casos en los que se practique la MGF y no se den circuncisiones masculinas.

Aunque la prevalencia es mayor en niñas y mujeres musulmanas, también las practican las judías falahas de Etiopía y las cristianas coptas de Egipto o Etiopía. También se han dado casos en mujeres cristianas de Nigeria y en comunidades animistas, como la etnia indígena Embera Chamí de Colombia⁶².

c) Salud

Se cree que promueve la fertilidad y previene el nacimiento de niños muertos en las primigrávidas. Existe la creencia de que si el recién nacido toca con su cabeza el clítoris al nacer puede morir o padecer algún trastorno mental (Kaplan, 1998:74; Blackledge, 2005:137-140, citado en La Barbera, 2010:478).

⁶² Ver Capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF. Punto 1. La MGF en el mundo.

d) Higiene y estética

Se considera que la MGF es más higiénica porque es «más limpia». Estéticamente, se alude a creencias del estilo: «puede crecer demasiado, como el pene» o «así es más bello» (Kaplan, 1998:74).

e) Preservación del rol de género

En relación a la desigualdad de género, existe la creencia de que la MGF protege la feminidad, la pureza y la virginidad, además de evitar la promiscuidad y garantizar el honor de la familia, aumentando las oportunidades matrimoniales (Kaplan, 1998:74).

Para terminar este apartado, se debe remarcar que no se sabe el origen de la MGF. Se han encontrado textos mitológicos en los que se refleja, como es el caso de la cosmología Dogón en Mali, recopilada por Marcel Griaule (1987:22), citado en Kaplan (1998:73) en el que se describe a la tierra como un cuerpo femenino:

Su sexo es un hormiguero, su clítoris un termitero. Amma, que está solo y quiere unirse a la criatura, se acerca a ella. Se produce el primer desorden del universo. [...] Dios se acerca, el termitero se alza, le impide el paso y muestra su masculinidad. Ella es del mismo sexo que él⁶³. La unión no tendrá lugar. No obstante, Dios todopoderoso abate el termitero rebelde y se une a la Tierra sometida a la escisión.

3.2. Miradas desde la salud

En 1979 la MGF aparece por primera vez en la agenda internacional en el marco de un seminario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre prácticas tradicionales perjudiciales que afectan a la salud de las mujeres y niñas. Este año se presenta el informe Hosken⁶⁴ que aboga por el término MGF. En su estudio, se incluye por primera vez la prevalencia de la MGF por países, de manera que la práctica es denominada con

⁶³ Se inserta la construcción social del concepto feminidad «justificando» la «escisión», como una sumisión «necesaria» frente a la construcción social de masculinidad.

⁶⁴ Hosken, F. P. (1993 [1979]) The Hosken Report Genital and Sexual Mutilation of Females. Lexington, USA: *Women's International Network News* (4th rev.ed.). Páginas 31-57.

términos procedentes de la epidemiología, indicando de esta manera la consolidación del enfoque de salud (Unicef, 2013)⁶⁵.

En 1995, la OMS define la MGF como «extirpación total o parcial de los genitales femeninos, con una finalidad no terapéutica, llevada a cabo por razones sociales y culturales» y la clasifica en cuatro tipologías:

- Tipo I. Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio, llamada clitoridectomía. En la cultura islámica, se conoce como *sunna* (tradición) y suele equipararse a la circuncisión masculina.
- Tipo II. La escisión o clitoridectomía implica la extirpación parcial o total del clítoris y puede incluir el corte de los labios mayores y menores.
- Tipo III. Estrechamiento o sellado de la abertura vaginal mediante el corte y recolocación de los labios menores y a veces también de los labios mayores, con o sin extirpación del clítoris. Se dejan dos pequeños orificios para la salida de orina y la sangre menstrual. Se conoce también como infibulación o circuncisión faraónica.
- Tipo IV. Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos tales como la perforación, la incisión, el raspado, la cauterización o la introducción de sustancias corrosivas en la zona genital.

Según estas definiciones, la cirugía genital cosmética que actualmente vive una época de esplendoroso auge en Europa podría considerarse una MGF de tipo IV. Esta práctica preocupa a los y a las profesionales de la salud por dos motivos: la falta de información sobre las consecuencias a largo plazo y la realización en clínicas privadas a menores de 14 años previo consentimiento de los padres. El equipo de investigación del University College Hospital de Londres liderado por la Dra. Sarah Creighton denuncia el hecho de que no haya límite de edad mínima para dicha cirugía⁶⁶. Paradójicamente, este fenómeno que bajo la mirada occidental se tolera y se practica en clínicas europeas, se

⁶⁵ Sin embargo, actualmente sólo se disponen de datos de prevalencia en los países africanos, pese a la existencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que contempla la MGF. Ver capítulo 3. Situación de la MGF en Cataluña (2016). Una propuesta de estudio. Punto 2. Registros de Salud Pública utilizados en Cataluña.

⁶⁶ <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/11/23/internacional/1353665646.html>
<http://www.dailymail.co.uk/health/article-2236675/Hundreds-girls-aged-14-having-designer-vagina-surgery-NHS.html>

condena firmemente cuando se considera desde las otras tipologías como un atentando a la integridad de las mujeres y las niñas.

En 2014, la OMS modifica la definición de la MGF para incluir otros procedimientos, aunque todavía no engloba la cirugía genital cosmética en ella: «La mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos que de forma intencional y por motivos no médicos alteran o lesionan los órganos genitales femeninos sobre una base social y cultural. (OMS, 2014).

a) Impacto y consecuencias para la salud

Tanto la OMS como diversos estudios desde el ámbito de la salud y la antropología⁶⁷ coinciden en concluir que la MGF comporta complicaciones físicas y psicológicas para la salud y el bienestar de las mujeres y de las niñas a corto y a largo plazo. Hay que tener presente que la región vulvar es una zona muy vascularizada e innervada. El corte del clítoris y los labios menores ocasiona un dolor intenso que suele acompañarse de sensación de miedo y angustia. Entre las complicaciones agudas (a corto plazo), destacan dolor severo, *shock* y hemorragias o infecciones, sin descartar el riesgo vital. Estas complicaciones dependen mayoritariamente de las condiciones higiénicas y sanitarias en las que se realiza la acción (OMS, 2016).

Las consecuencias a largo plazo se desarrollan generalmente en la edad adulta, y de manera evidente en los partos. La infibulación (tipo III) incrementa el riesgo de sufrimiento fetal y de mortalidad materna (OMS, 1997, Royal College of Midwives, 1998, citado en Kaplan, A., Toran, P., Bedoya, M.H. et al., 2006: 197). En el caso de la escisión (tipo II), el impacto sobre la salud reproductiva es menor (Morison, 2001, citado en Kaplan, A., Toran, P., Bedoya, M.H. et al., 2006: 197), aunque los desgarros de la cicatriz durante el parto son frecuentes debido a la falta de elasticidad en la zona perineal a causa de la escisión de tejidos y a la formación de quistes (Kaplan, A., Toran, P., Bedoya, M.H. et al., 2006: 197).

⁶⁷ (Dareer (1982:27-50), Dualeh Abdalla (1982:21-28), Cloudsley (1984: 117), Njie-Saidy (1986), Skramstad (1990:4-5), Dorkenoo y Elworthy (1994:140-146), Toubia (1994) y Kaplan (1998:76; 2006:189-217; 2011:8-26; 2013: 323-331).

Tabla 1. Consecuencias de la MGF para la salud

Complicaciones agudas	Complicaciones subagudas
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor severo - <i>Shock</i> - Hemorragia - Retención urinaria - Infecciones de la herida -Tétanos, sepsis, gangrena -Llagas abiertas y otras lesiones genitales adyacentes - Fracturas -Estrés traumático 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia - Contagio Hepatitis B y C - Contagio VIH/SIDA - Infecciones urinarias de repetición - Abscesos, úlceras, escarificaciones - Retraso en la cicatrización de la herida - Miedo, angustias, estrés postraumático

Complicaciones a largo plazo (manifestación en la edad adulta)	
Genitourinarias	Insuficiencia renal por infecciones urinarias de repetición, incontinencia urinaria, dismenorrea, hematocolpos, salpingitis, inflamación pélvica.
Sexuales	Estenosis introito-vaginal, dispareunia, disminución del deseo sexual, anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anómalas de la sexualidad.
Reproductivas	Infertilidad
Obstétricas	Dificultad durante el parto, desgarros, fístulas, sufrimiento fetal
Salud mental	Sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, trastornos de ansiedad y depresión.
Cicatrización anómala	Queloides, quistes dermoides, neuromas, fibrosis, etc.

Fuente: Kaplan, A., Toran, P., Bedoya, M.H. et al. (2006) Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. En: *Revista Migraciones* nº 19, Madrid. pp. 189-217. [Tabla realizada a partir de la revisión de la literatura].

Otros estudios cuestionan el *boom* que se dio a los efectos adversos para la salud, presentados generalmente conjuntamente para todos los tipos de MGF. Carla Obermeyer (2005) en *Las consecuencias de la circuncisión femenina para la salud y la*

*sexualidad: Una actualización de la evidencia*⁶⁸ cuestiona los efectos secundarios que se presentan:

Algunos estudios indican que ciertas enfermedades son más frecuentes entre mujeres que han sufrido una circuncisión. No obstante, otros no presentan diferencias estadísticamente significativas. [...] Los estudios sobre efectos en la sexualidad presentan deficiencias con respecto a la metodología y la adaptación al contexto local. Las pruebas disponibles son inconcluyentes. En algunos estudios se presentan las consecuencias adversas para el disfrute de la sexualidad y otras no hallan diferencias significativas en las mujeres que han sufrido una circuncisión del resto de mujeres. Los resultados de esta revisión también destacan las dificultades de la investigación sobre las consecuencias en la salud y la sexualidad de la mutilación genital femenina y recalcan que son necesarias herramientas para ir más allá de simples inventarios sobre los daños físicos o la frecuencia de las relaciones sexuales (Obermeyer, 2005:444).

A las dificultades en las investigaciones a las que alude Obermeyer (2005), en España y en Cataluña se añade otro problema, que es el de la «invisibilidad» de la práctica. Los motivos son diversos: la falta de formación por parte de los profesionales, la falta de comunicación sobre el tema entre las mujeres y adolescentes con MGF y los profesionales y la falta de conocimiento y detección de las consecuencias a corto plazo debido a que las MGF no se realizan en territorio español. Debido a esto, en la mayoría de los casos se actúa de urgencia frente a la inminente partida de una familia con sus hijas al país de origen, dejando al margen los planes de prevención y formación con la comunidad.

Respecto a las consecuencias psicológicas, es importante tener en cuenta el contexto en el que se realiza la práctica. No es comparable una niña que nace y vive en África y espera la práctica en el marco del rito de paso, que una niña de padres africanos nacida en Cataluña a la que se realiza la práctica en origen. Cada mujer y cada niña tiene unas circunstancias que la hacen única, por lo que cada caso individual debe contemplarse muy cuidadosamente desde cualquier esfera.

En el camino hacia la reducción de las consecuencias para la salud se ha abierto un agitado debate: el de la medicalización versus la legitimación. Sí es cierto que la

⁶⁸ Obermeyer, C. (2005) The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, Harvard University, USA. September–October 2005; 7(5): 443–461. [Revisión sistemática sobre las repercusiones en la salud y la sexualidad de la MGF basada en fuentes publicadas entre 1997 y 2005].

medicalización y la mejora de las condiciones higiénicas y sanitarias en las que se realiza la MGF contribuirían a la disminución de efectos perjudiciales a corto plazo, las organizaciones internacionales y las activistas feministas han rechazado cualquier medida en la política de reducción de daños⁶⁹, considerando que este gesto legitimaba la práctica. Un intento en este sentido es el que se presentó en abril de 2010 desde la Academia Americana de Pediatría (AAP) que pese a su oposición a todas las formas de corte genital presentaron el *nick ritual*⁷⁰ llevado a cabo por pediatras, como una herramienta útil en la minimización de los daños y riesgos (Academia Americana de Pediatría, Comité de Bioética 2010: 1092, citado en Johnsdotter, 2012:91-92).

El *nick ritual* fue fuertemente rechazado por las activistas feministas y las agencias internacionales, que se unieron en la declaración de condena frente a los intentos de medicalización de la práctica, hecho que hizo retirar la propuesta a la AAP. Sin embargo, Shell-Duncan plantea que se reconsidere la medicalización como una solución intermedia para mejorar la salud de las mujeres afectadas. En su publicación *La medicalización de la «circuncisión» femenina: reducción de daños o la promoción de una práctica peligrosa?*⁷¹, concluye:

No hay evidencia suficiente para apoyar la firme oposición a la medicalización [...] Si se implementa como una estrategia de reducción de daños, puede ser un enfoque para mejorar la salud de la mujer en entornos donde el abandono de la práctica de la «circuncisión» no es inmediatamente alcanzable (Shell-Duncan, 2001: 1013).

b) La intervención frente a la MGF desde el enfoque desde la salud

El enfoque desde la salud se basa en las consecuencias que tiene la MGF en la salud de las mujeres y las niñas y, por extensión, en la comunidad. Se considera que el empoderamiento de las personas debe estimular la reflexión y el pensamiento crítico social, de manera que los márgenes de aprobación de la práctica mengüen hasta su eventual desaparición. Este enfoque, acompañado del conocimiento social y cultural que aporta la mirada antropológica, puede mejorar el abordaje con las familias desde

⁶⁹ La política de reducción de daños, desde la salud pública, se considera que para minimizar los riesgos para la salud asociados, en este caso a la MGF, se proponen alternativas más seguras y menos dañinas.

⁷⁰ Especie de pequeña punción, hendidura realizada en el clítoris.

⁷¹ Shell-Duncan, B. (2001) The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Science & Medicine*, 52. Department of Anthropology, University of Washington. pp. 1013-1028.

el empoderamiento real como sujetos activos y responsables de su salud. Por el contrario, si se utiliza desde el «poder de la ciencia médica» Foucault (1973), sin contemplar factores de carácter social o cultural, o considerando las familias sujetos de actitud pasiva, se puede producir el efecto contrario del deseado.

En los países donde se practica la MGF, la autoridad sanitaria puede presentar las consecuencias de la MGF en la salud de las mujeres ante los líderes comunitarios para que estos se postulen en contra. Esta postura clara y firme puede hacerse extensiva a la población mediante edictos religiosos como la Fatwa⁷². Se cree que las Fatwas pueden contribuir al cambio en las comunidades donde se relaciona la MGF con el Islam⁷³ (Johansen, E., Diop, N., Laverack, G. y Leye, E., 2013:2). En este caso, siguiendo a Foucault (1973) el poder de la medicina que «también está culturalmente determinada» (Favretto y Mascherpa, 1994:164, citado en La Barbera, 2010:480) se enfrentaría al poder de la religión.

3.3. Miradas desde la perspectiva de los Derechos Humanos

La comunidad internacional en diferentes foros y conferencias de agencias como Unicef, la OMS, la UNFPA, la Unión Europea y otras han calificado la MGF como una práctica que vulnera los derechos de las mujeres y de las niñas al violar el derecho a la integridad física, a la salud, a la no discriminación y al no sometimiento a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes⁷⁴. Desde la perspectiva de los Derechos Humanos destacamos dos enfoques, que influyen en los modelos de intervención ante la MGF en Cataluña: el enfoque desde la perspectiva de la violencia, que parte del Modelo de la Generalitat de Catalunya, desarrollado en el siguiente punto y el enfoque desde los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva, que parte del Modelo Wassu.

El enfoque de los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva parte de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIDP) en el Cairo (1994) y las Conferencias

⁷² Como las Fatwas emitidas en Egipto (2006), Mauritania (2010) y una Fatwa subregional africana en 2012. (Johansen, E., Diop, N., Laverack, G. y Leye, E., 2013:2)

⁷³ Aunque en el Corán, como se ha comentado anteriormente, no figura la MGF.

⁷⁴ En la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) no se especifica la práctica como tal. Sin embargo es el pilar para muchos estados y organismos internacionales, para denunciarla posteriormente. Ver Capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF. Punto 1.2. Declaraciones y conferencias internacionales.

Mundiales sobre la Mujer, Pekín (1995) y las posteriores⁷⁵. La MGF se aborda como un problema de salud integral que contempla a las familias como sujetos activos responsables de su salud. Desde esta perspectiva se tienen en cuenta los factores sociales y culturales como determinantes. La Educación para la Salud deberá proporcionar conocimientos que permitan el análisis crítico de la situación para crear actitudes y aptitudes personales y sociales que permitan tomar decisiones hacia su eventual desaparición. La Educación para la Salud debe ofrecer herramientas para permitir un diálogo crítico con su cultura y sus tradiciones (Mangas, 2010).

La intervención se enfoca desde el conocimiento de las razones que sustentan la práctica, por lo que los y las profesionales de atención primaria abordarán el tema cuando consideren oportuno, evitando la focalización en los viajes al país de origen con menores, a diferencia del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Por otra parte, desde este enfoque se debe garantizar el acceso universal a la salud.

3.4. Miradas desde la perspectiva de violencia

Se observan diversas definiciones del concepto «violencia» en las declaraciones, conferencias y leyes europeas e internacionales —violencia contra la mujer, violencia doméstica y violencia de género—, las cuales han marcado distintos enfoques en la intervención delante de la MGF. A continuación se describe de forma resumida cada uno de los conceptos para posteriormente analizar el enfoque de la intervención ante la MGF en Cataluña que desde el 2008 clasifica la MGF como una forma de violencia machista.

⁷⁵ Pekín +5 en Nueva York (2000), Pekín +10 (2005), Pekín +15 (2010), Pekín +20 (2015) y en la Declaración del Milenio. Ver Capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF. Punto 1.2. Declaraciones y conferencias internacionales.

Figura 2. Enfoque de la MGF desde la perspectiva de la violencia

Diferentes conceptos y enfoques sobre la violencia
<p>Violencia contra la mujer</p> <p>Acto de maltrato físico, psíquico, sexual o vejatorio que recibe una mujer, así como amenazas de realizar tales actos, coacción o privación arbitraria de la libertad, que se produzcan en la esfera pública y/o privada.</p> <p><i>Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (1993)</i></p> <p>El origen de toda la violencia contra la mujer se encuentra en la distribución desigual del poder entre los géneros.</p> <p><i>Parlamento Europeo, Resolución 2004/2220 (INI)</i></p>
<p>Violencia doméstica</p> <p>Hace referencia a actos de maltrato físico, psíquico, sexual o vejatorio que una persona, hombre o mujer, ejerce sobre uno o más miembros del núcleo familiar.</p> <p><i>Doméstica</i>, indica el ámbito en el que se producen estos actos de violencia.</p> <p>Toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia.</p> <p><i>Comisión Europea (1998) "Cien palabras por la Igualdad".</i></p>

Realización propia

Diferentes conceptos y enfoques sobre la violencia
<p>Violencia de género</p> <p>Violencia dirigida contra una persona a causa de su sexo, identidad o expresión de género, o que afecte a personas de un sexo en particular de modo desproporcionado; que dicha violencia puede causar a las víctimas daños físicos, sexuales, emocionales o psicológicos, o perjuicios económicos y que se entiende como una forma de discriminación y una violación de las libertades fundamentales de la víctima y que incluye la violencia en relaciones estrechas, la violencia sexual (en particular la violación, la agresión sexual y el acoso sexual), la trata de personas, la esclavitud y diferentes formas de prácticas nocivas, como los matrimonios forzados, la <u>mutilación genital femenina</u> y los denominados «delitos de honor».</p> <p>La violencia de género afecta a víctimas y a agresores independientemente de la edad, el nivel de educación, los ingresos y la posición social, y que guarda relación con las desigualdades existentes en la distribución del poder entre mujeres y hombres y con las ideas y los comportamientos basados en estereotipos en nuestra sociedad, que se deben combatir desde las fases más tempranas con el fin de cambiar las actitudes.</p> <p>Resolución del Parlamento Europeo, de 25 de febrero de 2014, con recomendaciones destinadas a la Comisión sobre la lucha contra la violencia ejercida sobre las mujeres (2013/2004(INI))</p>

Realización propia

Figura 2 (continuación). Enfoque de la MGF desde la perspectiva de violencia

Diferentes conceptos y enfoques sobre la violencia	
Violencia machista	
<p>Violencia que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que, producida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, las intimidaciones i las coacciones, tengan como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado.</p> <p>Ámbitos de la violencia machista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Violencia en el ámbito de la pareja 2. Violencia en el ámbito familiar 3. Violencia en el ámbito laboral 4. Violencia en el ámbito social o comunitario La MGF, se incluye en este ámbito. <div style="border: 1px solid #008080; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>MGF o riesgo de sufrirla: incluye cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o que produzca lesiones, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer.</i></p> </div> <p>Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista”. DOGC Núm. 5123 del 2 de mayo de 2008</p>	

Realización propia

Según esta última definición, el Modelo de la Generalitat de Catalunya encuadra la actuación frente a la MGF desde el enfoque de la violencia machista en el ámbito social o comunitario «aunque haya consentimiento expreso o tácito de la mujer», sin importar la edad. Bajo esta definición se podría albergar la práctica de cirugía genital cosmética que se viene realizando con gran éxito en los quirófanos europeos, incluidos los catalanes. Sin embargo, no lo hace. Solamente se centra la atención en la MGF tradicional. Este hecho no es fortuito. Las modificaciones genitales están relacionadas con la política y con que ciertas prácticas sean vistas como «problemas sociales» (Johnsdotter y Essén, 2010). Por todo ello no sorprende que el tema en Cataluña se pilote desde la Dirección General de Inmigración aunque figure bajo el amparo del Institut Català de la Dona (ICD)⁷⁶.

El movimiento en pro de la tolerancia cero en relación a la MGF es producto de una perspectiva recientemente introducida desde el feminismo radical, el cual etiqueta a las mujeres africanas como «víctimas». Las agencias internacionales también

⁷⁶ Ver Capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016].

abanderan este movimiento, celebrando cada 6 de febrero el Día Internacional de Tolerancia Cero a la MGF⁷⁷. Existen críticas sobre la condena a la MGF tradicional que practican las mujeres africanas y la impunidad sobre la «operación genital realizada por motivos no terapéuticos» que derivan en una situación legalmente compleja en los países occidentales (Dustin, 2010, citado en Johnsdotter 2012:108). Por otra parte, el poco aporte que se hace desde este enfoque ha sido objeto de encendidas críticas, las cuales consideran que no se detiene en absoluto la violencia sino que se centra en el castigo de las consecuencias. Según este enfoque de carácter punitivo, las mujeres y las niñas acarrean una doble victimización: por parte de la tradición y por parte de la ley (Dembour, 1996, citado en Kaplan, 1998). Estaríamos frente a un «marketing político» y no frente a una auténtica estrategia integral de lucha contra la práctica.

La consideración de la MGF como una forma de violencia machista provoca discrepancia en ciertas autoras que otorgan a las mujeres las funciones de organización, realización, custodia y legitimación de la práctica de la MGF. Contrariamente, otros autores hablan de una «consciencia falsa» en las que la defienden (Daly, 1997 [1978] y Thiam, 1986, citado en Johnsdotter y Essén, 2010: 31). Se habla también de «prisioneras del ritual» (Lightfoot-Klein, 1989, citado en Kaplan, 1998:75) y «víctimas pasivas» (La Barbera, 2010:467) de una sociedad patriarcal tradicional. Mientras tanto, las mujeres y adolescentes con autorización de sus padres se someten a la cirugía genital cosmética desde una óptica de normalidad, ya que «representa una expresión de libertad y autonomía» (La Barbera, 2010:467).

⁷⁷ «Tolerancia O, es un enfoque de política de seguridad ciudadana, que se basa en castigar severamente, sin importar la falta cometida». Fuente: <https://es.wikipedia.org>. Esta doctrina fue puesta en práctica en los años 90 en Nueva York, por George H.W. Bush, para reducir los homicidios, sin embargo, no detuvo la violencia.

⁷⁷ Resolución 60/1

4. GÉNESIS DE LA INVESTIGACIÓN Y TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo y la trayectoria de investigación no pueden ir separadas ya que el conocimiento es inherente a ello. La génesis de esta investigación se remonta al año 2007, con un primer viaje a Gambia, y termina durante el primer trimestre de 2017. En total son nueve años y medio de trabajo de campo sobre el tema de la MGF, su contexto y la intervención que se realiza en Cataluña para prevenirla.

La herramienta principal para la recogida y el análisis de la información ha sido el diario de campo en dos modalidades: el diario de campo manual (9 diarios DIN-A5 con un total de 1410 páginas) y el diario de campo digital (2 diarios que impresos en DIN-A4 hacen un total de 314 páginas). Este último ha permitido realizar constelaciones conceptuales, resúmenes y esquemas del marco teórico, genogramas de las familias y algoritmos de las intervenciones y circuitos profesionales de los casos de estudio, mapas de prevalencia y la incorporación de la parte audiovisual con fotografías y recuerdos de las jornadas y de las primeras entrevistas. Esta herramienta ha facilitado la sistematización de la información así como la familiarización con los diferentes actores.

El trabajo de campo se presenta en cuatro grandes períodos:

- **Primer período [2007-08]. Primer viaje a Gambia. *El azar***
 - Diario de campo 1 [Del 1 de diciembre de 2007 al 2 de octubre de 2010] 74 páginas
- **Segundo período[2009]. Segundo viaje a Gambia**
 - Diario de campo digital 1 [Del 16 de diciembre de 2010 al 8 de junio de 2012] 144 páginas
- **Tercer período[2009-2010]. En el marco de la tesina⁷⁸. Provincia de Barcelona.**
 - Diario de campo 2 [Del 24 de marzo de 2011 al 8 de mayo de 2012]. 181 páginas.
 - Diario de campo digital 2 [Del 20 de junio de 2012 al 30 de abril de 2013]. 170 páginas.

⁷⁸ Mangas, A. (2010) *El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas. 4 casos de estudio en las comarcas del Barcelonés y Maresme. Cataluña*. Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona [Tesina no publicada, realizada en el Master de Investigación Etnográfica, Relaciones Interculturales y Teoría Antropológica, de la UAB].

• **Cuarto período[2011-2015]. En el marco de la tesis.** Provincia de Barcelona y Girona.

- Diario de campo 2 [Del 24 de marzo de 2011 al 8 de mayo de 2012]. 181 páginas
- Diario de campo 3 [Del 8 de mayo de 2012 al 14 de febrero de 2013]. 170 páginas
- Diario de campo 4 [Del 22 de febrero al 30 de septiembre de 2013]. 175 páginas
- Diario de campo 5 [Del 5 de octubre al 4 de marzo de 2014]. 174 páginas
- Diario de campo 6 [Del 5 de marzo 2014 al 7 de agosto de 2014].174 páginas
- Diario de campo 7 [Del 30 de septiembre al 18 de marzo de 2015]. 191 páginas
- Diario de campo 8 [Del 19 de marzo al 9 de octubre de 2015]. 184 páginas
- Diario de campo 9 [Del 8 de octubre de 2015 al 13 de diciembre de 2015] 86 páginas

Los dos primeros períodos, del 2007 al 2009, se caracterizan por la familiarización con el contexto de la práctica de la mutilación genital femenina. Terminando la licenciatura de antropología, viajé a Gambia por primera vez. Fue una «exploración a los desconocido» siguiendo a Le Vine (Díaz, A., 2008:68)⁷⁹. Sin embargo, no fue planificado ni diseñado. Debió ser el azar que me llevó a empezar esta investigación. De forma espontánea, empecé a trabajar la mirada a través del conocimiento etnográfico del contexto de la práctica y tomando contacto con el objeto de investigación. Por aquella época era una práctica desconocida para mi. Desde mi puesto de trabajo en salud pública nunca había oído hablar del tema. La MGF no constaba en el ámbito de intervención. Años más tarde todavía me sorprende que la salud pública se centre tanto en aspectos como la salud bucodental, por ejemplo, y que la MGF siga siendo tan desconocida, que no se incluya en la cartera de prevención en salud sexual y reproductiva o en la intervención desde las desigualdades en salud.

En el tercer período, del 2009 al 2010 y en el marco de mi tesina universitaria, diseñé un marco teórico sobre la intervención ante la MGF y realicé una investigación más rigurosa. Del 2010 al 2011, pese a que seguí como miembro del GIPE/PTP, me centré en la intervención social, con el pilotaje del Programa de Prevención de la MGF en Badalona, desde mi puesto de trabajo en el ayuntamiento.

⁷⁹ Díaz, A. (2008) *Materiales I. Seminario de diseño de proyectos (2008-2009)*. Programa de Master en Investigación Etnográfica, Relaciones Interculturales y Teoría Antropológica. 241 páginas [Documento no publicado, de uso académico].

En el último período, iniciado en 2011 en el marco de la tesis, pude reformular las hipótesis para contrastarlas, ampliando las unidades de observación a la provincia de Girona, embrión del modelo de la Generalitat de Catalunya, para estudiar las Mesas de Prevención de la MGF y continuar con el seguimiento de casos en la provincia de Barcelona. Un período marcado por el desmantelamiento progresivo del estado del bienestar y las reestructuraciones en la salud pública universal, la educación y los servicios sociales en España.

4.1. Primer período [2007-08]. Primer viaje a Gambia. *El azar*

En 2007 recibí una beca de la Diputación de Barcelona para poder cursar el postgrado de Inmigración, Interculturalidad y Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y el Hospital de Mataró, en calidad de trabajadora pública del Ayuntamiento de Badalona, como técnica de salud pública en la Unidad de Promoción de la Salud. Una de las sesiones se centró en el proceso migratorio del colectivo subsahariano. Allí fue cuando conocí a Adriana Kaplan, profesora del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB. Por aquella época, compaginaba mi trabajo en el Ayuntamiento de Badalona por las mañanas con la licenciatura en Antropología por las tardes y el posgrado los fines de semana.

Desde 1998, Adriana Kaplan venía organizando anualmente un viaje a Gambia⁸⁰ para profesionales del campo de la salud, el trabajo social o la educación entre otros. El objetivo era dar a conocer en primera persona la realidad sociocultural de la migración de Senegal y Gambia, contenido fundamental de sus clases de la universidad. En sus propias palabras, este viaje ofrecía «acercase al bagaje que todo/a migrante lleva desde el origen y que forma parte de su identidad individual y colectiva».

Fue una experiencia intensa que dio frutos, en origen y en destino. Por un lado se establecían canales de cooperación entre algunos ayuntamientos catalanes y poblados gambianos, y por otra, la calidad en la atención y la comunicación con esta población mejoraba considerablemente las relaciones institucionales, profesionales y de acceso a sus servicios. Fruto de estos viajes fueron la firma de un acuerdo entre la Universidad

⁸⁰ El primer viaje organizado fue a petición del Colegio de Trabajadoras Sociales de Cataluña.

Autónoma de Barcelona con la Facultad de Medicina de la Universidad de Gambia. Entre las/los participantes-viajeros se constituyó Wassu Gambia Kafo⁸¹, una ONG destinada a la cooperación en salud, educación e investigación.

En diciembre de 2007 viajé a Gambia junto con un grupo heterogéneo de profesionales de diferentes lugares de España. Era la primera vez que viajaba al continente africano y este viaje me aportó más de lo que me imaginaba. Iniciaba, sin quererlo y por azar, mi trabajo de campo en este tema. Gambia es uno de los 28 países del África Subsahariana donde se practica la MGF con una prevalencia del 76% (Unicef, 2013). Empecé por trabajar la mirada, conociendo el contexto de la práctica de la mutilación genital femenina. Ver de primera mano la realidad de este país africano y observar los problemas a los que se enfrenta, curtió mi mirada y fue la base para entender las dificultades y los entramados de la cooperación, así como los desafíos y retos que tiene por delante la población. La aproximación al contexto de las migraciones en el origen fue necesario para comprender mejor lo que sucedía en destino. Era un universo complejo, analizado de forma pionera por la antropóloga Adriana Kaplan desde 1987, compartido a través de sus publicaciones y a través de sus viajes. Una obra clave en este período fue *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social* (Kaplan: 1998).

A la vuelta del viaje empecé a colaborar con Wassu Gambia Kafo y en septiembre de 2008, finalizando la licenciatura en Antropología, entré a formar parte del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, cuya investigadora principal es Adriana Kaplan, cinco años después de su creación, en 2003. Mi incorporación al grupo coincidió con la creación del Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada y Nuevas Estrategias para la Prevención de las Mutilaciones Genitales Femeninas. *La iniciación sin mutilación. Un abordaje circular Gambia España.*

⁸¹ Wassu es un lugar sagrado y mágico en Gambia y Kafo significa grupo.

4.2. Segundo período [2009]. Segundo viaje a Gambia. La Conferencia Internacional

El segundo período coincide con la «Conferencia Internacional sobre las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, explorando estrategias y nuevas prácticas de lo local a lo global», llevada a cabo en Gambia los días 5, 6 y 7 de mayo de 2009 a iniciativa de la ONG Wassu Gambia Kafo y del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Acudieron numerosas ONG de Gambia, Senegal, Burkina Faso, Kenia, Tanzania, Nigeria y Etiopía compartiendo sus experiencias junto con agencias internacionales como FNUAP, OMS y Unicef. También participaron delegaciones del Comité Interafricano contra las Prácticas Tradicionales Perjudiciales que Afectan la Salud de las Mujeres y los Niños (CIAF).

Inauguraron el congreso la vicepresidenta del Gobierno de Gambia, Isatou Njie-Saidy, la portavoz del Congreso de los Diputados y el gran imán de la Mezquita de Banjul, haciendo público su compromiso para la luchar contra la MGF. Fue un hecho histórico en este país africano ya que, hasta la fecha, hablar públicamente de la MGF era tabú, debido a la agresividad de cómo se había tratado el tema hasta el momento. Algunas ONGs locales habían denunciado públicamente de poblado en poblado a las ancianas y a las circuncidadoras, provocando reacciones de violencia por la forma en las que se planteaba el tema en la comunidad. En esta conferencia pude participar como miembro del equipo de investigación de la UAB. Estas son algunas de las notas que realicé a la vuelta del viaje. Forman parte del Diario de campo 1:

«En este congreso asistieron estudiantes de medicina y de enfermería, y recuerdo una de las preguntas que hizo un estudiante de medicina en una de las mesas: ¿esta práctica — refiriéndose a la MGF— no se realiza a todas las mujeres de todo el mundo?. Esta pregunta quedó en mi memoria y me hizo ver que la MGF en Gambia se vivía con toda normalidad en tanto que es frecuente. Fue un hecho que posteriormente me hizo entender por qué los y las profesionales de la salud no relacionaban los efectos nocivos de la MGF: primero, porque todos los genitales que veían estaban mutilados; segundo, porque las propias mujeres no consultaban sobre ello; tercero, el contexto de las medidas higiénico sanitarias y alimentarias no ayudaban a disminuir la alta mortalidad neonatal o el riesgo en los partos; y por último, no había estudios en Gambia sobre los efectos nocivos en la salud de la MGF.

»Escuchar a Adriana Kaplan y a Juana Moreno, miembros del GIPE/PTP, me hizo comprender hasta qué punto la antropología podía ser una herramienta para el análisis del contexto sociocultural en el que se desarrolla la MGF. Desde el conocimiento y el respeto se podía trabajar para prevenir y atender a las mujeres y a las niñas, tanto en Gambia como en Cataluña. A nivel europeo, recuerdo algunas medidas que se presentaron desde la Universidad de Frankfurt, Alemania, enfatizando el tema de la ley como eje principal de intervención.

El último día del congreso fue muy intenso por varios asuntos, entre ellos las manifestaciones por parte de ciertas ONGs gambianas, delante de la vicepresidenta. Esta situación ponía de manifiesto la dificultad de trabajar coordinadamente entre ellas, compitiendo por subvenciones europeas y protagonismos. Pese a los disturbios, recuerdo con emoción la clausura de la conferencia con la lectura de la Declaración de Brufut, que propone el abordaje global y multisectorial como estrategia preventiva de la MGF. Destaca el papel de líderes religiosos e investigadores, así como la necesidad del empoderamiento de las mujeres a través de la información y formación, tanto en África como en Europa».

Diario de campo 1

Cinco meses después de la conferencia en Gambia, el 28 de octubre de 2009 la ONG GAMCOTRAP y Tostan participaron en la «Jornada contra la MGF» celebrada en el Caixaforum de Barcelona, organizada por ONGs registradas en Cataluña (AMAM⁸² y EQUIS⁸³) y la Secretaria per a la Immigració del Departament d'Acció Social i Ciutadania y el Departament de Salut de la Generalitat. Cabe mencionar que el 22 de enero de 2008 los Mossos d'Esquadra habían viajado a Gambia con el objetivo de explicar a las comunidades el programa de prevención que se aplica en Cataluña.

A finales del 2009 participé en la elaboración del capítulo «Intervenciones desde los servicios de salud» del manual para profesionales sobre MGF que sería publicado a principios del 2010 por el GIPE/PTP⁸⁴. Esta publicación me sirvió para revisar el marco teórico de la práctica.

⁸² AMAM, Asociación de Mujeres Anti Mutilación, constituida en 1998, presidida por Mama Samateh.

⁸³ EQUIS, Asociación de Mujeres constituida en el año 2000 para trabajar en la prevención de la MGF. En 2009, su presidenta es Bombo N'Dir.

⁸⁴ Kaplan, A. y Pérez, M.J. (coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra.

4.3. Tercer período [2009-10]. En el marco de la tesina. Provincia de Barcelona

En octubre de 2009 me matriculé en el máster «Investigación Etnográfica, Teoría Antropológica y Relaciones Interculturales», en el módulo de intervención social, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB. De todo ello nace la tesina «Aproximaciones descriptivas de diferentes actuaciones y abordajes preventivos ante la mutilación genital femenina. Un cruce de miradas. Cuatro casos de estudio en las comarcas del Barcelonès y Maresme. Cataluña».

El trabajo de campo se centró en la provincia de Barcelona, concretamente en los municipios de Mataró, Pineda de Mar y Badalona por las razones que se explican a continuación. Mataró es el municipio que históricamente presenta más población procedente de países donde se practica la MGF, especialmente de etnia mandinga, de origen Gambia y Senegal. Asimismo es el primer municipio en España donde a principios de los 90 se detecta una MGF en una niña. Pineda de Mar había puesto en marcha un protocolo municipal de actuación frente a la MGF y se habían dado algunos casos judicializados. Finalmente Badalona era el área donde desarrollaba mi actividad profesional como trabajadora del ámbito de la salud, motivo que me facilitaba el acceso al campo, y además, en 2008, se habían producido ciertos casos de supuesto riesgo.

Se analizó el estudio de los diferentes protocolos y leyes puestas en marcha en Cataluña, además del estudio de casos que desencadenaron en actuaciones estrictamente punitivas. Hubo casos judicializados a raíz de la programación de un viaje familiar al país de origen con la aplicación de diversas medidas cautelares: retirada de pasaportes de las menores hasta los 18 años, revisión de genitales por un médico forense cada seis meses hasta la mayoría de edad, presencia en juzgados periódicamente para certificar la permanencia en territorio nacional, etc. En definitiva, una serie de efectos colaterales de la aplicación de la ley y la interpretación de *menor en riesgo*, que afectaba directamente a las niñas, a sus familias y a las profesionales que habían intervenido.

Esta investigación articulaba, por una parte, técnicas y métodos cualitativos aprendidos en la licenciatura de antropología y, por otra parte, aspectos formativos y

de bagaje profesional adquiridos en la salud pública. Este período de trabajo de campo prospectivo me proporcionó conocimientos del contexto, recopilación y repaso de la literatura relacionada con la materia, realicé contactos con diferentes informantes y armé un buen dossier sobre la repercusión del tema en los medios de comunicación.

En octubre 2010, posterior a la defensa de la tesina, la investigación dio su primer fruto con la puesta en marcha de un proyecto dentro de mi trabajo como técnica de salud pública en el Ayuntamiento de Badalona e investigadora del GIPE/PTP para pilotar la metodología diseñada por la Fundación Wassu-UAB. Se puso en marcha un proyecto para desplegar un programa de prevención de la MGF, con el apoyo y asesoramiento del GIPE/PTP. Esta colaboración se consolidó en 2013, mediante la firma de un convenio entre el Ayuntamiento de Badalona, la Fundación Wassu-UAB y el proveedor de salud, Badalona Serveis Assistencials (BSA)⁸⁵.

4.4. Cuarto período [2011-16]. En el marco de la tesis. Provincia de Barcelona y Girona

El trabajo de campo de este período se realiza en el marco de la tesis doctoral que comprende cuatro años, de septiembre 2011 a mayo 2017. Está centrado en la provincia de Barcelona y Girona, por ser los dos territorios de Cataluña con mayor número de personas procedentes de los 28 países que practican la MGF.

El seguimiento de la investigación en la provincia de Barcelona, se realiza siguiendo la prospección de trabajo de campo iniciado en 2009⁸⁶, en Mataró (donde se detecta el primer caso de MGF practicado en España) y en Badalona, ampliando la investigación a otros municipios, a través de las Mesas de Prevención de la MGF y/o a través del estudio de casos judicializados.

El estudio en la provincia de Girona se escogió por varias razones:

⁸⁵ Esta experiencia y propuesta de intervención, se presenta en el Bloque III: La propuesta del Modelo Wassu. Al Otro lado del Muro. Capítulo 8. Programa de Prevención y Atención de la MGF en Badalona.

⁸⁶ Mangas, A. (2010), *op. cit.*

- 1) Es la provincia de España donde a principios de los años 90 se detecta el segundo caso de MGF realizado en España. A raíz de ello se empieza a trabajar el tema.
- 2) Es la provincia con mayor número de personas procedentes de países practicantes de la MGF.
- 3) Es la primera provincia donde se aplica el Protocolo de Actuaciones para Prevenir la Mutilación Genital Femenina⁸⁷, que es a su vez el primer protocolo de MGF realizado en España.
- 4) Como consecuencia del punto anterior, se llevan acabo las primeras mesas de MGF. Este modelo de intervención se exportará al resto de Cataluña.

Este cuarto período de la investigación se divide en tres subperíodos que se detallan a continuación:

2.4.1. [2011-13] Provincia de Barcelona y primer contacto en Girona

2.4.2. [2013-14] Provincia de Girona y seguimiento de casos provincia Barcelona

2.4.3. [2015] Tercer viaje a Gambia. *Cerrando el círculo*

4.4.1. Provincia de Barcelona y primer contacto en Girona [2011-2013]

De 2011 a 2013 el trabajo de campo se centra en la provincia de Barcelona (Badalona, en Mataró, en Sabadell y todos aquellos municipios desde los que se pedía asesoramiento a la Fundación Wassu-UAB). Este período se caracterizó por el estudio de casos oficiados a la Fiscalía. Destacamos dos casos: el caso de Vilanova y la Geltrú (2013), que supuso la segunda sentencia en España con una condena de prisión de 12 años para los padres, y el caso de Premià de Mar (2012) como primer caso procesado al detectarse una MGF en una niña reagrupada realizada antes de migrar a España, cuya absolución final, no evitó graves efectos colaterales.

El primer contacto en la provincia de Girona fue a través del trabajo de campo en la Mesa de Prevención de la MGF de la Bisbal d'Empordà en 2012 y 2013. Resultó muy

⁸⁷Secretaria per a la Immigració, ed. (2002) *Protocol d'Actuacions per a Prevenir la Mutilació Genital Femenina*. Barcelona, Departament de Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya.

provechosa la observación, tanto por conocer su funcionamiento interno como por el testimonio de su referente, la técnica de inmigración Isabel Oller, que gestionaba a su vez otras cuatro mesas, las cuales daban cobertura a 28 municipios durante 4 años. Ella conocía a la perfección la metodología de trabajo y la plasmó en su trabajo de fin de carrera⁸⁸.

Este período estuvo marcado por el estudio de las sentencias que he comentado, por lo que me centré en cómo estas influían en los siguientes y en cómo variaba el discurso de los y las profesionales en diferentes jornadas. Un ejemplo de ello fue la que se dio en una reunión general de la provincia de Girona en 2013 y otra en el Colegio de Médicos de Girona el 6 de febrero de 2014, donde además de hacer un balance del protocolo se debatía la persecución de la MGF a niñas reagrupadas y el alcance de la *LO 3/2005* a raíz del caso de Premià de Mar.

En esta jornada los Mossos d'Esquadra aprovecharon para presionar a los y las pediatras para que denunciaran los casos de niñas reagrupadas mutiladas, antes de migrar a España. La mayoría de pediatras alegaron que nunca habían denunciado a niñas reagrupadas mutiladas, porque primaba su beneficio superior. Alegaban que el objetivo era atender a estas niñas que venían ya mutiladas y velar por la prevención en sus hermanas nacidas en Cataluña. Fue un debate intenso. Los y las pediatras comunicaron que seguirían fuera de la ley, si es que esta interpretación incluía la persecución en niñas reagrupadas mutiladas antes de migrar a España.

En este período, la Fundación Wassu-UAB me propuso participar en el asesoramiento para desplegar un programa de prevención y atención de la MGF en Bilbao, en el marco de un convenio firmado entre el Ayuntamiento de Bilbao y la Fundación Wassu-UAB. Realizamos diversas formaciones a profesionales del grupo motor y del grupo piloto para desplegar el programa y participamos en sesiones conjuntas de trabajo a lo largo del 2013 hasta el 2015.

⁸⁸ Oller, I. (2012) *La prevenció de la MGF a través del treball comunitari*. Universitat de Girona. Trabajo prácticum para la licenciatura de pedagogía. [No publicado, policopiado, 144 páginas].

4.4.2. Provincia de Girona y seguimiento de casos en la provincia Barcelona [2013-14]

En este período la investigación se centra en la provincia de Girona. Nuestra base fue el municipio de Salt, básicamente por las siguientes dos razones. Principalmente, por ser el municipio con más población procedente de los 28 países que practican la MGF de España, población sobre todo gambiana y senegalesa, mayoritariamente de etnia sarahule, y también por ser el primer municipio que trabaja en la prevención y la atención de la MGF a raíz del caso de los años 90⁸⁹.

Este período se caracteriza por la observación participante en jornadas y en las reuniones anuales de las Mesas de Prevención de la MGF de las comarcas de Girona, entrevistas semiestructuradas a sus profesionales referentes, a mujeres africanas miembros de las primeras asociaciones que trabajaron el tema y a profesionales que se adentraban el tema.

Hay que destacar que en los municipios de Banyoles, Olot y Blanes en 2012 había bajado el número de niñas procedentes de estos países, (-72), (-48) y (-19), al contrario de otros municipios que habían aumentado (Kaplan y López, 2013). Este hecho nos resultaba significativo y no lo podíamos obviar en las entrevistas que realizamos a las profesionales para averiguar si podía tener relación con las intervenciones punitivas que se llevaban a cabo en esta provincia.

Gracias al trabajo de campo, pude conseguir las memorias anuales del 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 y conocer el estado actual de las mesas de la provincia de Girona. Finalizamos la realización de entrevistas en profundidad, alcanzando al 60% de las referentes de las principales mesas⁹⁰ y al 65% de los miembros del Grupo de trabajo sobre la prevención de la MGF de las comarcas de Girona.

Este período también se centró en el seguimiento del impacto de la modificación de Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, relativa a la Justicia Universal, por lo que nos reunimos con el presidente de la Comisión de la Justicia Penal Internacional del Ilustre

⁸⁹ Ver capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña. Las Dos caras del Muro. Punto 1. Años 90. Visibilidad de la práctica con las migraciones y primeros casos.

⁹⁰ Salt, Banyoles, Girona, Olot, Blanes, Arbúcies, Cassà de la Selva, Llagostera, Santa Coloma de Farners, la Bisbal y Lloret de Mar.

Colegio de Abogados de Barcelona (ICAB), en abril del 2014 para consultar y contrastar el alcance de la reforma en cuanto a la MGF.

Entre los y las profesionales provocó confusión y debate en diferentes jornadas, foros y grupos de discusión respecto a la persecución de la MGF realizada fuera del territorio nacional, ya que desaparecía la mención de la MGF aunque se contemplara como perseguible dentro del Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo sobre la persecución y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, en su artículo 38⁹¹, del que España había ratificado el convenio el 1 de agosto de 2014.

El 27 de mayo de 2014, se celebró en Barcelona la Jornada «El trabajo para erradicar las mutilaciones genitales femeninas desde el ámbito sanitario, social y legal. Estado de la cuestión y propuestas de futuro», organizada por la Generalitat. Esta marcó un punto de inflexión respecto de las anteriores. Muchos profesionales presentaron su malestar ante las intervenciones que se venían realizando derivadas del protocolo y el modelo de las Mesas de Prevención de MGF. Títulos como «¿Qué modelo queremos, preventivo o punitivo?» iniciaban el debate. Los asistentes valoramos esta jornada como una oportunidad para evaluar el despliegue del protocolo catalán y las actuaciones derivadas a lo largo de más de una década de su creación. Pude participar desde primera fila y en el grupo de discusión acerca del trabajo comunitario.

4.4.3. Tercer viaje a Gambia. Cerrando el círculo [2015-16]

Este período se caracteriza por el cierre del trabajo de campo y por el inicio de la transferencia social del conocimiento, destacando varias participaciones y colaboraciones que me propuso la Fundación Wassu-UAB:

- Informe «La Mutilación Genital Femenina en España», Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (febrero 2015). Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Junto con Adriana Kaplan y Nora Salas.

⁹¹ Art.38- Mutilaciones genitales femeninas. La partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificarse como delito, cuando se cometa de modo intencionado: a) la escisión, infibulación o cualquiera otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer; b) el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin; c) el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.

- Presentación del Programa de Prevención y Atención de la Mutilación Genital Femenina de Badalona, en la Federación Catalana de Municipios. Barcelona, 17 de febrero de 2015. Organizada por la Federación Catalana de Municipios, con la colaboración de la Fundación Wassu-UAB y el Ayuntamiento de Badalona.
- Presentación de la ponencia «Una mirada caleidoscópica sobre la MGF en Cataluña. Aplicación y Despliegue del Protocolo catalán», en la Conferencia «La Mutilación Genital Femenina. Aproximación Social y Jurídica». Barcelona, 19 de febrero de 2015. Organizada por la Comisión de Justicia Penal Internacional, del Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona (ICAB), a propuesta de la Fundación Wassu-UAB.
- Jornada de Formación para la Prevención y la Atención de la Mutilación Genital Femenina y reunión de cierre de la colaboración en el marco del convenio entre el Ayuntamiento de Bilbao y la Fundación Wassu-UAB, después de dos años de trabajo conjunto para poner en marcha un programa de prevención y atención de la MGF en Bilbao. 7 y 8 de octubre de 2015.
- Participación en algunos medios de comunicación como telediario de TV1⁹² a propósito de la publicación del protocolo estatal sobre la MGF y en el programa *Els Matins de Mònica Terribas* de Catalunya Ràdio⁹³, sobre la evaluación y la intervención ante la MGF en Cataluña.

Cabe destacar el seguimiento de las acciones a nivel autonómico, a raíz de la presentación del protocolo estatal de la MGF⁹⁴, presentado en febrero de 2015 y el seguimiento de las acciones e impacto a raíz de la nota de prensa publicada por la

⁹² Telediario TVE-1, edición en castellano (a partir del min. 35:15), 12 de enero de 2015.

[En línea] <http://www.rtve.es/alacarta/videos/telediario/telediario-15-horas-13-01-15/2950707.shtml>

Telediario TVE-1, edición en catalán (a partir del min. 16), 13 de enero de 2015.

[En línea] <http://www.rtve.es/alacarta/videos/linformatiu/infmigdia-20150114-1353/2951487/>

⁹³ Programa *Els Matins de Mònica Terribas* de Catalunya Radio, día 29 de octubre de 2015. [En línea] <http://www.ccma.cat/catradio/alacarta/el-mati-de-catalunya-radio/mossos-mediadors-i-experts-coincideixen-que-falla-la-prevencio-contr-la-mutilacio-genital-femenina/audio/898418/> [Consultada:29.10.2015]

⁹⁴ Secretaria General Técnica (2015) *Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Generalitat de Catalunya, el 08 de octubre de 2015: «La salud pública catalana ofrecerá la reconstrucción de clítoris a las mujeres que hayan sufrido la MGF».

Durante la asistencia a la jornada en Terrassa celebrada el 30 de noviembre de 2015 y organizada por la Dirección General de Inmigración de la Generalitat de Catalunya, recopilamos información del caso de Tarragona (2015). En el descanso recogimos el testimonio de diferentes profesionales de servicios sociales acerca del caso de una familia gambiana que se encontraba en prisión preventiva a raíz de un parte de lesiones por MGF supuestamente realizada en el país de origen, interpuesto por un profesional de salud. Era el primer caso de MGF con el que actuaban estos profesionales y estaban muy preocupados por la resolución desproporcionada del juez. El 13 de diciembre de 2015 la prensa anuncia la salida de las dependencias penitenciarias de la pareja por un recurso presentado por la defensa con la noticia «Una pareja acusada de la ablación de su hija pasa cinco semanas en prisión».

En mayo de 2015 viajé a Gambia. La estancia fue corta pero intensa. El contacto con el equipo de Wassu Gambia Kafo ya no solo era virtual sino que tomaba forma y le ponía nombre a las personas de la contraparte del Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada para la Prevención de la MGF⁹⁵. Tuve la oportunidad de ser partícipe de las dificultades del día a día en la oficina y en el campo de trabajo de las que tantas veces nos hablaba Adriana. Fue un viaje para compartir experiencias de intervención de la Fundación Wassu-UAB. De este viaje destaco las largas conversaciones y los paseos con Adriana Kaplan, donde hicimos balance de estos años de investigación y planificamos el cierre del trabajo de campo. De alguna manera cerraba el círculo en Gambia y empezaba una etapa nueva.

En enero de 2016 empecé a escribir la tesis. Dos meses de permiso sin sueldo, en el Ayuntamiento de Badalona y una «habitación propia», en un enclave privilegiado, en medio de la *Serralada de Marina*, fueron las condiciones óptimas, para empezar a escribir, en el Monasterio de Sant Jeroni de la Murtra. Mi estancia coincidió con la celebración del 6º centenario.

⁹⁵ Ver Bloque III. La propuesta del Modelo Wassu. Al otro lado del muro.

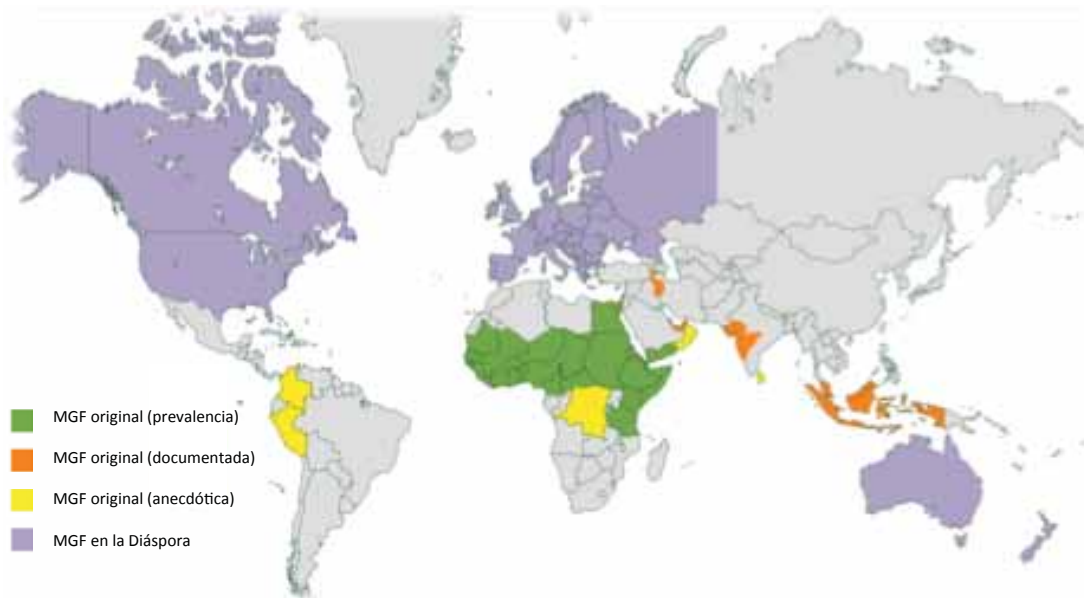
CAPÍTULO 2

CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

1. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN EL MUNDO

Según estimaciones de Unicef (2016), más de 200 millones de mujeres han padecido la mutilación genital y 3 millones de niñas están en riesgo de ello cada año.

Figura 5. Mapa de la localización geográfica de la MGF en el mundo



Nota: Para el caso de Europa, se ha señalado la presencia de MGF, en el continente, entendido como región geográfica, independientemente que los países señalados sean o no, destino de población de origen de países que practican la MGF.

Fuente: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), 2012

En color verde se visualiza la MGF en África Subsahariana, zona de donde es originaria la práctica y de donde existen estudios de prevalencia. En naranja se señala la presencia de la MGF en algunos puntos de Indonesia, Malasia, la India y el Kurdistán iraquí. Según fuentes de Unicef (2016), en Indonesia más de la mitad de las niñas se sometió a la práctica por un profesional médico capacitado; en India, es practicada por la comunidad Dawooda Borha y en Malasia y el Kurdistán iraquí poblaciones musulmanas adoptaron la práctica. Unicef también añade casos en Arabia Saudita y en los Emiratos Árabes Unidos, sin embargo, tampoco dispone de datos representativos respecto de su afectación. En color amarillo se destacan algunos casos concretos, como es el caso de Colombia, que afecta a algunos pueblos indígenas como el Embera

Chamí, limítrofe con Perú. Y en color lila se proyecta la MGF en la diáspora, en la medida que las personas migrantes, procedentes de países o regiones que la practican, transportan su bagaje social, cultural y personal. En este bagaje, está la MGF, y por tanto esta práctica no sólo afecta a África, sino que también afecta a EEUU, Nueva Zelanda, Australia, Europa, España, Catalunya, etc.

En Europa, no existen datos fiables sobre la afectación de la práctica. El estudio *Mutilación genital femenina en la Unión Europea y Croacia y Luxemburgo*⁹⁶ realizado por el Instituto Europeo del Género (EIGE), localiza la MGF en veintisiete Estados miembros de la Unión Europea y Croacia. Sin embargo, este estudio manifiesta la preocupación por la falta de criterios comunes para medir las prevalencias a nivel europeo. Las fuentes y las metodologías son variadas para estimar estos datos. De aquí que el Parlamento Europeo, en 2009⁹⁷, en el punto 8 manifieste que:

Exhorta a los Estados miembros a cuantificar el número de mujeres que han sufrido MGF y las que están en situación de riesgo en cada país europeo, teniendo en cuenta que en muchos países, aún no hay datos disponibles ni sistemas armonizados de recogida de datos.

(EIGE, 2013a) manifiesta que la MGF generalmente no se practica en la Unión Europea y presenta dos supuestos: el primero es que las mujeres y niñas que la han sufrido ya venían con la práctica realizada de sus países de origen, y el segundo es que se ha realizado en un viaje fuera de la UE. Es por ello que la metodología que se extiende y desarrolla parte de estudios demográficos, que analizan el número de población femenina residente en la Unión Europea, procedente de países africanos que practican la MGF. A partir de esta metodología, el Parlamento Europeo estimó que en la Unión Europea viven 500.000 mujeres que han padecido la MGF y 180.000 niñas que están en riesgo de padecerla (Resolución del 24 de marzo de 2009). Sin embargo, no son más que estimaciones.

⁹⁶ European Institute for Gender Equality (EIGE) (2013a) *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

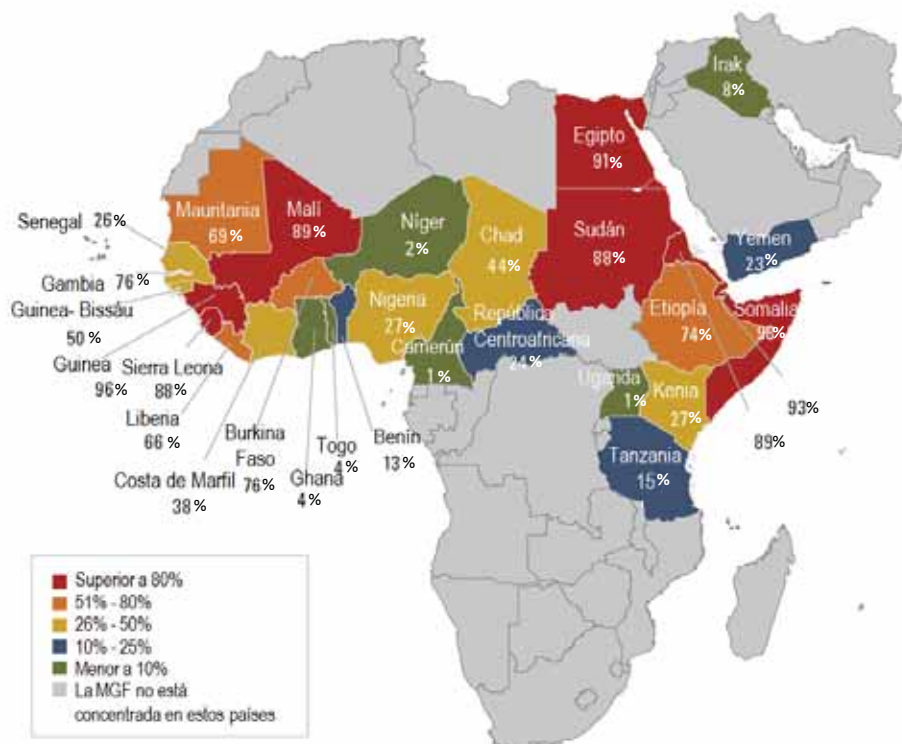
⁹⁷ Parlamento Europeo (2009) Lucha contra la mutilación genital femenina en la UE. *Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE (2008/2071 (INI))*. Estrasburgo.

[En línea] <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-20...> [Consultada: 28.02.2013]

1.1. Estudios de prevalencia en África

La MGF es originaria en África, desde la costa atlántica hasta el Cuerno de África, atravesando el continente como un cinturón. Se practica en 29 países del África Subsahariana, con diferente prevalencia y tipología⁹⁸, y en algunos de países de Oriente Medio y Asia como Irak, Indonesia, India, Malasia, Emiratos Árabes y Arabia Saudita.

Figura 6. Mapa de prevalencia de la MGF en África



Fuente: UNICEF, 2013

En África, la MGF se mide a través de la prevalencia como incidencia porcentual de mujeres entre 15 y 49 años que la hayan sufrido. Las agencias internacionales se basan en los resultados obtenidos por encuestas como *Demographic and Health Surveys* (DHS)⁹⁹ y *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS)¹⁰⁰ para evaluar el impacto de las intervenciones realizadas para su erradicación. Estas encuestas ofrecen datos a nivel

⁹⁸ Ver tipología de la MGF en el capítulo 1, punto 3.2. Miradas desde la salud. La MGF como un problema de salud.

⁹⁹ Las encuestas DHS, no son exclusivas de la MGF, sino que esta práctica se recoge, conjuntamente con otros indicadores, en el marco del estudio de la población y la salud. [Ver metodología de las encuestas DHS en: <http://www.measuredhs.com>] Consultada: 13.02.2016

¹⁰⁰ Las encuestas MICS, las realiza UNICEF, y se estudia de forma estadística la situación de la población infantil, en materia de salud, educación y protección. [Ver metodología de las encuestas MICS, en: http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html] Consultada: 13.02.2016

estadístico en relación a la geografía de la práctica, la estimación de población afectada y las tipologías de MGF. También aportan información sobre la situación y la evolución de la MGF en cada uno de los países africanos.

En color rojo vemos que afecta a más del 80%: Somalia (98%), Guinea Conakry (96%), Egipto (91%), Sudán (88%) y Sierra Leona (88%). En color naranja, del 51% a 80%: Gambia (76,6%), Etiopía (74%), Mauritania (69%), Burkina Faso (76%) y Liberia (66%). En color mostaza, la afectación de la MGF va del 26% al 50%: Guinea Bissau (50%), Chad (44%), Costa de Marfil (38%), Nigeria (27%) y Senegal (26%). En color azul, afecta del 10% al 25 %: República Centroafricana (24%), Yemen (23%), Tanzania (15%) y en color verde vemos que la afectación de la MGF es menor al 10%: Irak (8%), Ghana y Togo (4%), Níger (2%) y en Camerún y Uganda (1%).

Según fuentes de (Unicef, 2016)¹⁰¹, el tipo de MGF y las razones que sustentan la práctica depende del grupo étnico más que del país de procedencia¹⁰². Respecto a la edad de realización de la práctica, en la mayoría de países africanos las niñas han sido cortadas antes de los cinco años. En Yemen, por el contrario, se realiza a las niñas en su primera semana de vida.

1.2. Nuevas tendencias en la práctica de la mutilación genital femenina

La edad en que se practica la MGF varía según el grupo étnico, pudiéndose realizar entre el séptimo día de vida y antes de la primera menstruación. En la mayoría de los países, se detecta que la intervención se realiza en edades cada vez más tempranas. Uno de los motivos podría ser la evasión de la ley, por lo que se realizaría en la clandestinidad. En esta línea, la MGF tiende a convertirse en un procedimiento puramente físico y es posible que para algunos pierda su sentido cultural y social más amplio, en el contexto por ejemplo del rito de paso. También se percibe una tendencia hacia la MGF tipo I, de menor extensión anatómica.

¹⁰¹ UNICEF (2016) *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. New York. [En línea] http://www.unicef.org/policyanalysis/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf [Consultada el 15.02.2016].

¹⁰² Ver razones que sustentan la práctica, en el capítulo 1. El Caleidoscopio, en el punto 1.2. La MGF bajo la mirada antropológica.

Otra tendencia es la medicalización de la práctica, que es promovida y ejercida por profesionales de la salud en centros públicos y privados, sustituyendo a las circuncidoras tradicionales. Si bien se produce una reducción de riesgos, realizándose la práctica en mejores condiciones higiénico-sanitarias, de alguna manera se legitima la práctica. Ya en los años 90, desde la política de reducción de daños se propuso el *nick ritual*¹⁰³, realizado en quirófano, como procedimiento simbólico a la infibulación genital femenina (práctica más severa de la MGF). Sin embargo, el propio Comité Interafricano lo rechazó por considerar que legitimaba la práctica.

El informe sobre el estado de la MGF (Unicef 2013¹⁰⁴) señala una disminución en la práctica relacionada con la puesta en marcha de programas de prevención. Un factor clave de los cambios de tendencias es el proceso migratorio y su influencia en las decisiones familiares en origen. Si se ha realizado un trabajo de sensibilización con las familias en destino, éstas son portadoras de conocimiento y multiplicadoras de información. Por tanto, el trabajo que se realiza en destino conlleva efectos significativos en la decisión de realizar o no la práctica de la MGF. Esta es la mirada que ha aportado la antropología, una mirada circular en el espacio transnacional de las migraciones, patente en el Modelo Wassu¹⁰⁵.

1.3. Declaraciones y conferencias internacionales

La Declaración Universal de Derechos Humanos¹⁰⁶ (1948) es probada por las Naciones Unidas para garantizar y preservar los derechos de las personas «sin distinción alguna de raza, color y sexo, idioma, religión, opinión política [...]» (art.2). Aunque en esta declaración no se especifica la práctica como tal, el texto entero y la especificidad de los artículos 2, 3 y 5 son el pilar para muchos estados y organismos internacionales para denunciarla. Recordemos que el artículo 3 manifiesta que «todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona» y el artículo 5 que todas

¹⁰³ Ver Capítulo 1. El Caleidoscopio. Punto 3.2. Miradas desde la salud.

¹⁰⁴ UNICEF (2013) *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nueva York, UNICEF.

¹⁰⁵ Ver Bloque III. La propuesta del Modelo Wassu. Al otro lado del muro.

¹⁰⁶ *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948.

Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

las personas tienen «derecho a no ser sometidos a torturas y tratos crueles y degradantes».

En la «Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹⁰⁷ (CEDAW)» (1979) se hace alusión a los derechos de las mujeres a no ser discriminadas por motivos de género e insta a los estados a tomar medidas para garantizar el derecho a «la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción». Se constituye el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que velará por el cumplimiento y el avance de los acuerdos de la convención acompañando a los estados a través del Sistema de Naciones Unidas.

La Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos¹⁰⁸ o Carta de Banjul (1981), si bien no habla explícitamente de la práctica, como en las declaraciones anteriores, insta a los estados africanos a garantizar los Derechos Humanos descritos.

El 6 de febrero¹⁰⁹ de 1984 en Dakar se funda el Comité Interafricano¹¹⁰ sobre Prácticas Tradicionales que Afectan a la Salud de la Mujer y el Niño (CIA) como organización internacional no gubernamental, puesta en marcha por delegados africanos, reunidos en un seminario organizado por Naciones Unidas *Working Group on traditional Practices*, con base en Ginebra y con el soporte de UNFPA, Unicef, la OMS y el gobierno de Senegal. Uno de los objetivos es trabajar para erradicar las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud¹¹¹ y favorecer el desarrollo de los derechos de mujeres y niñas y atender las consecuencias relacionadas con las prácticas tradicionales perjudiciales.

¹⁰⁷ Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1979.

Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

¹⁰⁸ Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos o "Carta de Banjul", 1989.

Disponible en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/1297>

¹⁰⁹ Posteriormente, en 2003 la Comunidad Internacional propone el día 6 de febrero, como *Día Internacional de Tolerancia 0 contra la Mutilación Genital Femenina*. En 2012, la ONU ratifica el día.

¹¹⁰ <http://www.iac-ciaf.net/>

¹¹¹ La utilización del término "Mutilación Genital Femenina" se utiliza a partir de 1990, en la *III Conferencia del Comité Interafricano sobre prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños*.

La Convención de los Derechos del Niño¹¹² (1989), adoptada el 20 de noviembre de 1989, insta a los estados a articular medidas para la protección y cuidado del niño. En el artículo 24, exhorta a los estados a «adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales para la salud de los niños».

En 1990 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer lanza la Recomendación General nº14, la cual insta a todos los estados a adoptar medidas apropiadas y eficaces para el abandono de la «circuncisión femenina». Matiza que el abordaje debe establecer medidas apropiadas y eficaces a través del ámbito sanitario y educativo, implementadas a través del sistema de salud pública con el apoyo del Sistema de Naciones Unidas. Así mismo, manifiesta que los estados deberán informar a dicho comité de las medidas adoptadas¹¹³.

Este mismo año, se elabora La Carta Africana sobre Derechos y el Bienestar del Niño (1990)¹¹⁴, que hace alusión a la eliminación de las prácticas tradicionales perjudiciales. Un año más tarde, en 1991, se celebra en Addis Abeba, la «III Conferencia del Comité Interafricano, sobre prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños». El CIA utiliza por primera vez el término «mutilación genital femenina» en lugar de «circuncisión femenina» para diferenciarlo de la circuncisión masculina. A partir de 1991 es adoptado el término *MGF* por la comunidad internacional. Sin embargo, (Unicef, 2013) ve que centrarse en los efectos perjudiciales de la práctica puede provocar su medicalización.

En la «Conferencia Mundial de los Derechos Humanos¹¹⁵» celebrada en Viena en 1993 se contempla la violación de los derechos de la mujer y se insta a los estados a «condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla». Es el enfoque de violencia contra la mujer.

¹¹² *Convención sobre los Derechos del Niño*, 1989.

Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

¹¹³ En 1992, mediante la Recomendación General Nº19, reafirma la Recomendación General Nº14.

¹¹⁴ *Carta africana sobre los derechos y bienestar del niño*, 1990.

Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/8025.pdf?view=1>

¹¹⁵ *Conferencia Mundial de Derechos Humanos*, 1993.

Disponible en: [http://www.unhchr.ch/huridocda.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp](http://www.unhchr.ch/huridocda.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp)

Un año más tarde se celebra la «Conferencia Internacional de Población y Desarrollo¹¹⁶ (CIDP)» en el Cairo (1994). Esta conferencia amplía el concepto de salud hacia los derechos en salud sexual y salud reproductiva y manifiesta el derecho a decidir sobre la reproducción y el derecho a una vida sexual saludable. Plantea promover el acceso a la salud sexual y reproductiva a través de los servicios de planificación familiar, que deberán informar sobre los métodos legales para regular la fecundidad, así como garantizar el seguimiento de embarazos y partos evitando riesgos. Esta conferencia es el caldo de cultivo para la creación de una plataforma de seguimiento de estos derechos, que se creará a partir de la conferencia celebrada en Beijing. Es el enfoque desde los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva.

En la «IV Conferencia Mundial sobre la Mujer» de Pekín¹¹⁷, en 1995 se plantean objetivos concretos para llegar a la igualdad de las mujeres, tanto en la esfera pública como en la privada. Para evaluar los avances en los objetivos se crea la Plataforma de Acción. Se propone que dicho seguimiento sea realizado por la sociedad civil con el soporte organizativo de la Asamblea de Naciones Unidas, que se reunirá cada cinco años: «Pekín +5» en Nueva York (2000)¹¹⁸, «Pekín +10» (2005)¹¹⁹, «Pekín +15» (2010) y «Pekín +20» (2015). En esta última, «el Consejo exhortó también a los Estados miembros de la ONU a llevar a cabo exhaustivas evaluaciones nacionales y alentó a las comisiones regionales a llevar a cabo exámenes regionales¹²⁰».

En 1999 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, lanza la Recomendación General nº24, que impulsa las acciones anteriores y añade la necesidad de condenar la práctica a través de un marco legal específico. En esta

¹¹⁶ Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf

¹¹⁷ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Pekín, 1995.

Disponible en: <http://www.un.org/womenwhath/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

¹¹⁸ 23ª sesión especial de la Asamblea General sobre “La mujer en el año 2000: la igualdad entre los géneros, el desarrollo y la paz para el siglo XXI” en junio de 2000.

Disponible en: <http://unngls.org/index.php/espanol/2010/1113-resena-historica-sobre-conferencias-mundiales-sobre-la-mujer#sthash.cWfM18Pc.dpuf>

¹¹⁹ 49ª Sesión de la Comisión del Estatus de la Mujer. Los Estados Miembro reafirmaron su compromiso a la Declaración de Pekín, su Plataforma de Acción y el resultado del documento de Beijing +5. Disponible en: <http://unngls.org/index.php/espanol/2010/1113-resena-historica-sobre-conferencias-mundiales-sobre-la-mujer#sthash.cWfM18Pc.dpuf>

¹²⁰ Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women#sthash.2U2EvRWC.dpuf>

recomendación, se substituye el término de «circuncisión femenina» por el de «mutilación genital».

En el año 2000, destacamos la Declaración del Milenio¹²¹, realizada por la Asamblea General de Naciones Unidas, en el que se fijan los Objetivos del Milenio (ODM) para el 2015. Si bien no habla expresamente de la MGF, la reducción de la MGF ayudaría a cumplir tres de los ocho ODM, como son el objetivo 4 (reducir la mortalidad infantil), el objetivo 5 (mejorar la salud materna) y el objetivo 6 (combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades).

En 2003 se redacta la Carta Africana de los Derechos Humanos de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África¹²² o Protocolo de Maputo. En su artículo 5 se aboga por la eliminación de las prácticas perjudiciales, por lo que pide a los estados que prohíban y condenen todas las que afecten a los derechos de las mujeres, entre ellas la MGF. Incluye también la prohibición de su medicalización, aunque reduzca algunos riesgos para la salud. Este año, la Comunidad Internacional fija el 6 de febrero¹²³ como Día Internacional de Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina¹²⁴.

En 2005 se celebra la Cumbre Mundial¹²⁵, en el año 2010 la asamblea «Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹²⁶» y en 2011 la Unión Africana en Malabo, donde se anuncia una resolución para prohibir la MGF, siguiendo las recomendaciones de la asamblea general.

¹²¹ Resolución 55/2, del 13 de septiembre de 2000.

¹²² African Commission on Human and Peoples Rights (1995) *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of women in Africa, 2003*. Disponible en [http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Protocol on the Rights of Women.pdf](http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf)

¹²³ 6 de febrero, coincidiendo con el día en el que se fundó el *Comité Interafricano (CIA) sobre Prácticas Tradicionales que Afectan a la Salud de la Mujer y el Niño (1984)*.

¹²⁴ "Tolerancia 0, es un enfoque de política de seguridad ciudadana, que se basa en castigar severamente, sin importar la falta cometida". Fuente: <https://es.wikipedia.org>. Esta doctrina fue puesta en práctica en los años 90 en Nueva York, por George H.W. Bush, para reducir los homicidios, sin embargo, no detuvo la violencia. La política *Tolerancia 0*, ha sido objeto de encendidas críticas, que consideran que no detiene en absoluto la violencia, ya que no ataca las causas, sino que se centra en castigar las consecuencias. Según este enfoque, la *Tolerancia 0 contra la MGF*, se centran los esfuerzos, en términos de seguridad o de "supuesta protección" de las niñas y de castigo, por lo que las niñas son doblemente víctimas, de la tradición y de la ley. Estaríamos por tanto, frente a un "marketing político", más que una auténtica estrategia integral de lucha contra la práctica, ya que ignora sus causas, limitándose a un enfoque represivo del problema.

¹²⁵ Resolución 60/1

¹²⁶ Reiterando la Resolución 65/1

En 2012, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer presenta el programa Adelanto de la Mujer¹²⁷, en su 56 período de sesiones, donde plantea una reflexión sobre la erradicación de la MGF.

El 20 de diciembre de 2012, la ONU celebra la Asamblea para la Intesificación de los Esfuerzos Mundiales para la Eliminación de la MGF¹²⁸. Se define la MGF como una práctica nociva para la salud de las mujeres y las niñas, y manifiesta su preocupación por la tendencia a la medicalización de la práctica. En esta asamblea se hace un balance del trabajo realizado durante estos años y se plantean algunos retos y mandatos.

En septiembre de 2015 se marcan los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODM) a nivel internacional. En el objetivo 5 aparece la MGF como una práctica nociva para la población infantil. En este encuentro, los estados y a las asociaciones internacionales se comprometen a trabajar conjuntamente para acelerar la desaparición de la práctica en todo el mundo y fijan el año 2030 como fecha límite.

1.4. Legislación internacional

En el marco de las conferencias y tratados internacionales enunciadas, la mayoría de países occidentales ha legislado sobre la MGF con varios objetivos: perseguir y castigar la práctica (Foucault: 1975), proteger a las niñas susceptibles de que se les practique e instar a los gobiernos a trabajar para la prevención y la atención de las niñas y las mujeres para, finalmente, erradicar la MGF. En África muchos países han legislado pero a penas ha disminuido la práctica, como veremos a continuación.

¹²⁷ (Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2012, Suplemento núm. 7 y corrección (E/2012/27 y Corr.1), cap. I, secc. A.)

¹²⁸ Resolución 67/146.

1.4.1. Legislación de la mutilación genital femenina en África

25 países africanos han prohibido la práctica de la MGF, bien sea a través de decretos constitucionales, bien sea a través de leyes. Sin embargo, disponer del marco legal, como ya anunciaba (Kaplan y Bedoya, 2009: 68)¹²⁹, no ha sido eficaz en la medida que la disminución de la prevalencia de mujeres que han sufrido MGF es a penas visible, como se puede observar en la tabla que se presenta a continuación.

Tabla 2. Legislación y la prevalencia de MGF de los países africanos que la practican

PAÍS	AÑO LEGISLACIÓN	PREVALENCIA MGF ¹³⁰
Benín	2003	13 %
Burkina Faso	1996	76 %
Republica Centro Africana	1966, 1996*	24 %
Chad	2003	44 %
Costa de Marfil	1998	36 %
Djibouti	1995, 2009*	93 %
Egipto	2008	91 %
Eritrea	2007	89 %
Etiopía	2004	74 %
Gambia	2015	76 %
Ghana	1994, 2007*	4%
Guinea	1965, 2000*	96 %
Guinea Bissau	2011	50 %
Kenia	2001, 2011*	27 %
Mauritania	2005	69 %
Níger	2003	2 %
Nigeria	1999, 2006, 2015**	27 %
Senegal	1999	26 %
Somalia	2012	98 %
Sudán (algunos estados)	2008, 2009	88 %
Togo	1998	4 %
Uganda	2010	1 %
Rep. Unida de Tanzania	1998	15 %
Yemen	2001	28 %

* Reflejan reformas de la ley original o leyes nuevas.

** Nigeria y Gambia, legislaron en 2015, posterior al informe de UNICEF.

Fuente: elaboración propia, a partir de (Unicef, 2013) y de la Fundación Wassu-UAB.

¹²⁹ Kaplan, A. y Bedoya, M. (2009) *Las Mutilaciones Genitales Femeninas: asilo, identidad y derechos humanos*. En: CEAR-Euskadi (2009) *Persecución por motivos de género y derecho de asilo: del contexto global al compromiso local. El sistema de asilo español frente a la violación de los derechos humanos de las mujeres y lesbianas, gays, bisexuales y transexuales*. Bilbao.

¹³⁰ Prevalencia entre niñas y mujeres de 15 a 49 años. Fuente: (UNICEF: 2013)

Gambia ha prohibido la MGF recientemente, por lo que tampoco aparecía en la tabla de (Unicef, 2013). El 29 de diciembre de 2015 el Parlamento de Gambia aprueba una ley que prohíbe la MGF en el país después de que en noviembre del mismo año el presidente Yahya Jammeh manifestara su intención de abolirla. Los estudios clínicos realizados en el mismo país y el trabajo sistemático, riguroso y constante de investigación aplicada a la transferencia del conocimiento de la Fundación Wassu-UAB han aportado la evidencia científica necesaria para reconocer la MGF como una práctica perjudicial para la salud de las mujeres y niñas, contribución que ha propiciado el surgimiento del nuevo proyecto de ley sobre un tema de extrema sensibilidad en Gambia.

Sudáfrica y Zambia han legislado sobre la práctica, aunque no pertenezcan a los países africanos que la practican. Los países que no han legislado son Mali (89%), Sierra Leona (88%), Liberia (66%) y Camerún (1%).

1.4.2. Resoluciones y legislación en la Unión Europea

La Unión Europea (UE) ha tenido un papel destacable en el desarrollo de políticas nacionales para contribuir en la abolición de la MGF, tanto en África como en la diáspora. Ha anunciado y reiterado su compromiso de perseguir y castigar la MGF. Sin embargo, tampoco ha ayudado a disminuir la prevalencia de la MGF en el mundo. A continuación se presentan las resoluciones y reglamentos elaborados por la UE, las medidas para erradicarla en Europa.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000), inspirada en la Declaración de los Derechos Humanos, establece el derecho a la vida y a la dignidad humana y por lo tanto remarca el derecho a no sufrir discriminación, tortura, ni tratos inhumanos o degradantes. Reconoce los derechos de los niños y de las mujeres y establece que mujeres y hombres deberán tratarse por igual. Estos son los cimientos sobre los que deben levantarse las legislaciones de los países de la UE, que si bien no mencionan la MGF, como veremos más adelante, sí se contempla.

A través del programa Daphne¹³¹, desde 1997 la Unión Europea ha financiado 21 proyectos contra la violencia a las mujeres y a la infancia que suman entre 15 y 20 millones de euros (EIGE, 2013). El primer proyecto¹³² fue liderado por el Centro de Salud Reproductiva de la Universidad de Gante, Bélgica (Leye, 2008).

En 2001 se reunió un grupo de expertos de la MGF en el Parlamento Europeo con el objetivo de promover desde la Comisión Europea y las agencias de Naciones Unidas el desarrollo de un plan de trabajo conjunto para la prevención y la eliminación de la MGF. Recogido en el *Informe sobre las mutilaciones genitales femeninas* presentado por Elena Valenciano (Report nºA5-0285/2001). Este informe impulsa al Parlamento Europeo a condenar la MGF como una violación de los derechos humanos fundamentales, a través de la Resolución 2001/2035. Esta resolución manifiesta la necesidad de conocer el alcance de la práctica de la MGF en Europa, de fomentar la sensibilización y de legislar desde los países africanos. (EIGE,2013a)

Desde el enfoque sobre salud sexual y reproductiva, el Parlamento Europeo a través de la Comisión Europea aprueba las siguientes resoluciones y reglamentos: 2001/2128 (INI) y el Reglamento Nº1567/2003, sobre la situación de las mujeres de las minorías étnicas, 2003/2109 (INI) y sobre población y desarrollo 2003/2133 (INI).

A partir del 2004, el Parlamento Europeo cocina un caldo de cultivo para hacer frente a la MGF desde el enfoque de la erradicación de la violencia contra la mujer. De aquí se desprenden las resoluciones y reglamentos sobre la violencia contra las mujeres 2004/2220 (INI) y sobre los derechos del niño COM (2006) 367 final. En enero de 2008 se aprueba la Resolución del Niño (2007/2093) (INI) y el Parlamento insta a los estados a promover una legislación comunitaria que prohíba todas las formas de violencia y las prácticas tradicionales nocivas, incluida la MGF (EIGE, 2013a).

El 24 de marzo de 2009 se aprueba la Resolución 2008/2071 (INI), sobre la lucha contra la MGF. Esta resolución propone a los veintisiete Estados miembros establecer un

¹³¹ Decisión nº [293/2000/CE](#) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de enero de 2000, por la que se aprueba un programa de acción comunitario (programa Daphne) (2000-2003) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia ejercida sobre los niños, los adolescentes y las mujeres [Diario Oficial L 34 de 9.2.2000]. [En línea] <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3A133062>

¹³² Leye, E. (2008) *Female Genital Mutilation. A study of health services and legislation in some countries of the European Union*, International Centre for Reproductive Health Ghent (ICRH).

protocolo sanitario europeo de control y una base de datos de mujeres víctimas de esta práctica para desarrollar campañas informativas y estadísticas. Vemos como se establecen mecanismos de control y estructuras de encierro, siguiendo a Foucault, en que los y las sanitarios están invitados a ejercer funciones policíacas. En este caso, aparece el conflicto entre protección y libertad. Hay que destacar que esta resolución pone por primera vez sobre la mesa la posibilidad de asilo por motivos relacionados con la huida de la MGF. El mismo año, EuroNet-MGF¹³³ involucra a más de 35 organizaciones de 15 países europeos para concienciar sobre MGF.

El 14 de junio de 2012, se aprueba la Directiva 2012/29 EU sobre la erradicación de la MGF. Se percibe un cambio de nomenclatura al pasar de «una violación del derecho de las mujeres» a «una forma de violencia de género».

1.4.3. Legislación específica en Europa

Si bien la MGF podía condenarse por un delito de lesiones, países como España, Italia, Gran Bretaña, Austria, Irlanda, Bélgica, Dinamarca y Suecia (EIGE,2013a) han modificado su Código Penal para incluir explícitamente el castigo de la mutilación genital femenina realizada dentro de sus fronteras. La persecución de la práctica realizada fuera del territorio es posible en la mayoría de los países de la Unión Europea a excepción de Bulgaria, Grecia, Malta y Rumanía (EIGE,2013).

En España¹³⁴, en 2014 el gobierno del PP modifica la LO 3/2005, de 8 de julio¹³⁵ que permitía a los tribunales españoles perseguir la práctica de la MGF fuera del territorio. Con la puesta en marcha de la LO 1/2014, de 13 de marzo de 2014, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal¹³⁶ los tribunales no disponen de órganos suficientes en comparación con el escenario previo.

¹³³ EuroNet-MGF, es la creación de una red europea para la prevención de la MGF, constituida en 2007, cuyo objetivo principal es mejorar la salud de las mujeres migrantes en Europa, en la lucha contra las prácticas tradicionales perjudiciales como la MGF.

¹³⁴ La legislación de la MGF en España se abordan ampliamente en el capítulo 4 “La MGF en España, estado de la cuestión”.

¹³⁵ <https://www.boe.es/boe/dias/2005/07/09/pdfs/A24457-24457.pdf>

¹³⁶ <https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/14/pdfs/BOE-A-2014-2709.pdf>

1.5. Reflexiones. Efectividad y retos

A lo largo de estos años, resoluciones, publicaciones e informes de diversas agencias internacionales (ONU 2012, Unicef 2013, 2016) han confirmado que la legislación es un avance en el reconocimiento de los derechos fundamentales y un primer paso para la erradicación de la MGF. No obstante, también se ha demostrado que la legislación por sí sola no es capaz de cambiar una tradición milenaria tan enraizada y legitimada por las propias comunidades.

Es alarmante constatar que en algunas comunidades musulmanas de países como Irak, Yemen o el Kurdistán Iraquí la práctica de la MGF repunta por estar relacionada con temas identitarios. También se constata un aumento de la medicalización al considerar, erróneamente, que se evitan problemas de salud. Si bien, efectivamente, disminuyen las consecuencias a corto plazo por realizarse en un contexto higiénico sanitario más protegido, lo cierto es que las consecuencias a largo plazo pueden existir¹³⁷. Cabe explicitar, también, que en ocasiones se realiza la práctica al margen de los ritos de paso, en edades más tempranas y en la clandestinidad para evitar los efectos de la ley y evitar recuerdos negativos relacionados con el corte, alegato equivocado ya que los efectos postraumáticos aparecen también a lo largo de su vida. Recuerdo que una pediatra comentaba que el dolor del corte en niñas en edades tempranas era mayor a causa de la inmadurez del sistema. Este dolor, desligado de cualquier recuerdo de infancia, quedaba en la psique de la persona. La misma pediatra comentaba que las niñas mutiladas reaccionaban peor al dolor de las vacunas. Ambas apreciaciones no están contrastadas científicamente.

¹³⁷ Ver capítulo 1. El Caleidoscopio, la mirada occidental frente a la MGF el punto 3.2. Miradas desde la salud.

Después de más de 30 años de trabajo y muchos recursos invertidos, el avance continua siendo demasiado lento. Según los datos de Unicef 2013 y 2016, la prevalencia de la MGF apenas ha disminuido. Por tanto, hay que evaluar las políticas y calibrar el impacto de las intervenciones. Se contemplan metodologías de intervención a nivel regional, estatal, nacional e internacional y pese a que se han requerido evaluaciones territoriales, a penas se han modificado las estrategias o calibrado el impacto.

La importancia de los estudios es crucial para cifrar la afectación de la práctica, su evolución y su situación actual, sin embargo, algunos autores del campo de las ciencias sociales han criticado el uso que hacen los países occidentales de tales cifras y el poco avance conseguido. La mayoría de estudios ofrecen simples réplicas, lo que se traduce en una aportación mínima sobre el tema. Contrariamente, se necesitan estudios en profundidad que evalúen el verdadero impacto de las políticas. Cabe estudiar, visualizar y discernir entre las buenas y las malas prácticas con el fin de evitar el estancamiento y la repetición de errores.

Según el informe (Unicef, 2016), la mayoría de personas que participaron del estudio (2004-2015) en África, piensan que la práctica tiene que terminar. «*Nunca antes ha sido más urgente, o más posible, poner fin a la práctica de la MGF*». Con estas palabras, en el marco de la celebración del Día Internacional contra la MGF en 6 de febrero de 2016, Banki-Moon manifiesta que es posible erradicar la MGF en una generación y recuerda a los Estados miembros los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) fijados en septiembre de 2015 en el que se incluye el objetivo 5 referente a la eliminación de todas las prácticas nocivas para la infancia, entre ellas la MGF.

2. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA

2.1. Población procedente de los países que practican la MGF

Con las migraciones de población procedente del África Subsahariana, la MGF deja de ser una práctica local para convertirse en un problema global (Kaplan, A., Cano, F., Moreno, J. y Jarauta, M.J., 2008). En España, ante la ausencia de datos epidemiológicos¹³⁸ o de prevalencias de MGF, la antropóloga Adriana Kaplan, diseña una metodología pionera, que da como resultado el primer *Mapa de MGF en España*¹³⁹, en 2001, con el objetivo de realizar una cartografía de la práctica para diseñar políticas públicas en prevención y atención de la MGF.

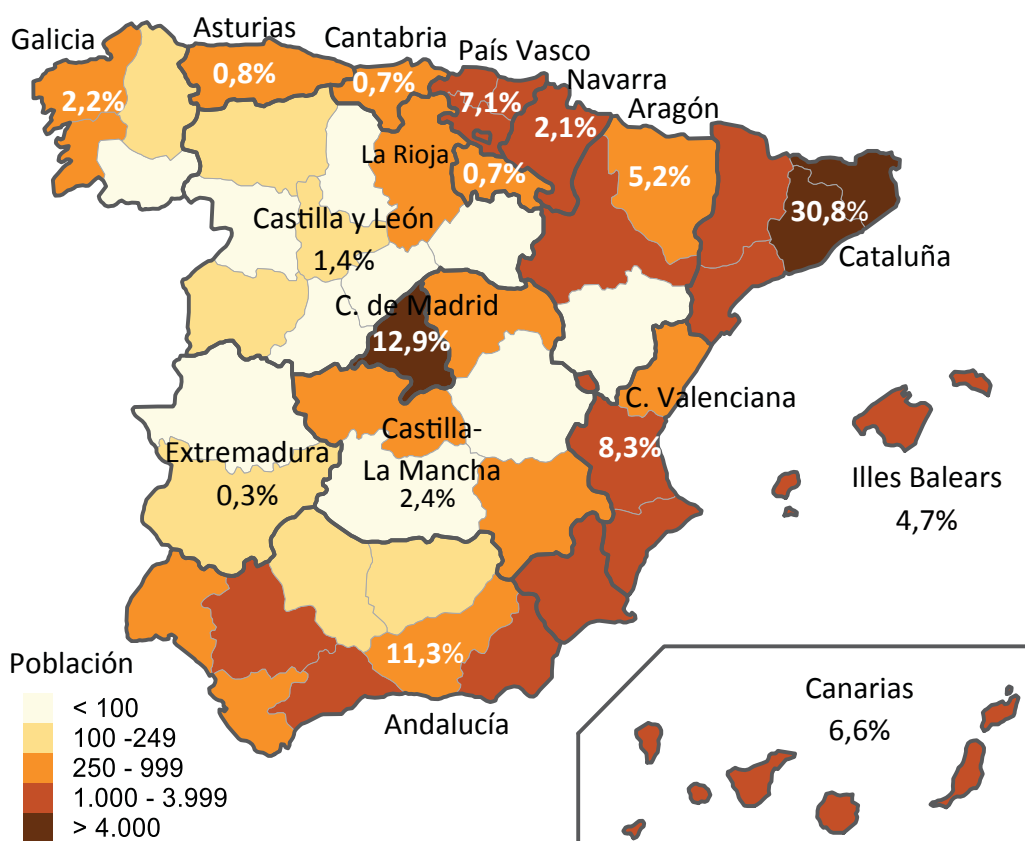
La metodología se basa en la explotación de los datos del padrón según la nacionalidad (población procedente de países que practican la MGF) y el sexo. La población femenina se agrupa de 0 a 14 años y de 15 años en adelante. Dichas variables se actualizan regularmente y de forma sistemática.

Según el último Mapa, en **España** residen **242.664 habitantes** procedentes de países en los que se practica la MGF. En cuanto a la **población femenina**, el total es de **69.086**. De estas, **18.396 son niñas de 0 a 14 años**. Cataluña la comunidad autónoma con más población femenina, 30,8%. Le sigue la Comunidad de Madrid (12,95%), Andalucía (11,3%), la Comunidad Valenciana (8,3%), País Vasco (7,1%), Canarias (6,6%), Aragón (5,2%) y Baleares (4,7%) (Kaplan y López, 2017).

¹³⁸ Debido a que no se considera la MGF, como un problema de Salud Pública.

¹³⁹ Kaplan, A., Merino, M. y Franch, M. (2002) *Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas*. Barcelona, IDIL: *Instruments to develop the integrity of lasses*". [En el marco del Proyecto DAPHNE I].

Figura 55. Distribución territorial de la población femenina en España de las nacionalidades que practican la MGF



Fuente: Kaplan, A. y López, A. (2016). A partir del Padrón de población a 01.01.2016.

Nota: en texto aparece la contribución de cada CC.AA. al total de población femenina con nacionalidad MGF que reside en España

Este mapa, se ha realizado cada cuatro años (2001, 2005¹⁴⁰, 2008¹⁴¹, 2012¹⁴², 2016¹⁴³). A partir del segundo mapa, en co-autoría con Toni López. Las tres últimas publicaciones forman parte de la colección *Antropología Aplicada de la Universidad Autónoma de Barcelona* y suponen una herramienta demográfica y antropológica diseñada para la intervención social que permiten mejorar la planificación de la prevención y la atención de la práctica.

¹⁴⁰ Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) (2006) "Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España". Barcelona [informe no publicado].

¹⁴¹ Kaplan, A. y López, A. (2010) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009*. Antropología Aplicada 1. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.

¹⁴² Kaplan, A. y López, A. (2013), *op. cit.*

¹⁴³ Kaplan, A. y López, A. (2017), *op. cit.*

Esta cartografía de la MGF, que se presenta en España por comunidad autónoma, por provincia y por municipio, cuantifica: a) la población femenina mayor de 14 años procedente de países que practican la MGF (y que podría haber sufrido la práctica), b) la población femenina menor de 14 años potencialmente en riesgo de MGF, c) posibles retornos al país de origen de los padres y d) la población masculina que podría iniciar un proceso de reagrupación familiar. Si bien no es un estudio de prevalencia, esta metodología ofrece una valiosa información que refleja la evolución de las migraciones y abundantes datos relevantes para diseñar políticas públicas, para la planificación de estrategias de prevención y atención de la práctica.

Siguiendo el objetivo de la realización de la herramienta, deben tomarse los datos con prudencia en la medida que ni toda la población femenina que se cuantifica ha sufrido la práctica, ni todas las niñas de 0 a 14 años está literalmente en riesgo. Se ha utilizado la expresión de «potencialmente en riesgo», para matizar este aspecto y para remarcar que para este estudio no se tiene en cuenta el número de niñas que llegan a España por un proceso de reagrupación familiar y que podrían venir con la MGF ya practicada. Aunque aparecen en el padrón, no serían «niñas potencialmente en riesgo», sino «niñas potencialmente con la MGF ya practicada». En el siguiente apartado se presentan los escenarios en los que se puede detectar la MGF en España.

2.2. Escenarios y características de la MGF

Como se ha señalado en el apartado anterior, la población femenina procedente de los países que practican la mutilación genital femenina en España son básicamente de África occidental: Senegal (28%) , Gambia (76%), Nigeria (21%), Guinea Conakry (96%), Ghana (4%) y Malí (89%). En estos países se practica principalmente la MGF tipo I y tipo II. En España se dan seis escenarios en los que se puede detectar la MGF. A continuación los presentamos y explicamos:

Tabla 3. Escenarios de la MGF en España

Escenarios de la MGF en España
1. Mujeres que llegan a España con la MGF practicada
2. Niñas que llegan a España, a través de la reagrupación familiar, con la MGF practicada
3. Niñas nacidas en España: <ul style="list-style-type: none"> 3.1. que viajan de vacaciones al país de origen de sus padres y regresan a España, con la MGF practicada. 3.2. que se desplazan durante largas temporadas, al país de origen de sus padres y regresan a España, con la MGF practicada. 3.3. a las que se realiza la MGF en España (*)
4. Niñas adoptadas, que llegan a España con la MGF practicada

Realización propia, a partir de la fuente:

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015) *La mutilación genital femenina en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 186 páginas. [Estudio encargado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, a la Fundación Wassu-UAB. Realizado por Adriana Kaplan, Nora Salas y Aina Mangas].

Nota: (*) sólo se tiene constancia de este escenario, en 2 casos que ocurrieron en 1993 en Cataluña.

2.2.1. Mujeres que llegan a España con la MGF practicada

Son mujeres procedentes de los 28 países del África Subsahariana que practican la MGF. Generalmente, la práctica fue realizada en origen durante la infancia o adolescencia. Por lo general, estas mujeres no consultan directamente por ello a los servicios de salud, asumiendo las consecuencias derivadas, consciente o inconscientemente.

2.2.2. Niñas que llegan a España con la MGF practicada

Este escenario se da podría dar en el marco de un proceso de reagrupación familiar en el que en la mayoría de veces, siguiendo a Kaplan (1998), es la figura masculina la que ha migrado a España y una vez se ha estabilizado mínimamente su situación, inicia el proceso de reagrupación familiar. Teniendo en cuenta los datos etnográficos, la MGF se practica en función del grupo étnico de pertenencia, más que del país de procedencia y varía la edad de realización de la práctica. Por ejemplo, hay que diferenciar algunos grupo étnicos, como los sarahules, que realizan la MGF el séptimo

día de nacimiento en la ceremonia de presentación del recién nacido/a a la comunidad, en el que se le da un nombre y se le considera persona. Sin embargo, en otras etnias, que en principio realizan la práctica posteriormente, dependerá del momento en el que se realice el viaje. De todas formas, hay que contemplar la posibilidad de que la familia practique la MGF, precisamente por tener previsto el traslado a Europa, al margen de rituales de iniciación, etc.

Este escenario se podría dar también en el marco de la migración, no por un proceso de reagrupación familiar sino por una migración familiar y/o femenina, acompañada de sus hijos/as. Este podría ser el caso de las migraciones de las mujeres nigerianas.

2.2.3. Niñas nacidas en España que viajan de vacaciones al país de origen de sus padres y regresan con la MGF practicada

Las familias que económicamente se lo pueden permitir aprovechan las vacaciones para visitar a sus familiares en África y presentar a sus hijos e hijas a sus familiares con los que mantienen, pese a la migración, fuertes lazos. Durante este viaje, si el grupo étnico y la familia continúa con la práctica, se puede producir la MGF en el marco del rito de paso¹⁴⁴ o de otro contexto. Al margen del consentimiento por parte de los padres, la abuela, la suegra o la tía pueden iniciar el proceso de la práctica en ausencia de los padres.

Siguiendo a (Kaplan, 1998), hay que tener presente que se trata de sociedades gerontocráticas donde el poder es ostentado por las personas mayores. Los demás, en este caso los padres, están sometidos a los designios de la comunidad, por lo que, siguiendo la tradición, se podría producir la MGF. Si los padres y las madres no quieren seguir la tradición, puede producirse un momento de alta tensión familiar y de disputa. Según Kaplan, estos padres y madres viven un conflicto de lealtades respecto a sus mayores en el que se pondrán en juego las capacidades de negociación para conseguir su objetivo.

Las familias que han decidido abandonar la práctica exponen sus argumentos. Se remiten, por un lado, a las consecuencias legales que podrían padecer a la vuelta del

¹⁴⁴ Ver apartado 3. Diferentes miradas sobre la MGF, punto 3.1. Miradas desde la antropología.

viaje y, por otro lado, a las consecuencias de salud que quieren evitar en sus hijas. Ambos argumentos ponen en jaque las decisiones de la comunidad en el marco de la supervivencia del grupo familiar.

2.2.4. Niñas nacidas en España que se desplazan largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan con la MGF practicada

Se dan casos en que la familia residente en España decide trasladar a sus hijas al país de sus padres por diferentes motivos (educativos, económicos, de logística familiar, de salud, etc.) quedando al cuidado de la familia de origen. En este período, si la familia de origen sigue con la práctica y no se ha trabajado el tema en destino, se podría producir la MGF. Se puede dar el caso que, practicada la MGF, algunas niñas queden en origen para evitar la posible sanción legal en España, y que otras vuelvan cumplidos los 18 años.

2.2.5. Niñas nacidas en España a las que se realiza la MGF en España

Este fue el escenario de un caso que se dio en 1993 en Mataró, Catalunya¹⁴⁵. Sin embargo, hay dos casos más que se sentencian en España afirmando que las mutilaciones se han producido en territorio español: el caso de Teruel (2011)¹⁴⁶ y el caso de Vilanova i la Geltrú (2013)¹⁴⁷. Esta tesis ponen en tela de juicio la clasificación que hacen ambas sentencias y corroboran en uno de los casos que el escenario correspondiente es el de «Niñas nacidas en España, que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan a España con la MGF practicada».

2.2.6. Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada

Este escenario se daría en niñas adoptadas por familias no practicantes, procedentes de países que practican la MGF, como por ejemplo Etiopía. Al igual que otros casos, dependerá del grupo étnico de pertenencia, de la continuidad de la práctica, de la edad en la que se realice y de la edad en las que se produzca la adopción.

¹⁴⁵ Analizado en el capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña.

¹⁴⁶ El Caso de Teruel (2011) es analizado en este capítulo.

¹⁴⁷ El Caso de Vilanova i la Geltrú (2013), es analizado en el capítulo 7. Apartado 3.4.2.

2.3. Legislación

Gracias a las recomendaciones que emanan de la «IV Conferencia Mundial de las Mujeres» de 1995 en Pekín, el Congreso de los Diputados aprobó en 1997, por iniciativa de la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer, una proposición no de ley en la que insta al Gobierno a proponer políticas con el fin de erradicar la MGF a nivel internacional además de trabajar para la mejora de las condiciones de vida de las personas mediante su participación en campañas de sensibilización y atención sanitaria llevadas a cabo por las agencias internacionales y ONGs.

El 2 de abril de 2001, la misma comisión acuerda seguir con la cooperación internacional en los países que practican la MGF e insta a las comunidades autónomas a promover políticas en el camino de la sensibilización y promoción de formación a profesionales. El marco en el que se sustentan estas decisiones es el de los Derechos Humanos de las mujeres y de las niñas, considerando la MGF como una vulneración de estos derechos. Se debate sobre la falta de marco legal para perseguir la práctica extraterritorialmente. Por otro lado, se manifiesta que «la práctica no se erradicará solo con represión sino con información y educación a las madres sobre el grave alcance de las consecuencias para la integridad física y psíquica de sus hijas». En la nueva legislatura (VII), se debate:

- a) El estudio de las posibles modificaciones legislativas para que las prácticas conocidas genéricamente como mutilaciones genitales femeninas sean sancionadas y castigadas adecuadamente, con independencia del lugar en donde se hayan realizado, siempre que los responsables se encuentren en España.
- b) La obligación de informar a los extranjeros que soliciten cualquier tipo de permiso administrativo para residir en España que la MGF es un delito perseguido penalmente.
- c) El desarrollo coordinado entre el Gobierno y las comunidades autónomas con las ONG de programas sanitarios, sociales y educativos destinados a la prevención de estas prácticas.
- d) La acogida y protección de las mujeres y niñas amenazadas de ser objeto de MGF.

El 21 de mayo de 2001 en el Congreso de los Diputados se debaten estas medidas llegando al consenso de todos los grupos parlamentarios. Se insta al Gobierno a adoptar medidas para la eliminación de la MGF a partir de la dotación de instrumentos no sólo legislativos sino de políticas de prevención para los ámbitos de salud y social¹⁴⁸. Sin embargo, lo más visible es el fortalecimiento «de las estructuras de encierro» (Foucault, 1984: 14-15), como se presenta a continuación.

A finales de 2003, se modifica el artículo 149 del Código Penal y se especifica la práctica de la MGF, en la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, sobre medidas concretas de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros¹⁴⁹. La concreción se refleja en el punto 2:

1. El que cause 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 seis a doce años.
2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor incapaz.

(BOE núm. 234, martes 20 de septiembre 2003: 6-7)

El 8 de julio de 2005, el Congreso de los Diputados, aprueba por unanimidad, la Ley Orgánica del Poder Judicial 3/2005 de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio¹⁵⁰. Es una proposición de ley presentada por el grupo parlamentario catalán Convergencia i Unió en la que se añade un nuevo epígrafe al apartado 4 del artículo 23 «relativos a la MGF y su persecución extraterritorial, siempre que los responsables se encuentren en España» junto con los otros epígrafes sobre genocidio, terrorismo, piratería y apoderamiento ilícito de aeronaves, falsificación de moneda extranjera, delitos relativos a la prostitución y los de corrupción de menores o incapaces, tráfico

¹⁴⁸ Fuente: *Diario de Sesiones del Congreso de 21 de mayo de 2001*.-Serie D. Núm. 179 (pág. 5 a 10).

¹⁴⁹ Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 234, 30 de septiembre de 2003.

¹⁵⁰ LO 3/2005, de 8 de julio de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio. [En línea] <https://www.boe.es/boe/dias/2005/07/09/pdfs/A24457-24457.pdf>

ilegal de drogas psicopáticas, tóxicas y estupefacientes y cualquier otro que, según los tratados o convenios internacionales, deba ser perseguido en España.

Este nuevo marco jurídico, se aprueba para dar respuesta, a lo que ya se había planteado, en la Cámara de los Diputados sobre la imposibilidad de perseguir la práctica extraterritorialmente en los casos de niñas nacidas en territorio español que viajan al país de origen de sus padres y puedan ser mutiladas. Este es el escenario para el cual se aprueba esta ley, quedando al margen la persecución de la MGF en niñas reagrupadas mutiladas nacidas en países que practican la MGF¹⁵¹.

En 2014, el Gobierno del Partido Popular anuncia la intención de modificar la LO 3/2005, de 8 de julio, que permitía a los tribunales españoles perseguir la práctica de la MGF extraterritorialmente, por motivos que no tienen que ver con la MGF sino con la presión ejercida por parte de las relaciones internacionales con China por el caso del Tibet¹⁵². Esta intención de reforma de la ley afecta a la Justicia Universal, por lo que es fuertemente criticada desde diferentes instituciones de profesionales del derecho, como el Institut de Drets Humans de Catalunya, que presenta junto a dieciséis organizaciones más la Carta Abierta sobre el Proyecto de Ley sobre Jurisdicción Universal en España¹⁵³, en la que exige a los diferentes grupos parlamentarios que rechacen la reforma de la LO del Poder Judicial relativa a la jurisdicción universal.

Finalmente, el Partido Popular, que gobierna en mayoría, aprueba LO 1/2014, de 13 de marzo de 2014, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal¹⁵⁴ sin el apoyo de ninguna otra fuerza política. En esta nueva ley desaparece la mención explícita de la MGF. Sin embargo, en el apartado I, explicita la persecución de los delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa

¹⁵¹ Sin embargo, en Catalunya, en 2012, los Mossos d'Esquadra, presentan un oficio al juez, para denunciar una MGF en una niña que acababa de llegar a España, por un proceso de reagrupación familiar, con su madre, procedente de Senegal. (Ver capítulo 7, apartado 3.4.1. Caso Premià de Mar (2012).

¹⁵² Pérez, J. (2014) El BOE fulmina la justicia Universal. El Gobierno busca evitarse conflictos diplomáticos, especialmente con China. *El País. Edición Madrid*, 14 de marzo de 2014. [En línea] http://politica.elpais.com/politica/2014/03/14/actualidad/1394798026_067802.html [Consultada:22.04.2014]

¹⁵³ Fuente: www.idhc.org/institut@idhc.org [Consultada: 11.02.2014]

¹⁵⁴ <https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/14/pdfs/BOE-A-2014-2709.pdf>

de 11 de mayo de 2011, sobre la prevención y la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul)¹⁵⁵. Siempre que:

«1º el procedimiento se dirija contra un español;

2º el procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España, o;

3º el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España».

El Artículo 38, del Convenio de Estambul es sobre mutilaciones genitales femeninas. En este se explicita:

Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo, necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:

a) la escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer;

b) el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin;

c) el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.

Pese a este convenio del que España ratificó su compromiso en agosto de 2014, cuatro meses después de la aprobación de la nueva ley, no existen garantías para que progresen los casos en los que se quiera perseguir extraterritorialmente la práctica. Se dificulta a los tribunales españoles en la medida de que no se dispone de órganos normativos suficientes para la aplicación directa de la persecución en comparación con el escenario previo a la reforma con el Artículo 23 de la LO 3/2005.

Algunas profesionales del derecho ven una vuelta atrás, la LO 1/2014, de 13 de marzo de 2014, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal.

¹⁵⁵ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947

Miradas profesionales. Desde el Derecho Penal

«La desapruedo totalmente [...] creo que es contraria al principio de justicia, principio de universalidad de los Derechos Humanos. Estoy totalmente en contra.»

«[...] En la práctica, siendo realistas, esta alternativa, tiene muy poca acogida y creo que difícilmente los tribunales van a enjuiciar hechos producidos en el extranjero. [...] Aunque seguiré manteniendo, como hice en su momento¹⁵⁶, que esa cláusula general¹⁵⁷ sí que permitiría la Jurisdicción Universal, pero mi opinión es minoritaria, eso hay que destacarlo.»

Transcripción de la entrevista P41 a Julia Roper, profesora de Derecho Penal URJ Madrid,
17 de julio de 2014

2.3.1. Reflexiones desde el Derecho Penal simbólico y los efectos de la pena

La necesidad de reformar el Código Penal explicitando la MGF como un delito de lesiones estaba orientada a «conformar a cierta opinión pública que, ignorante de los contenidos de la legislación punitiva, se mostró alarmada por la aparición en España de algunos casos de ablación del clítoris en niñas de origen africano [...] sin reparar en el efecto estigmatizante que supone para los inmigrantes de origen africano la mención expresa en la legislación penal de ciertas prácticas de las que se les considera portadores directos y exclusivos» (Laurenzo, 2004: 4-5).

La profesora de Derecho Penal de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) Julia Roper¹⁵⁸ manifiesta que en este caso hay una voluntad por parte del legislador de visibilizar la práctica, ya que esta podría ser sancionada como un delito de lesiones, según varios artículos del Código Penal (artículo 147 o incluso el propio artículo 149, previo a su modificación). Según Roper, desde 1870 hasta 1995, e incluso desde que tenemos códigos escritos, esta práctica quedaba recogida como grave lesión y cualquier jurista podía interpretarlo de esta forma. Por lo que nos preguntamos varias cosas: ¿existía una conciencia social clara sobre lo que representaba?, si el derecho penal ofrecía una

¹⁵⁶ Roper, J. (2001) El Derecho Penal ante la mutilación genital femenina. Madrid, *Revista La Ley*, 26 y 27 de septiembre de 2001.

¹⁵⁷ Refiriéndose a los tratados y convenios en materia de Derechos Humanos, que España firmó.

¹⁵⁸ Roper J. (2013) *El tratamiento jurídico penal de la MGF*. Comunicación personal en la "Jornada Prevención e intervención ante la MGF. Una mirada profesional". Círculo de Bellas Artes, Madrid. 6 y 7 de febrero de 2013. Organizadas por UNAF y Mundo Cooperante.

respuesta adecuada, ¿era necesaria su reforma? y por último, ¿debía ser el derecho penal el único recurso para responder a la MGF?

Miradas profesionales. Desde el Derecho Penal

«Yo creo que señalar expresamente la mutilación genital femenina, que es una lesión de las más graves, tiene un efecto simbólico muy importante y es que contribuye a concienciar de una forma más clara sobre este problema y contribuye también a clarificar de que la norma sea conocida de cual es la actuación del derecho penal español frente a este asunto. Pero la respuesta del derecho penal es una respuesta incuestionable.»

Transcripción de la intervención de Julia Roperó,
en la jornada «La MGF, una mirada profesional». Madrid, 06 de febrero de 2012

Según Vázquez, se pretende que el derecho cumpla una doble función «civilizatoria» de contención y represión de la inmigración irregular (Vázquez, 2010: 177).

En cualquier caso, se da lugar al fenómeno del doble lenguaje. Por lo que hay que ponerse una «gafas especiales» para poder leer entrelíneas y analizar dicho interés del legislador con doble significado. A nuestro parecer, nace de las dudas de la legitimidad de ciertos efectos socioculturales de la propia mirada occidental, digna de ser analizada desde el psicoanálisis aunque no vayamos a entrar en este tema.

En un aspecto coinciden los penalistas: la ley penal no protege a las víctimas. Con el objetivo de perseguir y castigar la práctica la niña queda en último lugar, siendo doblemente víctima «de la tradición y de la ley» (Kaplan y Bedoya, 2009:75).

Miradas profesionales. Desde el Derecho Penal

«[...] es una grave lesión, contra derechos fundamentales y el derecho penal tiene que actuar. Ahora bien, si aplicamos el derecho penal no debemos olvidar lo que esto representa y sería muy injusto por nuestra parte ponernos a perseguir todos estos hechos sin desplegar antes y al mismo tiempo, toda la batería necesaria para la prevención.»

Transcripción de la intervención de Julia Roperó,
en la Jornada «La MGF, una mirada profesional», Madrid, 06 de febrero de 2012

2.4. Protocolos y sentencias

Comunidades como Catalunya (2002, 2009 [2007]), Aragón (2011) y Navarra (2013) han desplegado protocolos exclusivos de actuación ante la MGF. Otras comunidades como Baleares estuvieron trabajando en 2009 para añadir este tema como un anexo al protocolo de violencia de género. A finales de 2012 la Comunidad de Madrid se planteó hacer lo mismo.

En 2015 a nivel estatal se presenta el Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la MGF¹⁵⁹ pese a que las competencias en sanidad estén transferidas a las comunidades autónomas. Este protocolo despierta interés en otras comunidades autónomas para la realización de uno propio, como en Andalucía 2016 y en Baleares, que se reimpulsa el trabajo realizado en 2009.

Los protocolos son una herramienta necesaria desde el punto de vista del orden y la priorización, sin embargo nunca recogerán las especificidades de cada caso, «el saber, saber ser y saber hacer» que implica la Educación para la Salud y la mirada trabajada. Los y las profesionales no encontrarán en él la varita mágica a sus dilemas ya que si no se ha trabajado la mirada, este puede convertirse en una herramienta de control más que de prevención y atención, como ha pasado en el caso catalán.

Los protocolos son una herramienta estratégica perfecta para la galería política, ya que con ellos cumplen unos deberes a corto plazo. Los recursos, los impactos generados y la evaluación son otra cosa. Echamos de menos un compromiso firme por parte de las administraciones para destinar los esfuerzos necesarios para desarrollar el primer nivel de dichos protocolos, que es la prevención con y para la persona, la familia y la comunidad.

No es casual que se den las sentencias en las comunidades que desarrollaron primero sus protocolos. En cabeza, Catalunya es la comunidad autónoma con más sentencias sobre la MGF. Los dos primeros casos fueron a principios de los 90, uno en la provincia de Barcelona, el caso de Mataró (1993), y otro en la provincia de Girona, el caso de

¹⁵⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) *Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Madrid, Gobierno de España. [107 páginas].

Salt (1993). Estos dos casos fueron denunciados por profesionales de la salud a raíz de detectar la MGF practicada a dos niñas de familias de origen gambiano. Estos dos municipios fueron las primeras zonas geográficas en España donde se asentó un mayor número de población procedente del África Subsahariana que practica la MGF. Ambos casos fueron absueltos gracias a un peritaje antropológico y por el error de prohibición¹⁶⁰.

En Aragón el primer caso sentenciado con pena de prisión es el caso de Teruel (2011), que se analizará a continuación. Posterior a este caso, le suceden cuatro casos más, todos ellos, en la comunidad autónoma de Catalunya¹⁶¹: el caso de Premià de Mar (2012), de Vilanova i la Gertrú (2013), de Lloret de Mar (2014) y de Tarragona (2015).

Caso de Teruel, Aragón. 2011

Se trata de la primera sentencia condenatoria por MGF en España, Sentencia 26/2011 de la Audiencia Provincial de Teruel, Juzgado de Instrucción Nº1 de Alcañiz, Rollo penal 12/2011. Se trata de una familia de origen gambiano residentes en Alcañiz (Teruel). Se considera a los acusados, padres de la niña, autores de un delito de lesiones, mutilación genital, del artículo 149.2 del Código Penal. El Ministerio Fiscal solicita imponerles pena de prisión durante seis años. El padre vive en España desde 1999. La niña nace en Gambia en mayo de 2009 y madre e hija llegan a España en octubre de 2009. En ese mismo mes, la madre lleva a la niña al servicio de pediatría, por temas relacionados a la vacunación. Posteriormente, en noviembre se le hace la primera revisión pediátrica (la de los 6 meses), y en mayo de 2010 la segunda revisión, a los 12 meses de edad.

La sentencia asume que se habría practicado la mutilación entre el 20 de noviembre de 2009 y el 25 de mayo de 2010, fechas en que se realizaron las revisiones médicas en el centro de salud. La defensa sostiene que la niña nació en Gambia el 21 de mayo de 2009, y que la MGF se practicó allí por parte de la abuela, quien la llevó a un «curandero» antes de que la niña viajara a España por primera vez, en setiembre de

¹⁶⁰ Casos analizados en el capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña, en el Apartado 1. Años 90. Visibilidad de la práctica con las migraciones y primeros casos.

¹⁶¹ Analizados en el capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya (GC), punto 3. Impacto del modelo GC. La MGF como un problema de violencia machista.

2009. Sin embargo, el testimonio de los padres entra en conflicto con lo expresado por la profesional de la salud, que llevó a cabo la revisión de los seis meses, el 20 de noviembre, constatando la normalidad de los genitales de la niña. De hecho, el padre declaró ante el juez instructor que sabía que no se podía practicar la MGF en España, donde residía desde 2001, y que «nadie iba a poner su cabeza aquí en España para hacer eso»¹⁶². El fallo declara culpable al padre, con una condena de seis años de prisión y a la madre a dos, debido al error de prohibición vencible; es decir, el juez considera que, al llevar la madre poco tiempo en España, podría haber presupuesto que la práctica era legal.

Posteriormente, en Madrid en octubre de 2012 se presenta el recurso de casación 3/2012. El fallo determina que no tiene lugar al recurso de casación de los padres contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Teruel¹⁶³. En esta sentencia llama la atención el hecho de que no se diera crédito al testimonio de la defensa, cuando este entra en colisión con el testimonio del profesional médico. Desde un punto de vista etnográfico, es muy raro que tratándose de una niña nacida en Gambia se le practicara la MGF en España. En varias etnias, como la Sarahole originaria de Gambia, la MGF se practica en el séptimo día de nacimiento, en la llamada «ceremonia de nombramiento»¹⁶⁴. Desde un punto de vista médico, no es fácil detectar una MGF. Gracias al trabajo etnográfico realizado en Catalunya, se ha visto que en la mayoría de los casos no se detecta por falta de formación de los y las profesionales. En los casos detectados, no todos los y las profesionales lo registran en la historia clínica. Además, se ha comprobado que en el programa informático del mayor proveedor de salud en Catalunya sale por defecto «genitales normales», a no ser que el profesional clique en la historia clínica «anormales», supuesto que, además, debería describir la «anormalidad» que se ha detectado y en el que podría incluso codificar, con un diagnóstico específico la MGF. Por ello, podrían darse casos en los que sin haber realizado una exploración física de los genitales, salga en la historia «genitales normales».

¹⁶² Sentencia 26/2011, Audiencia Provincial de Teruel, Rollo Penal 12/2011.

¹⁶³ Tribunal Supremo de Madrid, Rollo: STS 7827/2012, Nº de recurso: 3/2012, Nº de resolución 835/2012.

¹⁶⁴ Ver Capítulo 1. El caleidoscopio, punto 3.1. Miradas desde la antropología.

Vale la pena comparar la resolución de esta sentencia con la del caso de Vilanova i la Geltrú (2013)¹⁶⁵, si bien, no es el mismo escenario, se trata de una niña reagrupada que llega a España con la MGF. Ambas sentencias condenan a los padres por considerarse que se ha practicado la MGF en España. Esta investigación cuenta con el testimonio de la adolescente afectada y destapa que la práctica no se realizó en España, sino en Gambia, por lo que la resolución de la sentencia, no sería correcta.

Actualmente, según el nuevo marco jurídico, LO 1/2014, de 13 de marzo de 2014, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal, las niñas reagrupadas mutiladas no se podría condenar puesto que en el momento de realización de la práctica la niña ni tenía nacionalidad española ni residencia habitual en España.

¹⁶⁵ Ver capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Apartado 3.4. Sentencias, punto 3.4.2. Caso de Vilanova i la Geltrú.

CAPÍTULO 3
SITUACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA
EN CATALUÑA (2016).

Introducción

Los proveedores de servicios de salud en todos los países se enfrentan a la necesidad de proporcionar a la población atención y prevención en relación a la MGF. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Los profesionales de la salud ignoran muchas consecuencias negativas para la salud de la MGF y muchos siguen careciendo de una formación para reconocerlas y tratarlas adecuadamente (OMS, 2016:8).

Pese a que hay diferentes fuentes en las que se han registrado casos atendidos en salud, no existe un registro unificado o validado. Los datos que presenta la Generalitat de Catalunya corresponden a los de «violencia machista en el ámbito comunitario, MGF» en los que ha intervenido los Mossos d'Esquadra)¹⁶⁶.

Ante la ausencia de datos epidemiológicos, como se ha comentado en el capítulo anterior, los primeros datos en España se remontan a principios del 2000¹⁶⁷ extraídos del *Mapa de la mutilación genital femenina de España*, que Kaplan y López, actualizan cada cuatro años¹⁶⁸. Si bien no es un estudio de prevalencia, esta metodología cartográfica ofrece información, en cuanto a la evolución de las migraciones de hombres y mujeres, procedentes de los países donde se practica la MGF. Estos datos son relevantes para diseñar políticas públicas para planificar estrategias de prevención y atención de la práctica.

Sin embargo, los datos deben tomarse con prudencia. Ni toda la población femenina que se cuantifica ha sufrido la práctica, ni todas las niñas están literalmente en «riesgo de MGF». Se ha utilizado la expresión «potencialmente en riesgo» para matizar este aspecto. En este estudio no se contempla el número de niñas que llegan a España por un proceso de reagrupación familiar, aunque aparezcan en el padrón. En este caso, no serían «niñas potencialmente en riesgo», sino «niñas potencialmente con la MGF ya practicada».

¹⁶⁶ Ver Capítulo 7. Evaluación del Modelo. Punto 3. Impacto del Modelo GC. La MGF como un problema de violencia machista.

¹⁶⁷ Kaplan, A., Merino, M. y Franch, M. (2002) *Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas*. Barcelona, IDIL: *Instruments to develop the integrity of lasses*. [En el marco del Proyecto DAPHNE I].

¹⁶⁸ 2006, 2010, 2013 y 2017.

1. CONTEXTO SANITARIO

El sistema público de salud en España se configura como un conjunto coordinado entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas. La Administración del Estado se encarga, entre otras, de establecer las bases y la coordinación de la sanidad y de la sanidad exterior. Las competencias en planificación sanitaria, salud pública y gestión de servicios de salud se encuentran transferidas a las diecisiete comunidades autónomas. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España vela por el mantenimiento y coordinación del Sistema Nacional de Salud.

En Cataluña, la gestión del sistema sanitario es competencia de la Generalitat de Catalunya desde 1990. El Departamento de Salud elabora las políticas y la planificación de la salud. El Servicio Catalán de Salud (CatSalut) garantiza que los servicios de cobertura pública lleguen a la población de forma efectiva y con un nivel de calidad evaluado y acreditado.

El modelo sanitario en Cataluña es mixto, integrando en el servicio público catalán CatSalut diferentes proveedores de salud de titularidad pública o privada. CatSalut contrata los servicios sanitarios a diferentes entidades proveedoras con cargo a la financiación pública. Según fuentes del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, existen una treintena de proveedores de salud, siendo el proveedor mayoritario, el Institut Català de Salut (ICS).

Desde el punto de vista organizativo, el CatSalut, de acuerdo con lo que establece el artículo 21 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, se divide en **demarcaciones territoriales**, denominadas regiones sanitarias, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

En 2009 se aprueba un nuevo modelo con autonomía de gestión con una cartera de servicios a través de la creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT), en el marco de la Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública¹⁶⁹, provista de una estructura central y otra territorial, coincidiendo con los gobiernos territoriales de

¹⁶⁹ DOGC núm.5495, de 30 de octubre de 2009.

salud. Esta estructura debería reforzar los servicios de salud pública, conectando las acciones clínicas con las acciones comunitarias en el marco de los determinantes de la salud de las personas. La Generalitat aprueba periódicamente el Plan de Salud de Cataluña, que junto con el Plan Interdepartamental de Salud serán las herramientas para garantizar la coordinación de las acciones que incidan en la salud de la población.

En 2010 se aprueba el Decreto del SISCAT¹⁷⁰, 196/2010, de 14 de diciembre . En 2011, en el marco de la crisis, el gobierno de la Generalitat¹⁷¹ aprueba la Ley 11/2011, de 29 de diciembre, de reestructuración del sector público para agilizar la actividad administrativa, afectando negativamente en la prestación sanitaria.

En 2013 se aprueba el Decreto 10/2013, de 3 de enero, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Catsalut. Establece siete regiones sanitarias en Cataluña:

1. Región sanitaria Barcelona
2. Región sanitaria Girona
3. Región sanitaria Lleida
4. Región sanitaria Cataluña Central
5. Región sanitaria Camp de Tarragona
6. Región sanitaria Terres de l'Ebre
7. Región sanitaria Alt Pirineu i Arán

Cada región sanitaria está formada por los sectores sanitarios, órganos desconcentrados que tienen atribuidas funciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, salud pública y asistencia sanitaria y socio-sanitaria en su nivel de atención primaria, así como las especialidades médicas de apoyo y referencia de la misma, que deben coordinarse con el nivel de atención hospitalaria.

A su vez los sectores sanitarios están conformados por las Áreas Básicas de Salud, que son las unidades territoriales elementales, que a través de los centros de atención primaria deben prestar atención sanitaria en el marco de actuaciones en la salud

¹⁷⁰ Sistema Integral Sanitario de Cataluña, en el que se reestructuran los servicios sanitarios.

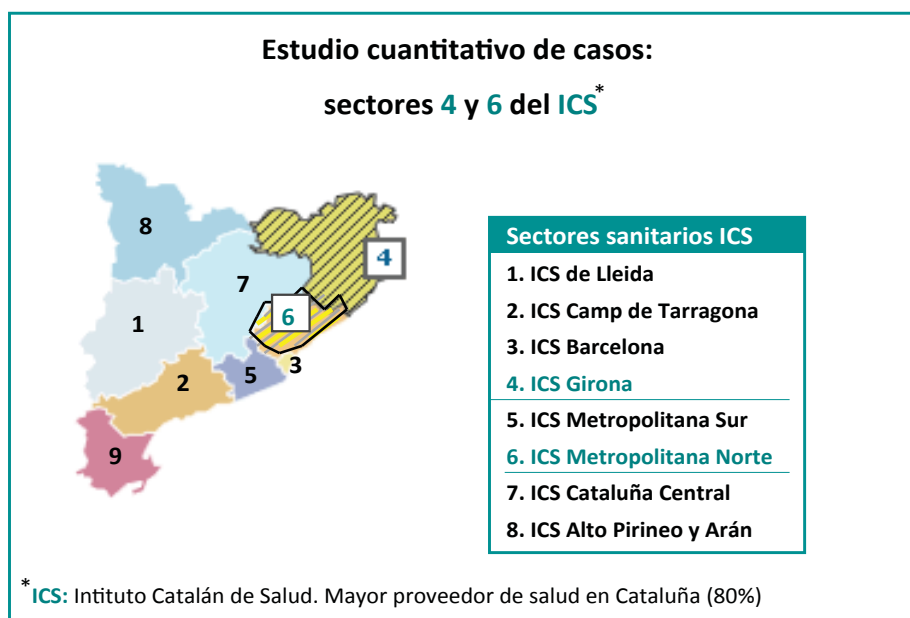
¹⁷¹ Presidido por el Sr. Artur Mas, del grupo Convergencia i Unió.

pública y promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población. Según el marco normativo, esta deberá ser una atención integral para poner fin a la dicotomía entre la salud pública y la asistencia sanitaria.

2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio de este estudio de casos es el sector **ICS Metropolitana Norte**, de la Región sanitaria de Barcelona y el sector **ICS Girona**, de la Región sanitaria de Girona. Ambas, son las regiones con mayor población procedente de los países que practican la MGF, exceptuando la ciudad de Barcelona. Se han explotado los datos de **118 Centros de Atención Primaria de salud (CAP)**, del proveedor ICS¹⁷², correspondiente al 83'7% de los CAPs que dan servicio en este territorio.

Figura 7. Sectores sanitarios del proveedor de salud Institut Català de Salut (ICS) estudiados



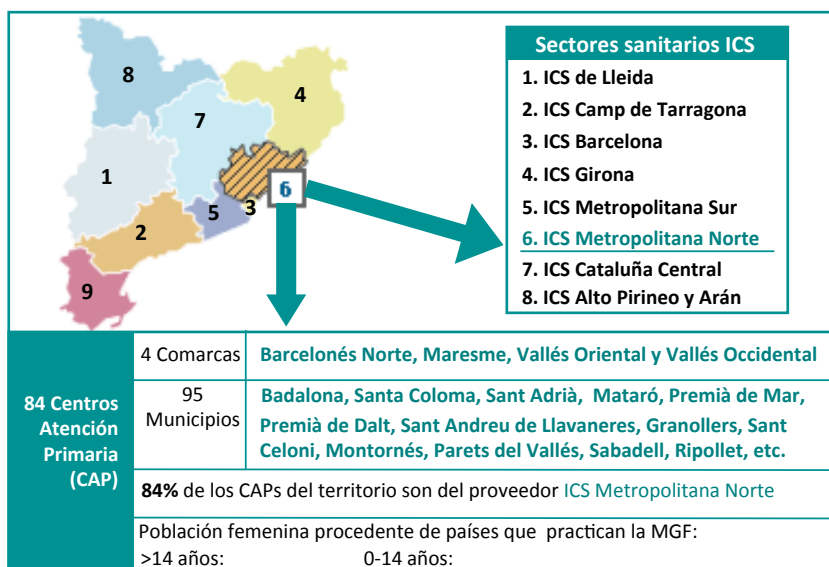
Fuente: realización propia a partir de la fuente:

http://www.gencat.cat/ics/infocorp/gerencies/metropolitana_nord.htm [Consultada: 06.06.2016]

El sector sanitario **ICS Metropolitana Norte** alberga 84 centros de atención primaria de salud en 95 municipios de 4 comarcas: Barcelonès Norte, Maresme, Vallès Oriental y Vallès Occidental. Entre los municipios con más población procedente de los países que practican la MGF destacan: Mataró, Sabadell, Granollers, Terrassa, Santa Coloma de Gramenet y Badalona.

¹⁷² ICS, Instituto Catalán de Salud, es el mayor proveedor de salud de Cataluña, abarca más del 80% de la asistencia sanitaria.

Figura 8. Sector sanitario: ICS Metropolitana Norte

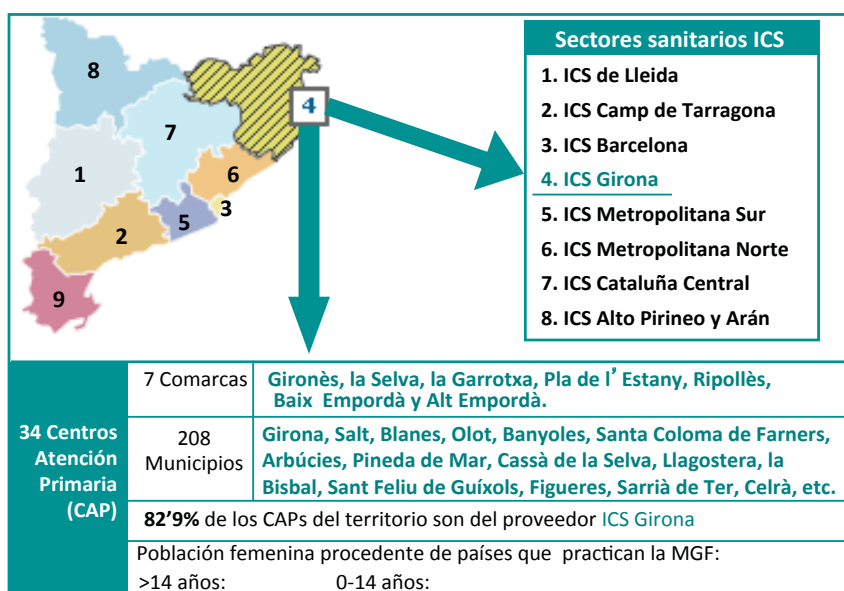


Fuente: realización propia a partir de las fuentes:

<http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/contractacio-serveis-assistencials/relacio/atencio-primaria/>
http://www.gencat.cat/ics/infocorp/gerencies/metropolitana_nord.htm [Consultadas: 06.06.2016]

El sector sanitario **ICS Girona** alberga 34 centros de atención primaria de salud en 208 municipios de 7 comarcas: Gironès, Pla de l'Estany, la Selva, la Garrotxa, Alt Empordà, Baix Empordà y Ripollès. Entre los municipios con más población procedente de los países que practican la MGF destacan: Salt, Girona, Banyoles, Olot, Blanes, Pineda de Mar y Lloret de Mar.

Figura 9. Sector sanitario: ICS Girona



Fuente: realización propia a partir de la fuente:

<http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/contractacio-serveis-assistencials/relacio/atencio-primaria/>
http://www.gencat.cat/ics/infocorp/gerencies/metropolitana_nord.htm [Consultada: 06.06.2016]

3. POBLACIÓN DIANA

Al igual que en el resto de España, los países de origen son básicamente de África Occidental, donde existe una elevada prevalencia de MGF: Gambia (76%), Senegal (28%), Nigeria (21%), Mali (89%) y Guinea Conakry (96%) (Unicef, 2013). En estos países se practica principalmente la MGF tipo I y tipo II.

Cataluña es la comunidad autónoma con mayor cantidad de población femenina con nacionalidad y/o procedencia de los países que practican la MGF, con un total de 20.814 niñas y mujeres, de las cuales 5.811 son niñas de 0 a 14 años y 15.003 son mujeres mayores de 14 años (Tabla 5). En cuanto a la procedencia, el 64 % proceden de Senegal (28%), Gambia (22%) y Nigeria (14%).

Tabla 5. Total población femenina diana por franja de edad en Cataluña [2016]

Ranking países diana	0-14	> 14	Total
Senegal	1.652	3.758	5.410
Gambia	1.246	3.027	4.273
Nigeria	828	2.279	3.107
Guinea Conakry	483	1.399	1.882
Malí	670	825	1.495
Mauritania	111	208	319
Guinea-Bissau	44	181	225
Otras	777	3.326	4.103
Total	5.811	15.003	20.814

Fuente: realización propia a partir de Padrón a 01.01.2016 extraído de:
 Kaplan, A. y López, A. (2017) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*.
 Antropología Aplicada 3. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.

En nuestro ámbito de estudio residen 10.786 mujeres procedentes y/o con nacionalidad de países donde se practica la MGF, las cuales representan el 54,7 % de la población femenina diana de Cataluña (Tabla 6). De estas, 3.317 son niñas de 0 a 14 años, correspondiente al 57% de Cataluña. En relación a la masculinidad del conjunto de nacionalidades, es similar al resto de Cataluña: una mujer por cada cuatro hombres.

Población diana ámbito de estudio	
Población total	35.291
Población femenina	10.786 54,7% de la población en Cataluña
Población femenina 0 -14 años	3.317
Principales nacionalidades población femenina: Gambia, Senegal, Nigeria, Mali y Guinea	

La mayor parte de población femenina procede de Gambia y Senegal, siendo un 35%, y 28%, respectivamente (Tabla 6). En el sector ICS Girona reside, principalmente, población femenina de procedencia y/o nacionalidad de Gambia (53%) y Senegal (20%). En cambio, en el sector ICS Metropolitana Norte (MN) se diversifican más las procedencias y/o nacionalidades, destacando Senegal (35%), Gambia (20%) y Nigeria (13%) (Tabla 6).

Tabla 6. Total población femenina diana según sector sanitario ICS estudiado [2016]

ICS	Girona			MN			G+MN		
	0-14	> 14	Total	0-14	> 14	Total	0-14	> 14	Total
Gambia	797	1.794	2.591	306	853	1159	1.103	2.647	3.750
Senegal	255	733	988	681	1347	2028	936	2080	3016
Mali	182	223	405	204	258	462	386	481	867
Nigeria	65	227	292	210	532	742	275	759	1034
Guinea	96	164	260	163	328	491	259	492	751
Mauritania	36	54	90	49	97	146	85	151	236
Guinea-Bissau	4	8	12	9	53	62	13	61	74
Otras	59	253	312	201	545	746	260	798	1058
Total	1.494	3.456	4.950	1.823	4.013	5836	3.317	7.469	10.786

Fuente: realización propia a partir de Padrón a 01.01.2016 extraído de Kaplan, A. y López, A. (2017)

La mayor parte de la población diana se concentra en unos pocos municipios. Así, los municipios de Salt, Mataró, Sabadell, Girona y Terrassa albergan el 50% del total de la población diana de nuestro estudio (Tabla 7 y 8).

Tabla 7. Ranking de municipios con mayor población femenina diana > 14 años

Municipio	Gambia	Senegal	Malí	Nigeria	Guinea	Mauritania	Otros países	Total	Frec. rel. acum. (%)
Salt	364	113	78	95	42	4	46	777	10,4
Mataró	272	257	72	7	50	0	50	701	19,8
Sabadell	110	78	41	68	83	8	91	477	26,2
Granollers	72	238	25	6	38	10	48	410	31,7
Girona	174	82	20	38	21	-	22	393	36,9
Terrassa	6	261	4	45	7	0	7	368	41,9
Sta. Coloma de Gram.	-	13	4	182	14	-	16	287	45,7
Olot	206	18	11	-	1	22	23	267	49,3
Banyoles	194	37	17	0	0	8	8	260	52,8
Figueres	57	150	-	29	10	0	10	256	56,2
Badalona	28	21	10	90	33	4	37	237	59,4
Canovelles	25	89	4	-	18	16	34	170	61,6
Blanes	85	37	13	12	4	-	6	157	63,7
Pineda de Mar	74	50	-	-	21	-	22	151	65,8
Lloret de Mar	89	41	-	-	8	0	8	144	67,7
Rubí	14	48	14	8	14	0	14	117	69,2
Les Franq. del Vallès	20	78	4	-	7	-	8	115	70,8
Mollet del Vallès	22	29	-	17	-	23	25	109	72,2
Ripollet	15	4	8	24	16	7	23	100	73,6
Sta. Perpètua de M.	39	4	5	20	-	11	13	86	74,7
Premià de Mar	60	13	0	-	-	0	3	82	75,8
Cassà de la Selva	45	6	9	-	5	10	2	78	76,9
Montcada i Reixac	5	5	6	23	-	-	24	68	77,8
Calella	29	23	-	-	-	4	5	67	78,7
Sta, Coloma de Farners	32	-	12	0	9	0	4	59	79,5
Montornès del Vallès	33	14	4	0	5	-	0	58	80,3
Cambrils	-	35	0	-	0	0	14	53	81,0
Malgrat de Mar	26	15	-	-	-	0	4	49	81,6
Sant Celoni	37	6	0	0	5	0	1	49	82,3
Sant Feliu de Guíxols	27	5	13	-	0	0	2	49	82,9
Cerdanyola del Vallès	-	-	0	9	-	0	30	46	83,5
Sant Cugat del Vallès	0	6	0	-	-	-	33	44	84,1
La Bisbal d'Empordà	30	4	-	-	4	0	1	43	84,7
Celrà	40	0	0	-	0	0	0	40	85,2
Arbúcies	12	21	0	-	4	0	0	38	85,8
Torroella de Montgrí	21	9	0	-	0	0	5	36	86,2
Parets del Vallès	5	26	0	0	0	0	1	34	86,7
Otras	375	240	94	61	53	10	63	994	100
Total ámbito estudio	2.647	2.080	481	759	492	151	703	7.469	

Nota: por protección de datos se ha puesto guión (-) a los valores inferiores a 4.

Fuente: realización propia a partir de Padrón a 01.01.2016 extraído de:

Kaplan, A. y López, A. (2017) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.

Tabla 8. Ranking de municipios con mayor población femenina diana 0-14 años

Municipio	Gambia	Senegal	Malí	Nigeria	Guinea	Mauritania	Otros	Total	Frec. rel. cum. (%)
Salt	203	41	63	36	20	4	7	374	11,3
Mataró	97	162	44	0	30	0	14	347	21,7
Sabadell	53	43	40	30	58	4	29	257	29,5
Terrassa	4	116	5	23	-	0	11	161	34,3
Girona	74	21	16	14	11	7	16	159	39,1
Granollers	17	99	18	-	13	5	6	159	43,9
Banyoles	105	10	11	0	0	-	2	129	47,8
Figueres	25	62	5	4	9	0	4	109	51,1
Badalona	8	16	12	37	13	-	22	109	54,4
Sta. Coloma de Gram.	0	6	0	63	4	0	20	93	57,2
Canovelles	10	50	5	0	6	7	1	79	59,6
Mollet del Vallès	14	24	-	6	-	11	2	61	61,4
Blanes	26	16	8	5	0	-	1	58	63,2
Olot	39	4	-	-	0	10	1	58	64,9
Pineda de Mar	19	22	-	0	9	-	0	54	66,5
Rubí	2	23	9	4	7	-	5	50	68,0
Lloret de Mar	27	14	0	0	5	-	3	49	69,5
Les Franq. del Vallès	6	34	0	-	5	-	1	49	71,0
Sta. Perpètua de M.	19	4	-	10	-	10	2	49	72,5
Cassà de la Selva	26	-	6	0	6	8	1	48	73,9
Ripollet	11	-	6	11	7	-	5	44	75,2
Sta. Coloma de Farners	15	-	11	0	6	0	0	35	76,3
Sant Celoni	25	4	0	0	-	0	1	33	77,3
Caldes de Montbui	-	6	24	0	0	0	0	31	78,2
Sant Feliu de Guíxols	12	-	15	0	0	0	1	29	79,1
Montcada i Reixac	-	-	-	13	-	4	2	27	79,9
Sant Cugat del Vallès	0	4	-	0	0	0	21	26	80,7
Premià de Mar	10	7	-	0	0	0	4	22	81,4
Llagostera	15	-	-	0	0	0	0	21	82,0
Sta. Maria de Palautord.	11	7	-	0	-	0	0	21	82,6
Maçanet de la Selva	15	0	5	0	0	0	0	20	83,2
Cambrils	0	15	-	0	0	0	4	20	83,8
Montornès del Vallès	11	6	0	0	-	-	0	20	84,4
La Bisbal d'Empordà	12	0	-	0	4	0	0	19	85,0
Cerdanyola del Vallès	0	-	0	-	-	0	14	19	85,6
Arbúcies	11	7	0	0	0	0	0	18	86,1
Tordera	7	-	0	0	9	0	1	18	86,7
Otros	170	99	64	13	21	-	74	442	100
Total pobl. Estudio	1.103	936	386	275	259	85	273	3.317	

Nota: por protección de datos se ha puesto guión (-) a los valores inferiores a 4.

Fuente: realización propia a partir de Padrón a 01.01.2016 extraído de:

Kaplan, A. y López, A. (2017) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.

4. REGISTROS DE SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, a través de la Secretaria General de Sanidad, es el responsable del desarrollo y mantenimiento del Sistema de Información Sanitaria del Nacional de Salud. Dicho sistema está incluido en el Plan Estadístico Nacional. Entre las variables que figuran en el Plan se contemplan los registros «diagnósticos» y los registros «de procedimientos», basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE) desarrollada por la OMS para su uso mundial¹⁷³. La última revisión de la CIE ya es la décima (CIE 10).

En enero de 2016 la clasificación de referencia para la codificación clínica en España se unifica con el Código Internacional de Enfermedades CIE-10, para la atención primaria y hospitales, sustituyendo el CIE-9 y otras existentes. El motivo del cambio viene dado porque EEUU dejó de actualizar el sistema CIE9MC y dejó de utilizarlo en 2014, implantando el ICD10CM/PCS¹⁷⁴.

En el Sistema Catalán de Salud Catsby existen una treintena de proveedores de salud públicos. Sin embargo, hasta finales de 2015, momento en que se extrajeron los datos, los diferentes proveedores de salud utilizaban diferentes codificaciones. Este hecho dificultaba el estudio, explotación y formación para su uso de los datos relativos a MGF. Así, el proveedor de salud mayoritario (80%), el Institut Català de Salut (ICS), utilizaba el CIE 10 en atención primaria y el CIE 9 en atención terciaria (hospitales). En cambio, el proveedor de salud Badalona Servicios Asistenciales (BSA) utilizaba la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP 2).

Como fruto del trabajo de campo, observamos que en nuestro ámbito de estudio, a finales de 2015 se utilizaban hasta tres clasificaciones internacionales diferentes: CIE10, CIE9 y CIAP2. En todas, encontramos los dos tipos de códigos, de diagnóstico y

¹⁷³ La CIE, tiene sus orígenes en 1850. Su primera clasificación conocida como la Lista Internacional de Causas de Muerte, fue adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS asumió su responsabilidad de la CIE en su creación en 1948, cuando se publicó su sexta revisión CIE6. La Asamblea Mundial de la Salud de OMS adoptó en 1967 el Reglamento de Nomenclaturas que estipula el uso de CIE en su revisión más actual por todos los Estados Miembros.

¹⁷⁴ ICD10CM/PCS, Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y de los Problemas Relacionados con la Salud 10ª revisión, Modificación Clínica. Su traducción en castellano es la CIE-10.

de procedimiento. Este último es adaptado por cada proveedor de salud, en función de sus necesidades de estudio.

Tabla 4. Códigos existentes y utilizados en Cataluña hasta 2015

CÓDIGOS EXISTENTES UTILIZADOS EN CATALUÑA PARA LA MGF (hasta 2015)			
CLASIFICACIÓN	(De procedimiento) PREVENCIÓN MGF	(De diagnóstico) MGF	Ejemplos de Proveedores de Salud
Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 Utilizado en atención primaria	* Z.60.81 "Riesgo de Mutilación Femenina". * No existente en la CIE10, creado por el ICS en 2010. Z.62.9 "Problema no especificado relacionado con la crianza del niño".	N.90.81 "Mutilación Genital Femenina". N.90.811 "MGF tipo 1 clitoridectomía" N.90.812 "MGF tipo 2 clitoridectomía con labios menores" * N.90.813 "MGF tipo 3 infibulación" N.90.818 "MGF tipo IV Otros estados de ablación genital femenina" * Creados pero no utilizados S.38.2 "Amputación traumática de órganos genitales externos" Clítoris labio genital (mayor) (menor) Vulva	Instituto Catalán de Salud (ICS)

Fuente: Realización propia, a partir del trabajo de campo y de la fuente:

-Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (2016) *Clasificación Internacional de Enfermedades 10.ª Revisión, Modificación Clínica Edición Española*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [En línea] https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=MUTILACI%C3%93N+GENITAL&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1465486737825&indiceAlfabetico=expand-0a30372a30452a97535&listaTabular=N90.818&expand=1&classification=cie10mc&version=2010 [Consultada: 06.06.2016]

CÓDIGOS EXISTENTES UTILIZADOS EN CATALUÑA PARA LA MGF (hasta 2015)			
CLASIFICACIÓN	(De procedimiento) PREVENCIÓN MGF	(De diagnóstico) MGF	Ejemplos de Proveedores de Salud
Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 9 Utilizado en atención terciaria	Z.65.43 "Asesoramiento prevención de lesión".	629.20 "MGF inespecífica". 629.21 "MGF tipo I. Clitoridectomía". 629.22 "MGF tipo II. Clitoridectomía con escisión labios menores". 629.23 "MGF tipo III. Estado de infibulación". 629.29 "Otras mutilaciones genitales femeninas. MGF IV".	Servicios de Salud Integrados Baix Empordà (SSIB) Instituto Catalán de Salud (ICS)
Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP 2	X.82.1 "Prevención MGF".	X.82.2 "MGF detectada".	Badalona Servicios Asistenciales (BSA)

Fuente: Realización propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) *Codificación Clínica con la CIE 9-MC. Actualización de la CIE9-MC 2008*. Boletín nº28, Año XII, Febrero, 2008. [En línea] http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_8ed.pdf

-Departamento de Salud, ed. (1991 [2011]) *Clasificación Internacional de Enfermedades 9 (CIM-9-MC) 9ª revisión*.

Modificación clínica. Barcelona, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya.

-Servicio de Salud Pública (2010) *Programa de Prevención y Atención a la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Ayuntamiento de Badalona. [Programa no publicado. Diseñado por A. Mangas con el soporte técnico de la Fundación Wassu-UAB, en el marco del convenio de colaboración entre el proveedor de salud Badalona Serveis Assistencials (BSA), la Fundación Wassu-UAB y el Ayuntamiento de Badalona. Códigos creados en 2010 por el grupo motor impulsor del programa, en ausencia de códigos sobre la MGF en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP 2). Estos códigos se crean siguiendo la raíz X.82 (lesiones genitales femeninas).

La clasificación internacional más utilizada en Cataluña en atención primaria a finales de 2015 era la CIE10¹⁷⁵. El primer código de diagnóstico que se utilizó para la MGF fue el S.38.2 «Amputación traumática de órganos genitales externos», que engloba cualquier parte de los órganos externos femeninos: el clítoris, los labios mayores y menores y la vulva. A partir del 2009-2010 aproximadamente, se empieza a utilizar el código N.90.81 «Mutilación Genital Femenina». En algunos centros de atención primaria se utilizan ambos.

En el momento de extracción de códigos diagnósticos (finales del 2015), vemos que el más utilizado era el S.38.2, código que el Departamento de Salud no tiene en cuenta para valorar el número de población femenina diagnosticada de MGF. Esta apreciación ha sido obtenida gracias al trabajo de campo realizado durante más de siete años (2008-2016).

Los y las profesionales no utilizan la clasificación por tipos de MGF (I, II, III y IV) a día de hoy. El sistema de información sanitaria del ICS tampoco permite su explotación cuando el código supera más de tres dígitos. Por ejemplo, el N.90.81 (MGF) se permite explotar, pero el N.90.811 (MGF tipo I) no. En cuanto al código de procedimiento, el Z.60.81 «Riesgo de MGF» se creó en 2010 por el Institut Català de Salut (ICS). Anteriormente se utilizaba el código Z.62.9 «Problema no específico relacionado con la crianza del niño», pero era muy genérico para explotarlo, por lo que en este estudio no se ha extraído.

La Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP 2) que utilizaba Badalona Serveis Assistencials (BSA), hasta finales del 2015, no contemplaba ningún código sobre la MGF. En el Programa de Prevención y Atención de la MGF en Badalona se creó en 2010, dos códigos nuevos partiendo de la raíz X.82 («Lesión en el aparato genital femenino»): X.82.1 «prevención de la MGF» (que ha servido como indicador para evaluar el programa) y X.82.2 «MGF detectada»¹⁷⁶.

¹⁷⁵ Como se ha comentado anteriormente, a partir del 1 de enero de 2016, se deberá utilizar la CIE10 en toda España, tanto en atención primaria como en atención secundaria y terciaria.

¹⁷⁶ El estudio de casos cuantitativos del proveedor de salud, Badalona Serveis Assistencials (BSA), se expondrá en el Capítulo 8. Observatorio para la prevención de la MGF. Punto 2. Programa de Prevención y Atención de la MGF en Badalona, puesto que forma parte del Bloque III. La propuesta del Modelo Wassu. Al Otro lado del muro.

5. METODOLOGÍA

En primer lugar, se realizó un estudio sobre el funcionamiento del sistema de registros utilizado en Cataluña en lo que se refiere a la MGF. En segundo lugar, se analizó cómo los y las profesionales registraban la MGF en la historia clínica en el Institut Català de Salut (ICS) de nuestro ámbito de estudio, sectores Metropolitana Norte y Girona. En tercer lugar, se solicitó al ICS la extracción de los códigos diagnósticos y de procedimiento del CIE10. Los códigos solicitados fueron:

El **N.90.81** «Mutilación Genital Femenina»

El **S.38.2** «Amputación traumática de órganos genitales externos»¹⁷⁷.

El **Z.60.81** «Riesgo de Mutilación Genital Femenina»¹⁷⁸.

A pesar de que en el momento de la extracción de los datos coexistían diferentes codificaciones, en el presente estudio nos centramos en la explotación de los códigos CIE 10, porque son los que se utilizan mayoritariamente en atención primaria (80%). La extracción de códigos se realizó en dos períodos, en el **sector ICS Metropolitana Norte se extrajo el 30.10.2015** y en el **sector ICS Girona el 04.12.2015**¹⁷⁹.

El estudio abarca una elevada proporción de centros de atención primaria de salud en el territorio estudiado, a pesar de haberse limitado a la explotación de los datos del ICS. Así, los resultados del **ICS Metropolitana Norte** provienen de la extracción de 84 centros de atención primaria (84% de los centros de atención primaria en este territorio), mientras que los resultados del **ICS Girona** provienen de la extracción de 34 centros de atención primaria de salud (82'9% de los centros de atención primaria en este territorio). Los datos de población se han extraído del *Mapa de mutilación genital femenina de España 2016* (Kaplan y López, 2017), correspondientes a la población residente en España de origen y/o nacionalidad de los países que la practican. Los datos de este mapa proceden del padrón continuo a 01.01.2016 facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

¹⁷⁷ Código diagnóstico. Empezó a utilizarse previo a la creación del N.90.81.

¹⁷⁸ Código de procedimiento, creado en 2010 por el ICS.

¹⁷⁹ Gracias a la colaboración de los sistemas de información del ICS Metropolitana Norte y del ICS Girona.

6. RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO DE CASOS DE MGF EN EL ICS

Los resultados se han extraído de 118 Centros de Atención Primaria de salud, el 58% de los diagnósticos corresponde al sector ICS Metropolitana Norte de Barcelona y el 42% al ICS Girona. Ambos territorios albergan el 54'7% de la población femenina residente en Cataluña, procedente de los 28 países que practican la MGF¹⁸⁰.

6.1. Diagnósticos «MGF» y «Riesgo de MGF» en sectores estudiados

El total de población femenina con diagnóstico de mutilación genital femenina a fecha de 04.12.2015 es de 526. Según la franja de edad, 358 corresponden a población femenina mayor de 14 años y 168 a niñas de 0 a 14 años.

Tabla 9. Diagnóstico MGF sectores ICS: Metropolitana Norte de Barcelona y Girona 2015

Total Población femenina con diagnóstico "MGF" según sector sanitario							
Sector sanitario	Gambia	Senegal	España	Guinea	Mali	Otras	Total
ICS Metropolitana Norte	98	75	41	34	28	30	306
ICS Girona	84	31	46	14	29	16	220
Total	182	106	87	48	57	46	526

Por franjas de edad:

Población femenina >14 años con diagnóstico "MGF" según sector sanitario								
Sector sanitario	Gambia	Senegal	España	Guinea	Mali	Nigeria	Otras	Total
ICS Metropolitana Norte	61	46	32	28	18	9	18	212
ICS Girona	51	22	40	8	17	4	4	146
Total	112	68	72	36	35	13	22	358

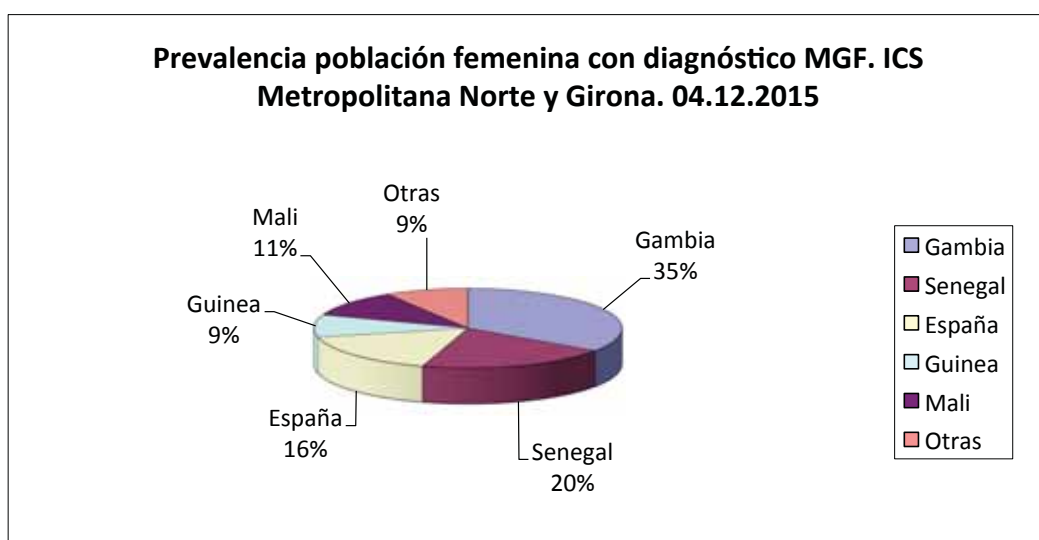
Población femenina 0-14 años con diagnóstico "MGF" según sector sanitario							
Sector sanitario	Gambia	Senegal	España	Guinea	Mali	Otras	Total
ICS Metropolitana Norte	37	29	9	6	10	3	94
ICS Girona	33	9	6	6	12	8	74
Total	70	38	15	12	22	11	168

Fuente: realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos N.90.81 y S.38.2 de nuestro ámbito de estudio, sectores: ICS Metropolitana Norte de Barcelona y ICS Girona. Fecha de la extracción: 30.10.2015 (Metropolitana Norte Barcelona) y 04.12.2015 (Girona) Facilitada por los Sistemas de Información del Institut Català de la Salut de ambos sectores.

¹⁸⁰ Según el Registro central de asegurados en el Servicio Catalán de Salud Calsalut, con fecha marzo 2015, estaban dadas de alta 19.057 mujeres y niñas procedentes de los 28 países que practican la MGF. Su distribución territorial, según las 7 regiones sanitarias, Barcelona (8.280) y Girona (4.793) ocupan los dos primeros puestos, albergando el 68'6% del total de aseguradas. Según nacionalidad, el 26'58% son de Senegal, el 22'09% Gambia, 18'12% Nigeria, el 8'17% de Ghana, 7'52% de Guinea, 7'06% de Mali, 2'28% de Camerún, 1'99% de Egipto y 1'67 de Mauritania.

La mayor parte de población femenina diagnosticada con MGF proviene de Gambia (35%), Senegal (20%), España (16%) y Mali (11%). Gambia y Senegal suman el mayor diagnóstico (55%). Un 16% pertenece a población femenina, procedente de países en los que se practica la MGF, que ha adquirido la nacionalidad española (Figura 10). En el estudio de población no aparece esta nacionalidad. Se ha tenido en cuenta la población de origen y/o nacionalidad de los países que practican la MGF.

Figura 10. Prevalencia población femenina con diagnóstico MGF sectores ICS 2015

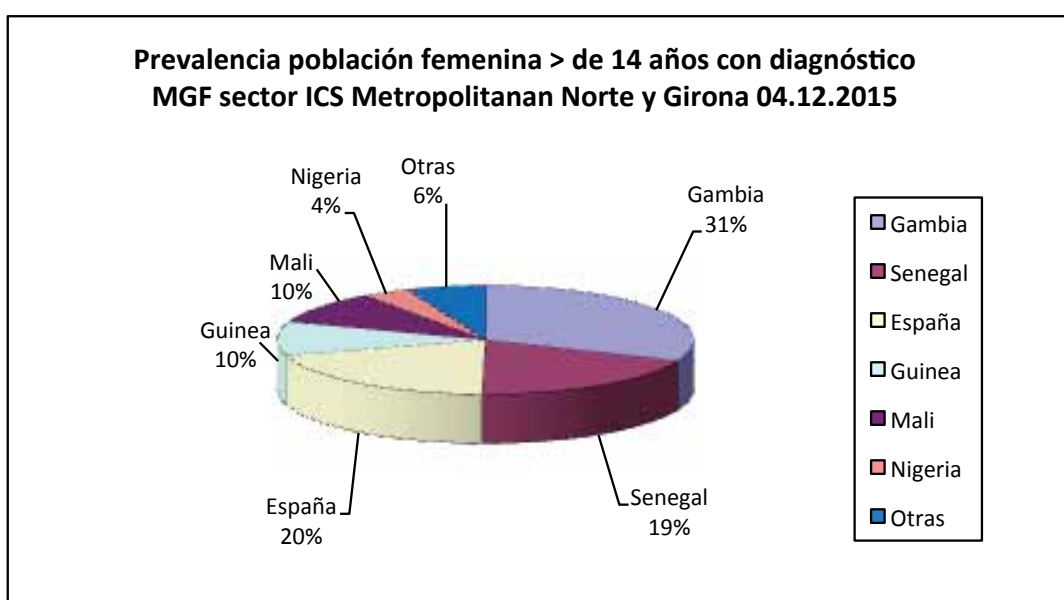


Fuente: realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos N.90.81 y S.38.2 de nuestro ámbito de estudio, sectores: ICS Metropolitana Norte de Barcelona y ICS Girona. Fecha de la extracción: 30.10.2015 (Metropolitana Norte Barcelona) y 04.12.2015 (Girona) Facilitada por los Sistemas de Información del Institut Català de la Salut de ambos sectores.

6.2. Diagnósticos «MGF» por municipio, franjas de edad, origen y/o nacionalidad

El total de diagnósticos de MGF en **población femenina mayor de 14 años** es de **357**. La mayor parte de las mujeres diagnosticadas con MGF tiene nacionalidad de Gambia, España, Senegal y Guinea, siendo un 31%, 20%, 19% y 10% (Figura 11).

Figura 11. Prevalencia población femenina > 14 años con diagnóstico MGF sectores ICS 2015



Fuente: realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos N.90.81 y S.38.2 de nuestro ámbito de estudio, sectores: ICS Metropolitana Norte de Barcelona y ICS Girona.

Fecha de la extracción: 30.10.2015 (Metropolitana Norte Barcelona) y 04.12.2015 (Girona)
Facilitada por los Sistemas de Información del Institut Català de la Salut de ambos sectores.

Según el municipio, la mayor parte de las mujeres diagnosticadas con MGF mayores de 14 años son residentes en Mollet del Vallès, Sabadell y Santa Coloma de Farners, siendo un 22,94%, 17,19% y 16,95% respecto al total de la población diana de cada uno de los municipios (Tabla 10).

Tabla 10. Ranking municipios población femenina diana > 14 años con diagnóstico MGF

Municipio	Población diana >14	Diagnósticos MGF	% Diagnóstico
Salt	777	72	9,27
Mataró	701	44	6,28
Sabadell	477	82	17,19
Granollers	410	13	3,17
Girona	393	13	3,31
Terrassa	368	0	0,00
Sta. Coloma de Gramenet	287	1	0,35
Olot	267	19	7,12
Banyoles	260	3	1,15
Figueras	256	5	1,95
Badalona	237	1	0,42
Canovelles	170	0	0,00
Blanes	157	3	1,91
Pineda de Mar	151	3	1,99
Lloret de Mar	144	0	0,00
Rubí	117	0	0,00
Les Franqueses del Vallès	115	0	0,00
Mollet del Vallès	109	25	22,94
Ripollet	100	3	3,00
Sta. Perpètua de Mogoda	86	4	4,65
Premià de Mar	82	1	1,22
Cassà de la Selva	78	1	1,28
Montcada i Reixac	68	0	0,00
Calella	67	0	0,00
Sta. Coloma de Farners	59	10	16,95
Montornès del Vallès	58	7	12,07
Cambrils	53	0	0,00
Malgrat de Mar	49	0	0,00
Sant Celoni	49	1	2,04
Sant Feliu de Guíxols	49	1	2,04
Cerdanyola del Vallès	46	0	0,00
Sant Cugat del Vallès	44	0	0,00
La Bisbal d'Empordà	43	0	0,00
Celrà	40	4	10,00
Arbúcies	38	4	10,53
Torroella de Montgrí	36	0	0,00
Parets del Vallès	34	5	14,71
Resto de municipios estudiados	994	33	3,22
Total	7.469	358	

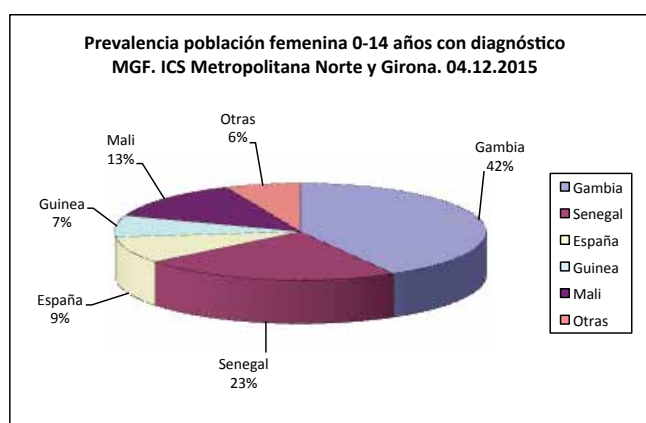
Fuente: realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos N.90.81 y S.38.2 del ámbito de estudio. Sectores ICS: Metropolitana Norte (30.10.2015) y Girona (04.12.2015).

Los datos de población son del padrón a 01.01.2016 extraído de: Kaplan, A. y López, A. (2017)

El hecho de tener una Mesa de Prevención de la MGF en el municipio, no aumenta la detección en la población femenina mayor de 14 años. Esto es debido a que no hay una formación sistemática impulsada por las mesas. En estas, además, normalmente no participan ni las matronas, ni las ginecólogas, ni los médicos de familia, aunque son las profesionales que podrían detectar la MGF en mayores de 14 años. Se detecta una clara falta de formación en los profesionales de salud, especialmente en ginecoobstetricia, ello explica en parte la baja detección y registro de la MGF en la historia clínica. Un ejemplo de ello, se discute en el municipio de Badalona¹⁸¹.

El total de diagnósticos de MGF en población femenina de 0 a 14 años es de 168. La mayor parte de las niñas diagnosticadas con MGF tienen nacionalidad de Gambia, Senegal, Mali y España, siendo un 42%, 23%, 13% y 9%. (Figura 12).

Figura 12. Prevalencia población femenina 0- 14 años con diagnóstico MGF sectores ICS 2015



Fuente: realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos N.90.81 y S.38.2 de nuestro ámbito de estudio, sectores: ICS Metropolitana Norte de Barcelona y ICS Girona. Fecha de la extracción: 30.10.2015 (Metropolitana Norte Barcelona) y 04.12.2015 (Girona) Facilitada por los Sistemas de Información del Institut Català de la Salut de ambos sectores.

Según el municipio, la mayor parte de las niñas de 0 a 14 años diagnosticadas con MGF son residentes en Cassà de la Selva, Montornès del Vallès y Sant Celoni, siendo un 31,3%, 30% y 27,3% respecto al total de la población diana de cada uno de los municipios (Tabla 11).

¹⁸¹ Ver Capítulo 8. Observatorio para la prevención de la MGF. Punto 2. Programa de Prevención y Atención de la MGF en Badalona, apartado 2.2.4. b) Discusión en grupos focales (2013-2014)

Tabla 11. Ranking municipios población femenina diana de 0 a 14 años con diagnóstico MGF

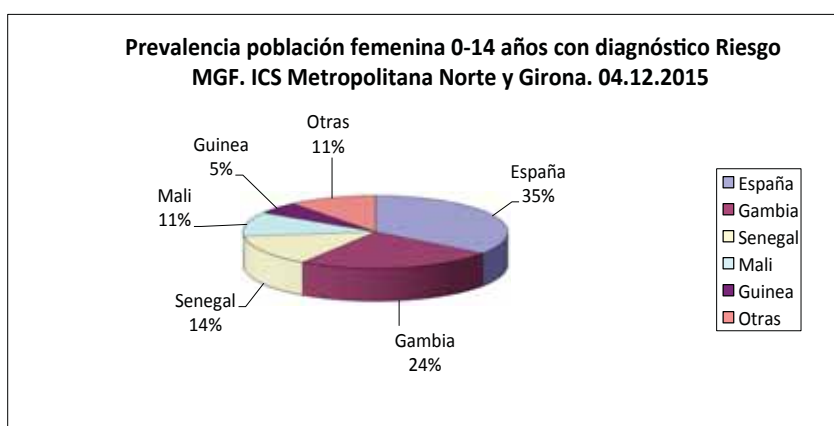
Municipio	Población diana 0-14	Diagnósticos MGF	% Diagnóstico
Salt	374	20	5,35
Mataró	347	17	4,90
Sabadell	257	9	3,50
Terrassa	161	2	1,24
Girona	159	7	4,40
Granollers	159	22	13,84
Banyoles	129	2	1,55
Badalona	109	0	0,00
Figueres	109	4	3,67
Sta. Coloma de Gram.	93	0	0,00
Canovelles	79	0	0,00
Mollet del Vallès	61	12	19,67
Blanes	58	1	1,72
Olot	58	0	0,00
Pineda de Mar	54	3	5,56
Rubí	50	0	0,00
Les Franq. del Vallès	49	0	0,00
Lloret de Mar	49	0	0,00
Sta. Perpètua de M.	49	2	4,08
Cassà de la Selva	48	15	31,25
Ripollet	44	2	4,55
Santa Coloma de Farners	35	3	8,57
Sant Celoni	33	9	27,27
Caldes de Montbui	31	1	3,23
Sant Feliu de Guíxols	29	4	13,79
Montcada i Reixac	27	0	0,00
Sant Cugat del Vallès	26	0	0,00
Premià de Mar	22	0	0,00
Llagostera	21	0	0,00
Sta. Maria de Palautord.	21	0	0,00
Cambrils	20	0	0,00
Maçanet de la Selva	20	0	0,00
Montornès del Vallès	20	6	30,00
La Bisbal d'Empordà	19	0	0,00
Cerdanyola del Vallès	19	0	0,00
Resto municipios estudiados	478	27	5,61
Total	3.317	168	

Fuente: realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos N.90.81 y S.38.2 del ámbito de estudio. Sectores ICS: Metropolitana Norte (30.10.2015) y Girona (04.12.2015).
Los datos de población son del padrón a 01.01.2016 extraído de: Kaplan, A. y López, A. (2017)

6.3. Diagnósticos «Riesgo de MGF» de 0 a 14 años por municipio, nacionalidad y/o origen

Existen 297 niñas de 0 a 14 años con el diagnóstico: «Riesgo de MGF». La mayor parte de niñas diagnosticadas de «Riesgo de MGF» tienen nacionalidad de España, Gambia, Senegal y Mali, siendo un 35%, un 24%, un 14% y un 11%. (Figura 13).

Figura 13. Prevalencia pobl. femenina 0-14 años diagnóstico «Riesgo MGF» sectores ICS 2015



Fuente: realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos N.90.81 y S.38.2 de nuestro ámbito de estudio, sectores: ICS Metropolitana Norte de Barcelona y ICS Girona. Fecha de la extracción: 30.10.2015 (Metropolitana Norte Barcelona) y 04.12.2015 (Girona) Facilitada por los Sistemas de Información del Institut Català de la Salut de ambos sectores.

Según el sector sanitario, el 53% de las niñas de 0 a 14 años de la población diana corresponde al sector ICS Girona y el 47% al sector Metropolitana Norte.

Tabla 12. Diagnóstico Riesgo MGF sectores ICS 2015

Sector sanitario	España	Gambia	Senegal	Mali	Guinea	Otras	Total
ICS Metropolitana Norte	50	25	33	11	10	11	140
ICS Girona	54	47	8	21	6	21	157
Total	104	72	41	32	16	32	297

Fuente: Realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos Z.60.81 de nuestro ámbito de estudio, sectores: ICS Metropolitana Norte de Barcelona y ICS Girona. Fecha de la extracción: 30.10.2015 (Metropolitana Norte Barcelona) y 04.12.2015 (Girona) Facilitada por los Sistemas de Información del Institut Català de la Salut de ambos sectores.

Tabla 13. Ranking municipios población femenina diana 0 - 14 años con diagnóstico riesgo MGF

Municipio	Población diana 0-14	Diagnóstico Riesgo MGF	% Diagnóstico
Salt	374	6	1,60
Mataró	347	22	6,34
Sabadell	257	15	5,84
Terrassa	161	0	0,00
Girona	159	4	2,52
Granollers	159	16	10,06
Banyoles	129	0	0,00
Badalona	109	0	0,00
Figueres	109	2	1,83
Sta. Coloma de Gram.	93	3	3,23
Canovelles	79	0	0,00
Mollet del Vallès	61	19	31,15
Blanes	58	0	0,00
Olot	58	0	0,00
Pineda de Mar	54	0	0,00
Rubí	50	0	0,00
Les Franq. del Vallès	49	0	0,00
Lloret de Mar	49	0	0,00
Sta. Perpètua de M.	49	0	0,00
Cassà de la Selva	48	25	52,08
Ripollet	44	24	54,55
Santa Coloma de Farners	35	55	157,14
Sant Celoni	33	11	33,33
Caldes de Montbui	31	3	9,68
Sant Feliu de Guíxols	29	34	117,24
Montcada i Reixac	27	0	0,00
Sant Cugat del Vallès	26	0	0,00
Premià de Mar	22	0	0,00
Llagostera	21	0	0,00
Sta. Maria de Palautord.	21	0	0,00
Cambrils	20	0	0,00
Maçanet de la Selva	20	0	0,00
Montornès del Vallès	20	20	100,00
La Bisbal d'Empordà	19	0	0,00
Cerdanyola del Vallès	19	0	0,00
Resto municipios estudiados	478	38	7,90
Total	3.317	297	

Fuente: realización propia, a partir de la explotación del código diagnóstico de procedimiento Z.60.81 «Riesgo MGF» del ámbito de estudio. Sectores ICS: Metropolitana Norte (30.10.2015) y Girona (04.12.2015). Los datos de población son del padrón a 01.01.2016 extraído de: Kaplan, A. y López, A. (2017)

Como se ha visto, según el municipio, la mayor parte de las niñas de 0 a 14 años diagnosticadas con «Riesgo de MGF» son residentes en Santa Coloma de Farners, Sant Feliu de Guíxols y Montornés del Vallès, siendo un 157%, 117,2% y 100% respecto al total de la población diana de cada uno de los municipios. Este elevado porcentaje por encima de 100% nos puede indicar que corresponde a niñas con nacionalidad española que no hemos contemplado como población diana. Es un sesgo del estudio poblacional que contempla nacionalidad y/o procedencia. En el cuarto y quinto lugar se encuentran los municipios de Ripollet y Cassà de la Selva, con un 54,5% y un 52%.

Pese a que no existe un consenso sobre la definición de «riesgo de MGF» entre los y las referentes de las mesas, el hecho de disponer de una Mesa de Prevención de MGF en el municipio hace aumentar el número de diagnósticos de «Riesgo de MGF» en niñas de 0 a 14 años. Un claro ejemplo es Santa Coloma de Farners y Sant Feliu de Guíxols, que consideran en «riesgo de MGF» a las niñas cuyos padres tienen nacionalidad y/o procedencia de los países que practican la MGF, aunque ellos se manifiesten en contra de la práctica. Al contrario por ejemplo que La Bisbal d'Empordà, que solamente lo considera en niñas cuyos padres se manifiestan a favor o cuando existe otro indicador más allá de su procedencia y/o nacionalidad, una vez se ha abordado el tema con la familia.

En el municipio de Badalona hay que contemplar que la mitad de los proveedores de salud no se han analizado en este apartado, puesto que no son del ICS. Por ello existe una baja codificación como «Riesgo de MGF». Además, en este municipio se cambió el diagnóstico de procedimiento «Riesgo de MGF» por «Prevención de la MGF», ya que el primero era demasiado impreciso. Este código sirvió para evaluar el impacto de la formación en el marco del Programa de Prevención de MGF, que se impulsaba en Badalona¹⁸².

¹⁸² Ver Bloque III. La propuesta del Modelo Wassu. Al otro lado del muro.

7. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

7.1. Alcances y limitaciones de la codificación diagnóstica

En términos generales, las ventajas y los alcances de utilizar una única codificación podrían ser¹⁸³:

- a) Disponer de un sistema integrado de codificación diagnóstica y de procedimientos.
- b) Contar con una actualización regular de los sistemas de codificación, en principio, al ritmo de los avances en la práctica clínica.
- c) Comparar los datos con otros sistemas de salud a nivel internacional.

En Cataluña, el hecho de que la treintena de proveedores públicos de salud utilicen la misma clasificación podrá favorecer el avance de la historia clínica compartida, garantizando el traspaso y el registro de información independientemente del lugar donde se atienda a un usuario/a dado de alta en el Sistema Catalán de Salud.

En cuanto a los alcances específicos en MGF, la explotación estadística visualizaría la afectación de la práctica, hoy en día invisible. Su visualización ayudaría al estudio de las consecuencias en salud y podría mejorar la planificación de los recursos sanitarios para la atención y la prevención específica. De esta forma se dispondrían de los datos que pide la Resolución (2008/2017 (INI) del Parlamento Europeo¹⁸⁴, en su punto 8:

Exhorta a los Estados miembros a cuantificar el número de mujeres que han sufrido mutilaciones genitales y las que están en situación de riesgo en cada país europeo, teniendo en cuenta que en muchos países aún no hay datos disponibles ni sistemas armonizados de recogida de datos.

¹⁸³ Dirección General de Salud Pública (2013) *Implantación CIE10MC*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.

Disponible en: [<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/normalización/CIE10/2013InformeImplementaciónCIE10.pdf>]. Consultada:01.06.2016

¹⁸⁴ Resolución (2008/2017 (INI) de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE. Ver capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF, punto 1.4. Legislación internacional.

Además, se podría evitar el registro nominal que hacen los y las profesionales desde las Mesas de Prevención de la MGF, para poder rellenar el cuestionario que reclama la Direcció General d'Immigració¹⁸⁵. Estos datos que no son explotables a nivel de Cataluña, porque no se basan en ninguna metodología científica, siendo muy laboriosos de extraer para el supuesto uso que se pide. Instan al control (Foucault, 1975), más que a la prevención. Asimismo, en los informes de servicios sociales del Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya, se evitaría tener que presentar los datos del Departamento de Interior, como únicos datos accesibles¹⁸⁶.

El sistema de información contempla la MGF tipo IV, por lo que si la OMS finalmente clasifica la cirugía genital cosmética como tipo IV, también se podrá estudiar el número de mujeres y adolescentes (con el consentimiento de sus padres) que se hayan sometido a esta práctica y que se visiten en la sanidad pública o que acudan a pedir información.

En cuanto a las limitaciones, existe un subregistro en la codificación que realizan los y las profesionales, al igual que el resto de problemas de salud. Respecto a la MGF, la infracodificación es debida a diversos factores que se pueden agrupar en factores de formación, afectando a la detección y la prevención de la práctica, y de procedimiento, afectando a la forma de abordar y registrar los casos en la historia clínica.

a) Factores de formación

Se han detectado casos en los que los y las profesionales habían atendido a población afectada por la práctica y se había pasado por alto. Otros casos, con problemas de salud posiblemente relacionados con la MGF y al no relacionarla, habían tratado las consecuencias, sin explorar su etiología y perdiendo la oportunidad de abordar el tema con las mujeres. Destacamos cinco casos explicados por profesionales en el marco de formaciones realizadas por la Fundació Wassu-UAB.

¹⁸⁵ Ver Capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña.

¹⁸⁶ Ver informe: Departament de Benestar Social i Família (2015) *Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya 2015*. Generalitat de Catalunya. 99 pàgines. En capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016], punto 2.2. Resultados de los planes de acción.

En el primero, una pediatra manifiesta que no había abordado el tema con una familia de Nigeria (21% de prevalencia), porque desconocía que allí se practicaba. Además, se dio cuenta de la imagen estereotipada que ella proyectaba en la madre de la niña que atendía: *«Claro, yo no me imaginaba que se practicara en Nigeria, además era cristiana y vestía con tejanos. Después de la formación, abordé el tema con la madre y mi sorpresa fue que ella estaba cortada».*

Otra profesional de pediatría, explicaba que atendía a una niña nacida en Cataluña cuyos padres eran de Egipto (91% de prevalencia). Al recibir la formación abordó el caso con la familia y la madre le explicó que ella estaba cortada, al igual que sus tres hijas que habían nacido en Egipto y que el corte se lo había realizado su médico en una clínica antes de venir a España. La pequeña, al haber nacido en Cataluña, no tenía la MGF. Veía una oportunidad para abordar el caso y prevenir la práctica en la hija menor, aprovechando la buena relación que se había establecido entre ellas.

El tercer caso que destacamos es el de una matrona que al explicar las consecuencias de la MGF en la salud comenta que efectivamente, en los partos que ha atendido de mujeres subsaharianas, todas sufrían desgarros y complicaciones. Manifiesta que las mujeres asumían con naturalidad estas consecuencias, mientras que ella veía que eran por la MGF. Sin embargo, reconoce que no abordó el tema, simplemente atendió las consecuencias. Tampoco lo registró en la historia clínica, ni como antecedente, ni como problema derivado de los desgarros.

El cuarto caso se explica en el marco de un grupo de formación interdisciplinar en el que hay pediatras, matronas, médicos de familia y comunitaria, educadoras sociales, etc. El grupo de ginecólogas y matronas manifestaban que no habían visto a mujeres mutiladas. Además, las matronas comentaban que ellas realizaban los controles del embarazo y que nunca lo habían detectado. Sin embargo, en el mismo grupo una pediatra que aborda el tema con una familia de Nigeria explica que la madre está cortada y que su hija había nacido en Cataluña, en el mismo municipio, por lo que las matronas lo deberían haber visto y no fue así. Quizá esta misma situación se haya dado en otros casos, por lo que no es de extrañar que continúe siendo una práctica invisible a los ojos de los y las profesionales de medicina.

El último testimonio, es el de un jefe de ginecoobstetricia de un hospital que ha atendido a mujeres subsaharianas en los partos. Según él: «Estoy tan pendiente del canal del parto, de que salga el bebé, que no he mirado más arriba». Si presenta complicaciones se limita a solucionarlas, sin buscar la etiología de las mismas. Por lo que si debía realizar una cesárea, delante de un parto prologado, se realizaba o si debía realizar una episiotomía, cortaba.

b) Factores de procedimiento

Se han detectado problemas en el sistema informático ECAP que utilizan más del 80% de los proveedores de salud de Cataluña. El marco del programa preventivo pediátrico marca por defecto «genitales normales». Podría darse el caso de que no se realizara la exploración genital, por el motivo que fuera, y que la menor presentara una MGF realizada. Sin embargo, quedaría en la historia clínica como «genitales normales».

Este aspecto es de especial interés por las consecuencias legales que podría acarrear en casos de niñas reagrupadas que vienen con la práctica realizada. En esta situación, según este sistema, se debería marcar «genitales anormales» y en el descriptivo explicar el problema. Por ejemplo:

«Se detecta una MGF tipo 2, con afectación en los labios menores. Por el momento no presenta complicaciones de salud relacionadas con la práctica. La madre, que está presente en la revisión, al preguntarle por el corte, manifiesta que se realizó en Gambia antes de venir a vivir a Cataluña. Se abordará el tema en profundidad en la próxima visita, puesto que en la familia acaba de nacer otra niña». Caso ficticio.

Además, se podría codificar el problema con el código N.90.81 «MGF». Si este registro no se realiza, otra profesional puede detectar la MGF y hacer un parte de lesiones, acarreando todas las consecuencias legales de haberse realizado, erróneamente, en España¹⁸⁷.

El segundo problema detectado tiene que ver con la dificultad para poder registrar el código N-90.81. El profesional que ha recibido formación sobre el tema y que decide

¹⁸⁷ Capítulo 7. Evaluación del Modelo. Punto 3. Impacto del Modelo GC. La MGF como un problema de violencia machista. 3.4. Sentencias. Ver Caso Vilanova i la Geltrú (2013).

codificarlo debe sabérselo de memoria, ya que «Mutilación genital femenina» no aparece en el buscador. En su lugar, aparece el código S.38.2 «Amputación traumática de órganos genitales externos», que fue el código que se empezó a utilizar previo al N-90.81.

Cabe destacar que el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya no es consciente de estos problemas y solicita al Institut Català de la Salut (ICS) la explotación de códigos N-90.81 «MGF» y Z.60.81 «Riesgo de mutilación genital femenina». El propio departamento manifiesta la dificultad que tiene para acceder a la información. Estos problemas son ajenos a la MGF. Vienen derivados de las reticencias del ICS a las posibles interpretaciones de los resultados en los medios de comunicación y en la opinión pública, como ya pasó con el tema de la malnutrición infantil a partir del cual se pidió la dimisión del Conseller de Salut¹⁸⁸.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«[...] Amb el registre aquest, uff, vaig trigar i vaig aconseguir les dades l'any passat, però aquest any, per un tema que va haver-hi de la malnutrició infantil, que es van confondre les dades, l'ICS està molt cautelós a l'hora de donar dades, de donar-nos informació, no perquè al final no la doni, sinó que l'has de demanar les xifres de jefe a jefe. Llavors ho hem demanat ja, però no estem aconseguint les dades encara. Llavors, aquí és quan ens reunim¹⁸⁹, -es un dels motius del perquè ens reunim, per discutir això, no? I que sempre m'estan demanant, no? que sigui salut qui doni les dades, perquè salut hauria de ser qui tingués aquesta informació, no?»

Transcripción entrevista P44,
representante del Departamento de Salud, en la *Comisión Interinstitucional contra la
Violencia Machista*.
Barcelona, 24 de julio de 2014

¹⁸⁸ Catalunya Plural, ed. (2014) La Generalitat admite ahora 660 casos de malnutrición infantil relacionados con la pobreza. *Eldiario.es*, *Catalunyaplural.cat* 6 de febrero de 2014. [En línea] http://www.eldiario.es/catalunya/Generalitat-malnutricion-infantil-relacionados-pobreza_0_226077759.html [Consultada: 25.07.2014]

¹⁸⁹ Refiriéndose al grupo de trabajo de MGF de Cataluña, en el marco de la Comissió Interinstitucional contra la Violència Masclista. Ver capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña. Punto 4. Comisión responsable de la supervisión de la actuación ante la MGF en Cataluña.

7.2. Dilema ético de los y las profesionales frente a la clasificación

Se han detectado reticencias a la codificación relacionada con la criminalización, el control y la persecución (Foucault, 1975) de las familias y las consecuencias derivadas de una posible denuncia, tanto para la menor como para su familia. Estaríamos frente al dilema «criminalización-estigmatización *versus* integración» (Kaplan, A., Toran, P., Bermudez, k. y Castany, M^a J., 2006,208).

Algunas profesionales manifiestan no estar de acuerdo en poner «etiquetas diagnósticas» sobre la MGF en la historia clínica, porque piensan que otros profesionales que tengan acceso no tienen porqué saber que esta mujer está mutilada. Piensan que es una forma de estigmatización, pese a que se pueda contemplar como un antecedente que afecte a su salud. Otras profesionales se han mostrado reticentes a la codificación, no al registro descriptivo, puesto que facilitaría el acceso por parte de otros profesionales a la historia clínica de mujeres, adolescentes y niñas que tengan los diagnósticos de «MGF» o «riesgo de MGF».

Pese a que legalmente la entrada en la historia clínica solo está permitida a los y las profesionales que atiendan directamente a estas personas, se han detectado, a través de las entrevistas con los y las profesionales, que para rellenar los cuestionarios de Inmigración y, según mi opinión, para llevar a cabo el «modelo de control¹⁹⁰», cualquier profesional del centro de atención primaria entra en ellas. Algunas profesionales no están de acuerdo con este «control» y esta «presión». A continuación se transcriben tres testimonios de profesionales de salud que explican por qué motivos se puede dejar de codificar y/o registrar en la historia clínica la MGF.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«[...]No vull dir, molt desagradable, de fer-me autèntiques putades, de si tu estàs treballant en un poble que es diu X i jo en un poble que es diu X, ella encara que sigui via informàtica no té que entrar a una historia clínica d'un usuari meu i posar "aquesta nena ha viatjat a Gàmbia, algú s'ha preocupat de com ha tornat, d'aplicar el protocol?. I aquella nena tenia el protocol fet, estava escrit més endarrere. Havia anat i havia tornat amb els genital íntegres, i

¹⁹⁰ Ver capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña.

jo havia escrit: -a quien le pueda interesar-, que miri tres fulles enrere perquè s'ha aplicat". Aquests nivells no es pot treballar. Pots entrar a la història clínica d'un usuari que no sigui el teu, però és il·legal i vaig tenir que fer una fotocòpia d'aquella historia i anar al director i dir-li: mira, jo així no puc treballar, perquè m'estan espiant ... i és molt desagradable, és molt dur i és molt trist arribar a això.

»[...]Hi ha una casella que posa -secret professional- o una cosa així. Allà pots posar algo que no vols que es vegi . Per exemple, tenia una assistenta social, que es ficava a la historia clínica, dia rere dia, en tot el que escrivia i jo estava fins el gorro. Llavors jo clicava en la casella, perquè no entrés i no es fiqués amb tot el que jo escrivia , perquè em sentia fiscalitzada amb tot el que escrivia respecte aquesta família. No tenia perquè perseguir aquella família d'aquella manera».

Transcripción entrevista P2, profesional de pediatría
06 de marzo de 2014

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«[...] amb la masculina, que pot ser per intervenció mèdica o per ritual, la utilitzem perquè no està "demonitzada". Llavors, una mutilació si la codifico, poso en observacions, previ a l'arribada al país. Així es pot utilitzar, però ara, sàpiguen que hi ha aquesta llei, no sé si ho posaria. Al inici no es codificava, jo pens, perquè no es volia estigmatitzar. [...] amb els codis, només de pensar amb els Mossos i que facilités l'accés a la família, prefereixo deixar-ho registrat al descriptiu, i si algú ho vol mirar, haurà de mirar, dia per dia.

[...] Demanaven el número de nenes. Segons una professional, em va dir que -la mossa d'esquadra X, ha exigít aquestes dades-, en aquell moment, demanava als professionals de salut aquestes dades, - y como no, habían de colaborar con "la ley "».

Transcripción entrevista P1, profesional de salud
05 de diciembre de 2014

Otro profesional de salud explica que sin el saberlo, los Mossos d'Esquadra realizaron un oficio, por un caso detectado en su servicio, de una niña acabada de llegar de Senegal con una MGF. El profesional dio a las Mossas d'Esquadra los datos de la niña. Según él, porque una semana antes, se habían presentado en el centro de atención primaria, como abanderadas de la MGF y que trabajan en red para la prevención, por

lo que según argumenta, a cerca de lo que le dijeron las mossas: *«intentaban tenerlo registrado, pues en caso de que si se iban al país, harían un poco más de seguimiento»*. Nunca pensó que las Mossas d'Esquadra harían un oficio sin comunicárselo.

Según el propio protocolo de la Generalitat (2009), la actuación frente a este escenario, sería ofrecer atención y educación sanitaria para prevenir futuras MGF. *«Si la menor tiene hermanas más pequeñas, explorarlas y si no han sido mutiladas, poderlo en conocimiento de los servicios sociales para hacer una prevención activa»* (2009: 24), por lo que no dice en ningún momento, ponerlo en conocimiento de los cuerpos de seguridad, ni realizar un parte de lesiones. Ver Capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya.

Este caso desencadenó en un proceso judicial, por el cual tuvo que testificar el profesional y la familia. A partir de este caso, algunos profesionales del centro de atención primaria dejaron de registrar la MGF en la historia clínica.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«[...] i ahir varen detectar un altre, anem detectant. I tot això què ha provocat? Encara silenciar-ho més tot».

Transcripción entrevista P26, profesional de salud. 30 de octubre de 2014

Pese al dilema «criminalización-estigmatización *versus* integración» y los problemas que ocasionados en la comunidad y profesionales, el no registro provoca la invisibilidad del tema. Además, puede detectarse la MGF con posterioridad y realizarse un parte de lesiones con todas las consecuencias legales que implique. Al no figurar ningún registro anterior, se podría pensar que la práctica se ha realizado en España, como es el caso de la sentencia de Vilanova i la Geltrú (2013)¹⁹¹.

¹⁹¹ Ver Capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Punto 3.4. Sentencias.

8. CONCLUSIONES

Destaca la muy baja detección de mujeres que han sufrido una MGF (0,20 % de la población diana), a pesar de la elevada prevalencia de MGF en Gambia (76%), Senegal (28%), Nigeria (21%), Mali (89%) y Guinea Conakry (96%) (UNICEF, 2013). Existen varios motivos por los cuales se da una baja detección:

1. Las mujeres afectadas no consultan por problemas derivados de la MGF, sino por sus efectos secundarios.
2. Los y las profesionales de salud no están lo suficientemente formados para detectar, atender y prevenir la MGF.
3. Algunos profesionales son contrarios a la codificación diagnóstica de la MGF por riesgo de estigmatización. Otros han argumentado que no codifican el problema, por el mal uso que se ha realizado en la Historia Clínica. Ya que la codificación facilita la detección de las mujeres y niñas y provocó el control y su persecución por parte de otros profesionales.
4. En estos países se practica principalmente la MGF tipo I y tipo II. El tipo I, cuesta detectarlo según los y las profesionales.
5. Existe infracodificación diagnóstica no sólo en cuanto a la MGF, sino en el resto de problemas médicos.

Se observa una baja codificación en general, hecho que visibiliza la punta del iceberg y demuestra el largo camino que hace falta recorrer a favor de la detección, la atención y la prevención de la MGF. Solamente la verdadera formación sobre el tema podría mejorar la intervención para ayudar a reducir la MGF. Por parte de la administración se deberían garantizar los siguientes aspectos:

1. Formación sistematizada
2. Asesoramiento en la intervención
3. Evaluación del proceso

4. Consenso claro por parte de la administración de que no se hará un mal uso de la historia clínica. Se han dado algunos casos en los que se ha accedido a la historia clínica a instancias de Interior. Frente a ello, algunos profesionales no codifican por miedo a la persecución legal de la familia.
5. Monitorización de la intervención a través de la codificación.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN CATALUÑA

LAS DOS CARAS DEL MURO.

Introducción

Este capítulo plantea un análisis histórico de la mutilación genital femenina en Cataluña, imprescindible para entender la situación actual y las políticas que se llevan a cabo. Dividiremos el período de estudio en tres fases: años 90, 2000-2004 y 2005-2008. Estos cortes temporales, que no se corresponden con las etapas del gobierno catalán, se realizan intencionadamente para poner de manifiesto una misma línea de actuación, pese a los cambios políticos que redirigen un gobierno de derechas hacia uno de izquierdas plural.

Los años 90 se caracterizan por el aumento y la consolidación de la migración procedente del África Subsahariana, iniciada en la década de los 70. Con la reagrupación familiar se detectan los primeros casos de MGF en niñas y se desata la polémica en la opinión pública. En este período se fundan las primeras asociaciones de mujeres africanas en Cataluña y con ellas, se inicia el diálogo sobre la práctica. Son unos años complicados en los que confluye el relativismo cultural frente a la criminalización y estigmatización de la población africana. En este escenario, la academia catalana advierte que la MGF es una temática tremendamente compleja que debe ser tratada cuidadosamente. Este aspecto se tilda de relativismo cultural, sin entender que el hecho de explicar la práctica, no significa defenderla. En este período se gesta el Modelo Wassu.

El segundo período, que comprende entre los años 2000 y 2004, se caracteriza por la respuesta institucional de la administración catalana frente a la MGF. Se modifica la legislación para focalizar la práctica, se realiza el primer protocolo de actuación y se empieza a controlar y perseguir a las familias que viajan al país de origen. «A un lado del muro» se gesta en las comarcas de Girona, territorio embrionario de las Mesas de Prevención de la MGF como herramienta para desplegar el protocolo catalán. Coincide con el *boom* migratorio extracomunitario y mientras desde el gobierno central se aprueba la ley de extranjería, la administración catalana organiza eventos para mostrar una Barcelona plural, cosmopolita y abierta a otras culturas. Como símbolo de ello es el evento Fórum de las Culturas, que acaba siendo una fachada de especulación

urbanística y de reclamo turístico. «Al otro lado del muro» se crea el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de la MGF (GIPE/PTP), que realiza un estudio sobre la situación en tiempo real de la MGF.

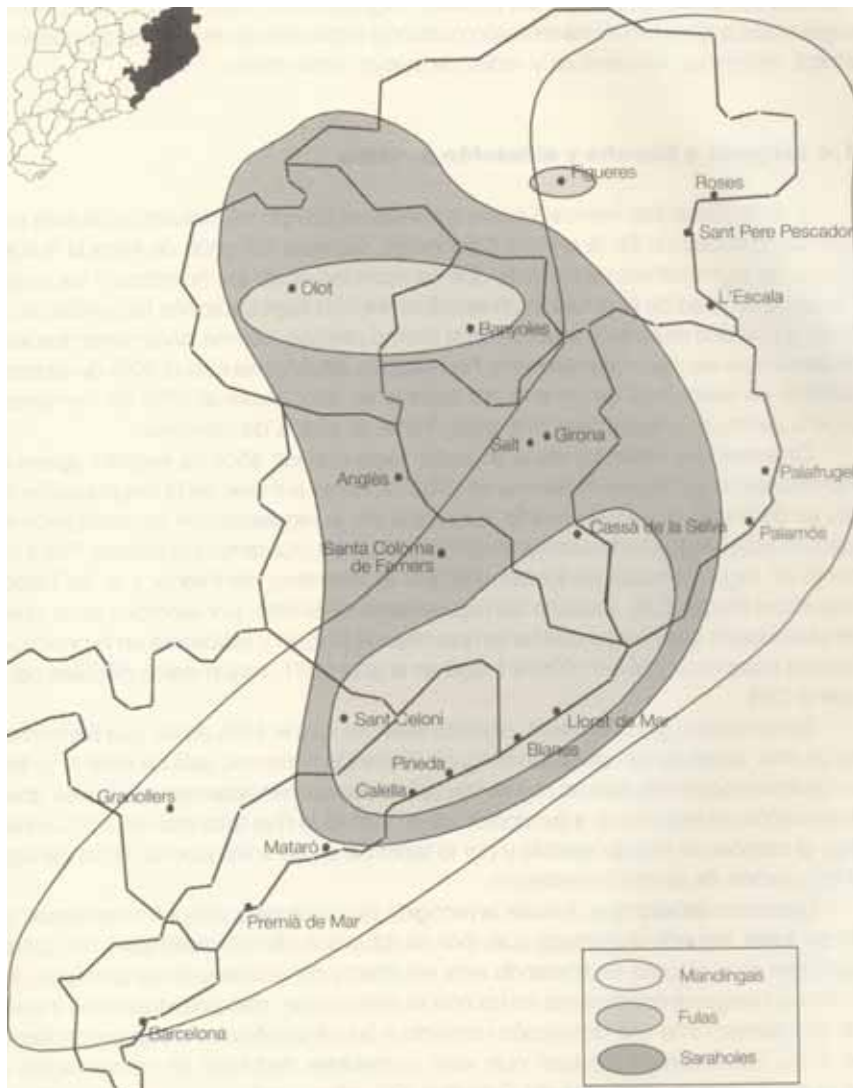
Por último, el tercer período corresponde del año 2005 al 2008. Caracterizado por la consolidación de los dos modelos de intervención ante la MGF estudiados: el Modelo Wassu, con la puesta en marcha del Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada para la Prevención de la MGF, cuyo embrión comienza a desarrollarse en 1987, y el Modelo de la Generalitat de Catalunya, con la puesta en marcha de las Mesas de Prevención de la MGF en 2008, en la provincia de Girona, en el marco de la ley autonómica, 5/2008, que considera la MGF como una forma de violencia machista.

1. AÑOS 90. VISIBILIDAD DE LA PRÁCTICA CON LAS MIGRACIONES. PRIMEROS CASOS

En los años 90 Cataluña era la comunidad autónoma que concentraba más población procedente del África Subsahariana que practica la MGF, en especial de Gambia y Senegal. La primera ruta migratoria pasaba por Nigeria, desde donde se tomaba un vuelo directo de la compañía Iberia que conectaba Lagos con Madrid. En aquella época no había la necesidad de tener un visado de entrada. Desde Madrid venían a Cataluña para cubrir la necesidad de mano de obra en el campo catalán (Kaplan, 1998:92).

Según Kaplan, los primeros migrantes de etnia mandinga se asentaron en poblaciones costeras cercanas a Barcelona, destacando los municipios de Premià de Mar, Premià de Dalt y Mataró. Los saraholes lo hicieron en la provincia de Girona, destacando los municipios de Salt, Olot, Banyoles, Arbúcies y Santa Coloma de Farners. Y los fulas en Calella, Pineda de Mar, Malgrat y la provincia de Lleida. A continuación podemos ver el mapa de la localización étnica en Catalunya realizada por Kaplan, 1998:95).

Figura 19. Mapa Localización étnica en Cataluña



Fuente: (Kaplan, 1998:95)

Kaplan destaca tres etapas migratorias. La primera empezó a finales de los años 70 con la llegada de migrantes senegambianos¹⁹². Es la época del éxodo del campo a la ciudad y se necesita mano de obra que cubra los puestos de trabajo que quedan vacantes. Los africanos los ocuparán a cambio de sueldos bajos. La segunda etapa se corresponde con los años 80, incrementada con la llegada de nuevos contingentes. Y la tercera y última se corresponde con la década de los 90 y los procesos de reagrupación familiar (Kaplan: 1998).

¹⁹² Senegambia, región geográfica que abarca Senegal y Gambia, a partir de los 1989 se separan (Kaplan, 1998:35-38)

Con el aumento de las migraciones se visualiza la MGF en Cataluña. Profesionales de salud detectan y denuncian dos casos de MGF practicada a niñas en 1993, uno en Mataró y otro en Salt. Ambos casos fueron absueltos por la fiscalía, alegando la no intencionalidad de lesión por parte de los padres gracias al peritaje antropológico en el que participa Adriana Kaplan y al error de prohibición (Kaplan, 2006;1998). A continuación se explican los dos casos y la reacción causada en los medios.

a) El caso Mataró (1993)

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«El cas més flagrant que recordo és del gener de 1993, que de fet va ser la primera mutilació genital que es va detectar aquí a Catalunya, i la vaig rebre jo a la consulta, d'entrada,..., sense saber què era una mutilació. Vull dir, es va presentar la mare amb dos nens més petits, i quan ja sortia per la porta, la mare em pregunta; “¿Qué hay que dar para un anèmia?. I jo li vaig dir: “¿Quién tiene una anemia?. I llavors, va dir: “Mi hija”. Llavors, va venir l'endemà. Va venir una nena de 9 anys, una nena que realment era de..., de procedència de Gàmbia, o sigui, de color, diem-ho clarament, negre, i que realment estava pàl·lida, blanca. L'exploro, pensant que allà hi havia una malaltia important. Vaig preguntar per on sagnava, em va dir que per enlloc. En aquells moments jo no vaig explorar els genitals, ni pensament d'això, i aquesta nena va ingressar a l'hospital. Tenia una anèmia important, amb una hemoglobina de 5. Aquest va ser el primer cas, que posteriorment va sortir als mitjans de comunicació, als diaris, i a partir d'aquí va sortir que aquí hi havia aquest problema, no? Doncs, es va començar a conèixer. Jo com aquest cas no he viscut, res més¹⁹³.»

Transcripción entrevista P34, profesional de la salud
Provincia de Barcelona, 02.06.2010

En 2001 Julia Roperó opina sobre el desarrollo del caso¹⁹⁴.

¹⁹³ Entrevista realizada en 2009, a la pediatra que detectó el caso. Recogido en, Mangas, A. (2010), *op. cit.*

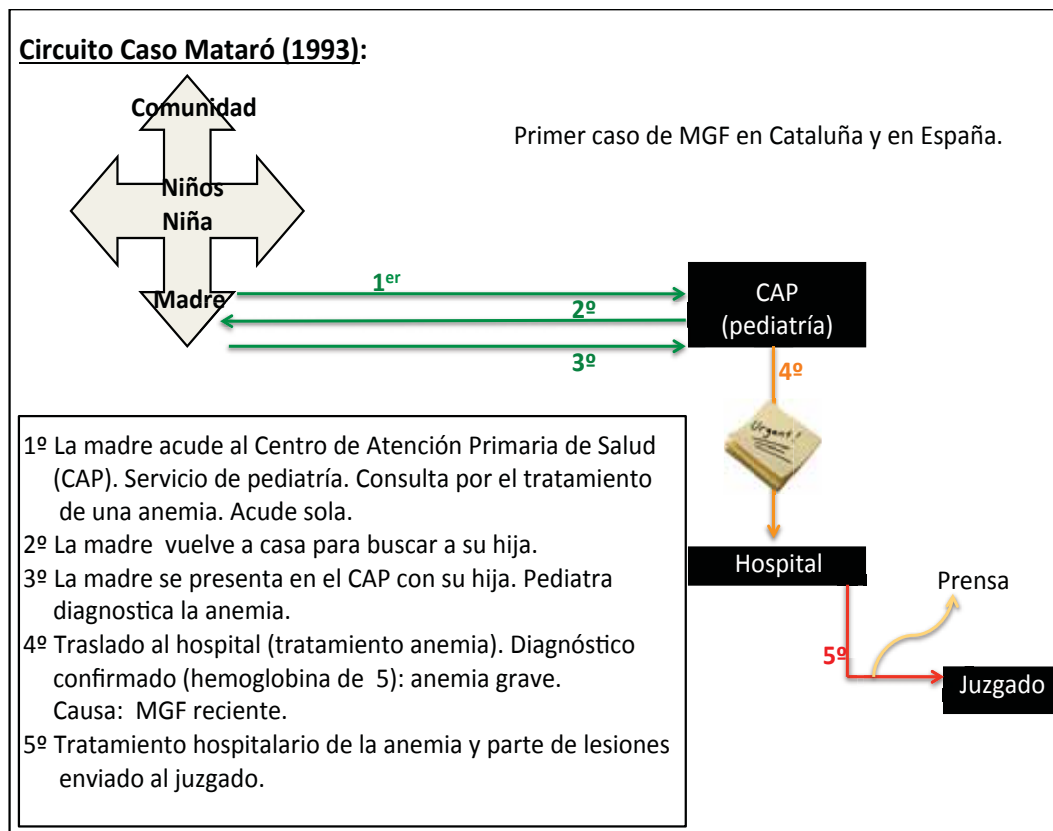
¹⁹⁴ Roperó, J. (2001) *El derecho penal ante la mutilación genital femenina*, Diario 5383 de 26 de septiembre de 2001, Editorial La Ley, Madrid.

Miradas profesionales. Ámbito jurídico

«Fue que no se pudo incriminar a la autora material de los hechos porque había huido, y los padres fueron exculpadados porque el juez consideró que no había animus laedendi o no había tenido intención de hacer daño. [...]. La decisión de absolución fue en parte gracias al peritaje antropológico realizado por Adriana Kaplan. [...] Ambos progenitores facilitaron y promovieron la intervención rituarial, no solo con el absoluto convencimiento, de que la imputación en modo alguno suponía un ataque a la integridad física de su hija, sino que incluso no llegaban a considerar al órgano afectado como tal (...) la propia madre ignoraba en qué consistía la intervención, el órgano que se extirpaba y las consecuencias que se derivaban de la ablación, y ello a pesar de haber sido sometida al mismo rito en su país de origen. En cuanto al padre, desconocía y desconoce por completo en qué consiste la intervención al tratarse de un tema propio del sexo femenino y que no suele comentarse por pudor»

(Roper, 2001 y Kaplan y Bedoya, 2002: 22 y 23).

Figura 20. Circuito del caso de Mataró (1993)



Fuente: Mangas, A. (2010), *op. cit.*

b) El caso Salt (1993)**Miradas profesionales. Ámbito de salud**

«El primer cas que es va denunciar va ser aquí a Girona. Era de Salt la nena i es va detectar a l'ambulatori de Salt, però la denuncia va ser per una cirurgiana de l'Hospital Trueta. Era una mutilació feta a Gàmbia. [...] A la consulta va venir la mare amb la nena, derivada de l'escola, perquè s'havia detectat que la nena feia un mes que no volia jugar, que no parlava gaire i que la veien molt trista. Llavors la pediatra em va consultar el cas, perquè no sabia què li podia passar a la nena, a més no parlava gaire be. Vam tenir un problema idiomàtic i jo li vaig dir: "Tu t'emportes la mare i jo parlaré amb la nena". I li vaig dir a la nena: "Vamos a pintar". La nena va pintar un cotxe, un arbre, una nina. Llavors, jo li vaig agafar els colors i vaig pintar pomes a l'arbre i ella va agafar un retolador vermell i va taxar la zona genital de la nena. Llavors, jo no havia sentit parlar de la MGF, tampoc teníem tanta població a Salt. Vaig entrar a la consulta de la pediatra i li vaig dir: "Hem de mirar els genitals d'aquesta nena" i em va demanar "¿por qué?" i li vaig dir "ya te lo explicaré". Al mirar els genitals, tenia una ablació del clítoris. A més presentava febre i podia presentar un problema renal, pel que la vàrem derivar urgentment al Hospital Trueta. [...] En aquell moment, no hi havia protocol ni estava prohibida la MGF realitzada al país d'origen, la cultura era la cultura. Tindria uns 8 anys, havia nascut a Salt, però havia anat de vacances a Gàmbia i a la tornada del viatge, és quan a l'escola varen detectar que estava trista, que no volia jugar, que quasi no menjava. Per mi, aquest cas va ser un punt d'inflexió, perquè no havia sentit parlar de la mutilació genital.

»La cirurgiana del Trueta em va trucar per demanar-me que què era això. I en aquell moment li vaig dir: "Està fet, si la denuncies potser l'expulsaran i marxarà allà, a la nena li trauran la mare i anirà a un centre de menors". En aquell moment, aquest tema no estava gens estructurat, no se sabia què s'havia de fer. Des de l'Hospital es va denunciar com a maltractament, que finalment va ser absolut, gràcies a la mediació, que va fer l'Adriana Kaplan. La nena es va quedar amb la mare i no li va passar res. Per ella era el millor que li podia fer a la seva filla, i de moment va quedar absolut, perquè era una pràctica que es feia pel bé de les nenes, que tampoc em semblava bé, però en aquell moment era el primer cas. Com a professional vaig detectar i vaig continuar fent educació sanitària per tal de prevenir la pràctica, informant les famílies.»

Transcripción entrevista P2, profesional de la salud
Provincia de Girona, 06.03.2014

1.1. Debate sobre la ablación/MGF en la opinión pública

A principios de los 90 se debate públicamente sobre el tema de la MGF a caballo entre el relativismo cultural y el universalismo¹⁹⁵, acompañado de un racismo camuflado bajo la noción de cultura. En 1993 la prensa se hace eco de los dos casos en el artículo «África en el Maresme. Las mutilaciones del clítoris, un ancestral rito que se sigue practicando a las hijas de emigrantes»¹⁹⁶, publicado en *El País* el 7 de marzo de 1993. Pérez, además de exponer los dos casos, presenta el marco conceptual de la MGF y recoge la mirada antropológica de Adriana Kaplan, que explica la práctica. Kassira Yai, portavoz de la Asociación de Africanos en Cataluña, manifiesta: «Si algún padre se cree en el deber de hacerlo, es mejor que viaje a su país de origen»¹⁹⁷, para evitar las consecuencias legales en España.

Este año se desata la polémica entorno a la MGF en los medios de comunicación en los que participa la academia catalana bajo la mirada antropológica. Destacamos del 27 de abril de 1993 las «V Jornades sobre immigració i Diversitat Cultural», organizadas por el Institut Català d'Antropologia (ICA), donde participan las antropólogas Dolores Juliano y Adriana Kaplan, junto con Roman Weiss. Los tres explican el contexto antropológico de la práctica, las razones que la sustentan y advierten que es un tema que se debe tratar con delicadeza y cautela.

Al día siguiente, se publica en *El País* «Tres antropólogos defienden la ablación de clítoris de emigrantes africanas»¹⁹⁸, en el que Caterina Miloro da una visión distorsionada, al considerar que la explicación de la práctica desde la mirada antropológica defiende la ablación del clítoris y que «la antropología, en nombre del relativismo cultural es capaz de defender hasta el apartheid en Sudáfrica». A este artículo le siguió otro artículo, de M.J. Aubet, publicado también en *El País*, en el que manifestaba que desde su opinión la práctica era una «barbaridad». Adriana Kaplan

¹⁹⁵ Ver Rodríguez, D. (2002) *Las mutilaciones genitales en la población senegambiana en Cataluña y África: El debate entre universalismo y relativismo cultural*. En: González, A. y Molina, J.L. (coords.) *Abriendo surcos en la tierra. Homenaje a Ramón Valdés del Toro*, Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, pp. 79-102.

¹⁹⁶ Pérez, M. (1993) *África en el Maresme. Las mutilaciones del clítoris, un ancestral rito que se sigue practicando a las hijas de emigrantes*. *El País. Edición Cataluña*, 7 de marzo de 1993.

¹⁹⁷ En 1993, pese a que se podía juzgar la práctica de la MGF realizada en España, bajo el delito de lesiones, no quedaba claro, la persecución de la misma, realizada fuera de territorio español. No es hasta el 2005, con la LO 3/2005, que se manifiesta la persecución extraterritorialmente.

¹⁹⁸ Miloro, C. (1993). *Tres antropólogos defienden la ablación de emigrantes africanas*. *El País. Edición Cataluña*, 28 de abril de 1993.

responde en otro artículo también en *El País* «Debate sobre la Ablación. El clítoris y las Mutilaciones»¹⁹⁹. Con estos tres artículos se desata la polémica entre los que contextualizan la práctica y manifiestan la necesidad de profundizar en su conocimiento, y los que acusan de justificarla, como Miloro y Aubet, que se limitan a condenarla y la criminalizarla (Kaplan, 1993, 1998:80; Álvarez 1993: 11; San Román, 1996: 116-119; Rodríguez, 2002: 9).

1.2. La mirada política y la mirada de las asociaciones de mujeres africanas

En 1997, la MGF se vuelve a poner en el ojo de la mirada pública con la publicación del reportaje «La ablación»²⁰⁰, en el dominical *Magazine de La Vanguardia*. El reportaje de Isabel Ramos se ilustra con las fotos de Kim Manresa, mostrando explícitamente el dolor del ritual. Una foto publicada gana un año más tarde el Premio Godó de Fotoperiodismo. Se vuelve a publicar en varios medios.

El mismo magazine aprovecha para organizar una exposición del trabajo de Manresa en el centro comercial Fnac el Triangle, en pleno centro de Barcelona, con el título de «Imágenes para la esperanza». El programa explica que se trata de una exposición que denuncia las violaciones de los Derechos Humanos. El título de la exposición «El día que Kadi perdió parte de su vida» y muestra la foto de la niña en el suelo, con las piernas encogidas, tapándose los genitales y llorando. Le acaban de practicar la ablación. Su cara de dolor habla por ella misma y la mirada occidental la cataloga exclusivamente desde la barbarie. Este reportaje tuvo un gran impacto en la mirada pública hacia las mujeres africanas que residían en Cataluña. Una mediadora senegalesa, lo explica en una jornada:

Miradas profesionales. Ámbito de la mediación intercultural

«La consciència, jo quan vaig arribar a ser conscient de la mutilació genital femenina, recordo algunes jornades, però recordo que anava al cotxe amb un company de feina i em va parlar de la notícia de la mutilació, “això que feu de la mutilació, que bàrbar! I com és que talleu les nenes?”, m’ho va dir tan brutal, que li vaig dir, això és normal a la nostra cultura i

¹⁹⁹ Kaplan, A. (1993) Debate sobre la Ablación. El clítoris y las mutilaciones. *El País*. Edición Cataluña, 11 de mayo de 1993.

²⁰⁰ Ramos, I. y Manresa, K. (1997) La ablación. *Magazine, La Vanguardia*. Edición Cataluña, 23 de noviembre de 1997.

vosaltres no n'heu de fer res. Jo en aquell moment no tenia consciència de les conseqüències de les mutilacions, perquè per mi allò era totalment normal, perquè tot el meu entorn això estava normalitzat, després i quan vaig arribar a unes sessions em van explicar les conseqüències i me les van explicar d'una manera que les vaig entendre i vaig començar a tenir sensibilitat, fins a començar a lluitar perquè això no els hi passi a altres nenes. Fins que no vaig ser conscient de les conseqüències, per mi no era... Per això és tan important tot el tema de sensibilitzar, que la gent sigui conscient perquè no li vulgui fer a les seves filles.»

Transcripción de una mediadora senegalesa, que reside en Cataluña desde hace 20 años.
Miembro de una asociación de mujeres africanas.
Jornada de la Generalitat de Catalunya 2015.

El 5 de marzo de 1998 la televisión pública catalana emite el reportaje «Som racistes els catalans?»²⁰¹» dentro del programa *Domini Públic*, dirigido y conducido por el periodista Ramon Pellicer. Participaron como invitados el antropólogo Manuel Delgado, el psiquiatra Joseba Atxotegui y el ingeniero agrónomo Josep Miró. Pellicer inicia el programa diciendo:

Hoy hablaremos sobre la diversidad, la integración y sobre la aceptación o no de las diferencias de la inmigración. Ayer mismo detuvieron a 85 marroquíes que habían llegado a nuestra costa de forma ilegal. La inmigración, pero, provoca otros problemas. Una vez establecidos aquí, el choque cultural se hace notar.

Acto seguido, presenta a los invitados de la mesa y al público compuesto por mujeres y hombres de Gambia, Senegal y Marruecos, entre otros. Según Delgado, «el programa expone de cada colectivo de inmigrantes, ejemplos conflictivos que puede ocasionar la multiculturalidad». De los africanos se presenta la ablación, de los marroquíes sus reuniones, el olor de sus cocinas y el canto de sus oraciones, y de los dominicanos las molestias que ocasionan cuando ponen la música en sus casas. Son aspectos culturales específicos de un grupo, separados de su contexto y del resto de prácticas vitales y generalizado a todos sus miembros.

La multiculturalidad no se puede presentar así, si se quiere crear un debate constructivo. Ahora bien, si lo que se pretende es estigmatizar a los Otros, entonces se consigue, centrándose en los temas que generan conflicto tal y como se hizo en el

²⁰¹ Pellicer, R. (1998) *Programa Domini Públic: Som racistes els catalans?*. Reportaje emitido por el canal TV3, 5 de marzo de 1998, 1 hora [DVD].

programa. Manuel Delgado, disconforme con lo que se estaba enunciando comentó: «Si lo convierte en un experimento de un crucis de una conducta, llegará a la conclusión de que, la ablación, en este caso, es una prueba inequívoca que los inmigrantes son conflictivos».

Se presentó el caso de una niña de ocho años nacida en el Maresme de padres africanos que había sido «ablacionada»²⁰². Se expusieron los datos de la población africana censada en Cataluña en 1996 (36.408 africanos) y se emitió el reportaje de Kim Manresa. Acto seguido, una mujer africana, líder dentro de su comunidad, que había sido invitada para hablar de la integración, fue incomodada por el presentador Ramón Pellicer, centrándose exclusivamente en la ablación, incomodando también al público africano por el trato.

Esta mujer había sido invitada para hablar integración, sin embargo se encontró en medio de un debate sobre MGF con preguntas tan íntimas como «¿A usted le han practicado la ablación?» y afirmaciones como «Pero usted no puede tener un orgasmo». La entrevistada respondió muy hábilmente:

Miradas población afectada

«¿Por qué no? Mira, cuando se había practicado en el 93, pasamos una encuesta a diez mujeres africanas y diez mujeres catalanas, europeos que llamamos. Esas diez mujeres africanas, seis no sentían nada, cuatro sí que disfrutaban perfectamente la vida sexual. De las catalanas, cuatro no sentían nada y seis disfrutaban perfectamente sexualmente. Entonces, nosotras preguntamos a estas cuatro europeas, que no sentían, ¿qué, cual era su problema? porque tienen clítoris. Las mujeres africanas no sienten porque el problema es que no tienen clítoris. Entonces las mujeres europeas, que no sienten nada, ¿cual es su problema?. Y dicen, algún problema deben tener. Y las mujeres africanas, ¿no pueden tener el mismo problema que estas europeas?. Es que nosotros creemos que es un punto, tan íntimo, tan complicado, porque el sexo, todo el mundo, creo que todo el mundo, porque según mi cultura y la de todo el mundo, cuando practica el sexo, todo el mundo cierra la puerta.»

Programa televisivo *Domini Públic* «Som racistes els catalans?», 1998

²⁰² Esta es la expresión que utiliza el programa para la mutilación genital femenina.

A partir de este programa, se abre un debate centrado en la MGF y la forma de tratarla en los medios. Sutilmente en algunos y flagrantemente en otros, según Delgado «se potencia un racismo camuflado en la noción de «cultura» para decir lo mismo que decíamos antes, con la caduca noción de «raza»: que las diferencias humanas son irrevocables y que cada uno está en el lugar que le corresponde». Cuando se habla de cultura, se debería profundizar y contextualizar el tema, como ya proponían Dolores Juliano, Adriana Kaplan y Roman Weiss a principios de los 90. Si no es así, nos podemos convertir en cómplices de los nuevos racismos, que utilizan sistemáticamente la palabra «cultura» para mantener a cada uno dentro de su «prisión hereditaria», según Delgado.

Al día siguiente, se publica un artículo en *La Vanguardia*²⁰³ en el que SOS Racisme acusa al programa *Domini Públic* de aumentar el racismo en nuestro país. Le sigue otro de Teresa Cedrés en *El País*²⁰⁴ con el titular: «El programa *Domini Públic* de TV3 dedicado al racismo desata la polémica. El espacio indigna a colectivos de inmigrantes». Cedrés refuerza la opinión de SOS Racisme y presenta la indignación que desató el programa al colectivo de inmigrantes, a los invitados y a Jordi Sánchez, representante del partido político IC-EV en el Consejo de Administración de la televisión catalana, que expone: «*No me explico cómo una televisión pública puede afrontar la inmigración buscando el conflicto*» y en el que se compromete a pedir a TV3 que se disculpe. La dirección de TV3 se defendió argumentando que el espacio trató el tema «con máximo respeto y pluralidad» (cf. Cedrés 1998).

Estos dos artículos tuvieron respuesta por parte de Pellicer bajo el enunciado «Hay quienes combaten el racismo a costa de silenciar la ablación»²⁰⁵, entrevista que realizó en *La Vanguardia* y que manifiesta que no se arrepiente del enfoque del programa. Se defiende de las críticas diciendo que «el fin justifica los medios» y que «*es algo que se hace aquí, en el Maresme, cada año*»²⁰⁶, sin aportar pruebas. Delante de la pregunta

²⁰³ Redacción Barcelona (1998) SOS Racisme opina que *Domini Públic* fomentó el racismo sin querer. *La Vanguardia. Edición Cataluña*, 7 de marzo de 1998, página 12.

²⁰⁴ Cedrés, T. (1998) El programa *Domini Públic* de TV-3 dedicado al racismo desata la polémica. *El País, Edición Cataluña*, 8 de marzo de 1998.

²⁰⁵ Pellicer, R. (1998) Hay quienes combaten el racismo a costa de silenciar la ablación. *La Vanguardia. Edición Cataluña*, 10 de marzo de 1998, página 11.

²⁰⁶ Quizá se refería a que se producen MGF en niñas nacidas en Cataluña, cuando viajan al país de origen de sus padres. Comprobados, sólo se dan dos casos de MGF producidos en Cataluña el año 93.

sobre la crítica que recibió al centrarse sobre el tema de la ablación, manifiesta que invitó a una mujer que defendía la ablación para que explicara por qué se realiza, ya que desde la mirada occidental se ignoran los motivos (Cf. Pellicer 1998). Dicha mujer argumenta en una entrevista del 5 de mayo de 2014 que *«me invitaron a participar para explicar nuestra cultura, tenía que ser un programa para hablar de la integración y no de la MGF, un tema tan íntimo de las mujeres y presentado de la manera que se presentó. De haberlo sabido, no acudo al programa, me sentí engañada»*.

1.3. El embrión del Observatorio Transnacional de la MGF

El embrión del Observatorio Transnacional de investigación Aplicada para la prevención de la MGF se gesta en los años 90 sobre la base de la línea de investigación transnacional de la antropóloga Adriana Kaplan, que en 1987 había iniciado un trabajo de campo pionero origen-destino sobre las migraciones senegambianas en España. El primer equipo interdisciplinar se constituye en Salt entre 1992 y 1993 por un grupo de personas del ámbito de salud, servicios sociales y antropología. Estas profesionales, a la vez que participaban en la investigación que pilotaba Adriana Kaplan sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio, realizan talleres sociosanitarios con población migrante. Destacamos a la enfermera Granada Rebollo y la pediatra Nadete Viñamata, que habían participado en el caso de Salt (1993).

Este grupo de profesionales empieza a trabajar con la comunidad y con profesionales de primera línea. Es un trabajo laborioso, no reconocido por la Generalitat de Catalunya, pero no por ello menos brillante, basado en la investigación y la intervención social para atender y prevenir la MGF bajo un enfoque interdisciplinar, respetuoso, comprometido y riguroso. Granada Rebollo destaca que era un estilo diferente de trabajar, que no coincidía con el modelo que se estaba impulsando a principios del 2000 por la Generalitat de Catalunya.

El Centro de Atención Primaria de Salt, fue pionero en el abordaje de la práctica gracias a la iniciativa y el trabajo que hizo Granada Rebollo con la puesta en marcha de una consulta específica para abordar el tema con las familias. Era la consulta de Educación para la Salud y bajo este nombre y filosofía, atendía a las familias.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Era molt interessant, molt dur i esgotador alhora, perquè potser veia 15 homes i 8 dones en un matí. Eren entrevistes llargues. Citava als pares, a la mare, al pare i a les criatures. Si eren petites no, però si eren grans i volien venir, i els pares volien que jo li expliqués, idò encantadíssima. També hi havia noies adolescents que venien soles, que venien a dir que no volien ser mutilades. Tinc unes 400 entrevistes. Algun dia m'agradaria fer un treball per publicar-ho, perquè em sembla que és un material molt interessant, perquè son entrevistes directes, de moltes preguntes; de les ètnies, de les edats, les edats dels matrimonis, els fills amb un, amb l'altra, amb genogrames, amb les reminiscències del marit amb les altres dones, etc... En aquesta entrevista, abordava el tema de la mutilació, els hi demanava als homes, "què penses sobre això que se li ha fet a les dones?", ells contestaven, "es lo que nos hacen a nosotros" i jo li demanava, "¿qué es lo que os hacen a vosotros?. Aquí ells m'explicaven la circumcisió masculina i jo els hi feia veure, les diferències amb la pràctica, que li feien a les dones.»

Transcripción entrevista P2, enfermera
Provincia de Girona, 06.03.2014

A finales de los 90, los servicios sociales potencian la creación de asociaciones. Granada Rebollo junto con Mariama N'Dow funda la Asociación Yamarikafo²⁰⁷ en Salt, que a través del teatro, sensibilizaban sobre el tema de la MGF a la comunidad. Hay que destacar que a raíz de los dos casos, la comunidad africana se comprometió a no realizar la práctica en España.

Nacen otras asociaciones de mujeres africanas, sobre todo de Gambia y de Senegal, que realizan acciones de sensibilización para la prevención de la práctica y contribuyen al codesarrollo en las comunidades de origen a través de proyectos de cooperación. Destacamos a la Asociación Musukafo²⁰⁸ en Mataró, con Eva Bojang y AMAM²⁰⁹ en Barcelona, con Mama Samateh y Fatou Secka. En todas ellas, participó Adriana Kaplan, trabajando codo a codo con la comunidad, participando en sesiones y debates.

²⁰⁷ Yamarikafo significa en lengua mandinga, grupo de todos

²⁰⁸ Musukafo, significa en lengua mandinga, grupo de mujeres. Esta asociación se crea no sólo para trabajar la prevención de la MGF, sino para dar soporte a las mujeres en otros temas.

²⁰⁹ AMAM, Asociación de Mujeres Anti Mutilación.

Estas asociaciones se convierten en referentes para las mujeres del África Subsahariana en España, e intervienen en los debates para evitar los prejuicios sobre la práctica y la estigmatización de las mujeres africanas. Destacamos el artículo publicado en *El País*, «Mutilaciones femeninas»²¹⁰, del 5 de diciembre de 1998, en el que la asociación AMAM pide que se evite utilizar las palabras como «salvaje», «satánico», «intrusos hambrientos y esclavizados» al hablar de otras culturas.

En 2002, Adriana Kaplan y María Helena Bedoya presentan al Grupo de Interés Español (GIE) en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva el informe *Mutilaciones genitales femeninas, la respuesta del derecho*²¹¹, en el que se exponen cronológicamente los trabajos parlamentarios realizados en el Estado español para dar cumplimiento y desarrollar una legislación interna a los acuerdos adoptados por los organismos de Naciones Unidas y la «IV Conferencia de Mundial de las Mujeres en Pekín» (1995), así como las campañas de información y asistencia en materia sanitaria que se realizaban o se realizarían en un futuro inmediato.

La base, sobre la cual se gesta el Modelo Wassu tiene un enfoque vinculado al estudio de las migraciones, de la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio y a la transferencia del conocimiento en cascada circular y longitudinal. Los antecedentes de investigación-intervención social en España y Europa, que lidera como investigadora principal Adriana Kaplan eran:

- (1998) *European Network for the prevention of FGM*. Proyecto Daphne I.
- (2000-03) *Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España. Retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias*. I+D Instituto de la Mujer.
- (2002) *Mutilaciones Genitales Femeninas: respuestas desde el derecho y la política*. Grupo de Interés para el Estudio de la Población, GIE/Fundación CIDOB.

²¹⁰ AMAM (1998) Mutilaciones femeninas. *El País*, Edición Cataluña, 5 de diciembre de 1998.

²¹¹ Kaplan, A. y Bedoya, M.H. (2002) *Mutilaciones genitales femeninas, la respuesta del derecho*. [Documento no publicado, realizado para el Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE). Como uno de los resultados del Programa Daphne (2000-2003) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia contra los niños, los adolescentes y las mujeres. Iniciado dentro del Proyecto IDIL (*Instruments to develop the integrity of lases-* Instrumentos para proteger la integridad de las niñas). En: Comisión Europea (2002) «*Ciudadanía Carta de derechos fundamentales, Racismo y xenofobia*». Bruselas, 169 final.

- (2002-03) *IDIL: Instruments to develop the integrity of lasses* (Mapa y Guía). Proyecto Europeo Daphne I.
- (2003) *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to Female Genital Mutilation*. Proyecto Europeo Daphne.
- (2004) Documental *Iniciación sin mutilación*, presentado en el Fórum Mundial de las Mujeres. Barcelona.
- (2003-07) *Las MGF en España: identidad, derechos humanos e integración social*. Programa Ramón y Cajal, Ministerio de Ciencia y Tecnología. Dpt. Antropología Social y Cultural, Universidad Autónoma de Barcelona.

Posteriormente, se unieron al equipo profesionales de la comarca del Maresme. En esta comarca, Adriana Kaplan también había realizado trabajo de campo²¹² en el que se crearon relaciones personales que potenciaron el trabajo conjunto, dando respuesta a las necesidades de las profesionales que trabajaban en atención primaria.

Este fue el escenario, en el que a principios del 2000, se constituye el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, cuya investigadora principal es Adriana Kaplan. Está compuesto por profesionales del ámbito sanitario (pediatras, médicos de familia, enfermeras, ginecóloga y salud pública), trabajo social, pedagogía social, derecho y antropología, que empieza con rigor y entusiasmo.

A grandes rasgos, a principios del 2000, el GIPE/PTP trabaja en los siguientes aspectos: elaboración de materiales para profesionales: video²¹³ y guía para profesionales²¹⁴, formación a profesionales de atención primaria, análisis de casos producidos en Cataluña, análisis de encuestas Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de los y las profesionales y continua con el trabajo etnográfico en las sociedades de origen.

²¹² Kaplan, A. et al. (2000-03) *Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España. Retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias*. I+D Instituto de la Mujer, *European Network for the prevention of FGM*. Proyecto Daphne I "Lucha contra la violencia ejercida contra los niños, los adolescentes y las mujeres".

²¹³ Kaplan, A. y Risler, S. (2004) *Iniciación sin mutilación*. [DVD]. Barcelona, Ovideo, 34 minutos.

²¹⁴ Associació Catalana de Llevadores, ed. (2004) *Mutilación Genital Femenina: Prevención y atención*. Guía para profesionales. Barcelona, Proyecto IDIL, Programa Europeo DAPHNE. Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html [Consultado: 22.01.2016].

2. AÑOS 2000-2004. LA RESPUESTA DE LA ADMINISTRACIÓN CATALANA

Del 2000 en adelante, hay una respuesta institucional por parte de la Administración Catalana sobre esta situación. Entre las propuestas políticas, el Parlament es pionero en la aprobación de una resolución para erradicar la MGF. La Resolución 832/VI²¹⁵ aprobada por el Parlament de Catalunya en 2001, se realiza unos meses antes de la Resolución del Parlamento Europeo 2001/2015 (INI), en la que insta al Gobierno a hacer un plan de choque para erradicar las mutilaciones rituales femeninas a partir de medidas preventivas y asistenciales de los ámbitos de salud, servicios sociales y educación. Sin embargo, el gobierno catalán²¹⁶ focaliza la intervención en la puesta en marcha de mecanismos para el control y la persecución de la práctica (Foucault: 1975) a través de publicar protocolos y leyes, como veremos a continuación.

Unos meses antes, previa a la Resolución 832/VI, un juez de Girona retira el pasaporte a una niña de cuatro años por el riesgo de sufrir una MGF durante la estancia vacacional en el país de origen de sus padres. Este caso salta a la prensa junto con otros. Vemos la mirada médica a través de ellos. Según el artículo «La ablación de niñas se practican en España²¹⁷» publicado en *El País* los médicos habían denunciado hasta treinta casos de MGF, pero ninguno de ellos había prosperado. Una pediatra manifiesta que *«ahora la población va con más cuidado a la hora de practicar la ablación»*, otra profesional *«si se aborda como un hecho aislado vamos a fracasar. La solución llegará a largo plazo y cuando consigamos garantizar a estas mujeres una vida normal»* y advierte que la focalización en este asunto estigmatiza al colectivo subsahariano. Otro profesional, en otro artículo²¹⁸ se muestra crítico con la nula información que llega a los centros sanitarios sobre la atención que deberían recibir las personas «inmigrantes».

²¹⁵ Disponible en: <http://www.parlament.cat/document/nom/06b206.pdf> [Consultado: 2010].

²¹⁶ En el que gobernaba el partido político Convergència i Unió.

²¹⁷ Irujo, J.M. (2001) La ablación de niñas se practica en España. *El País, Edición Cataluña*, 29 de abril de 2001.

²¹⁸ Redacción Girona (2001). Un juez de Girona evita con ayuda de un juez la ablación a una niña de cuatro años. *El País, Edición Cataluña*, 30 de abril de 2001, página 30.

2.1. Marco político. Plan de acción [2001-04]

En 2001, la Secretaria para la Inmigración pone en marcha el *Pla Interdepartamental d'Inmigració [2001-2004]*²¹⁹, en el cual uno de los programas transversales de género era el *Programa de Prevenció de la MGF en els col·lectius de dones de països on es practica*²²⁰. El organismo responsable del desarrollo de este programa es el Institut Català de la Dona (ICD) y los departamentos colaboradores son la Secretaria de Inmigración, el Departamento de Salud, el Departamento de Educación, el Departamento de Interior y el Departamento de Bienestar Social.

El objetivo general de este programa es «prevenir la práctica de la MGF en aquellos colectivos de mujeres procedentes de países donde esta práctica era habitual» y el objetivo específico «ofrecer información sobre la MGF y sus consecuencias». Según la descripción del programa, se tiene que elaborar material encaminado a prevenir la práctica de la MGF y ofrecer sesiones informativas. El calendario previsto es 2001 elaboración del material, y 2001-2004 difusión y medidas de soporte, como acciones de coordinación con entidades de mujeres inmigrantes y/o entidades de mujeres, de zonas donde se concentrara un elevado número de personas migradas afectadas. Este programa planteaba evaluarse mediante los indicadores siguientes: número de ejemplares difundidos del protocolo de actuación de MGF, número de sesiones informativas realizadas, número de personas asistentes y recursos desplegados. Una evaluación que no valora el impacto de las acciones desplegadas²²¹.

2.2. Resultado del plan de acción. I Protocolo de Actuación para Prevenir la MGF

En 2002 la Generalitat de Catalunya presenta su primer Protocolo de Actuación para Prevenir la MGF²²², editado por la Secretaria per a la Immigració²²³ y elaborado por la Comisión Técnica interdisciplinaria de los Departamentos implicados: Salud, Educación, Bienestar Social, Justicia, Interior, el Institut Català de la Dona (ICD), la Subcomisión de Violencia Doméstica de Girona, del Grupo de Trabajo-MGF entre ellos Joan Mayoral de

²¹⁹ Secretaria per a la Immigració (2001) *Pla Interdepartamental d'Immigració 2001-2004*. Generalitat de Catalunya. [Plan aprobado en la sesión del Gobierno del día 18.07.2001].

²²⁰ Programa nº 8.2 del Departamento de la Presidencia. Página, 202-203. *op. cit.*

²²¹ No se ha solicitado, porque no se ha considerado relevante para esta investigación. El impacto de las acciones desplegadas se evaluará de 2011 a 2015, en esta investigación transversal.

²²² Secretaria per a la Immigració, ed. (2002), *op. cit.*

²²³ Dos años después de su creación, el 31 de agosto de 2000, en el que Gobierno de Catalunya aprueba su creación, adscrita al Departamento de la Presidencia.

la Dirección de Justicia de Girona y un grupo de profesionales, que había empezado a trabajar el tema a principios de los 90, en la provincia de Girona, entre ellos la pediatra Nadette Viñamata, la enfermera Granada Rebollo y la antropóloga Adriana Kaplan.

Es el primer protocolo del estado español en materia de la MGF. Este documento se visualiza en la Resolución 832/VI, en que el Parlament de Catalunya insta al Govern de la Generalitat a crear una comisión interdisciplinaria de expertos, para diseñar un plan de acción contra la práctica de las mutilaciones rituales femeninas en Cataluña. Se creó la comisión que realizó el protocolo. Sin embargo, el plan de acción se centró más en el control que en la prevención.

El marco legal del protocolo hacía referencia al marco legal vigente en la época, en el que la MGF se consideraba un delito de lesiones, haciendo referencia al artículo 147 del Código Penal. El principio de extraterritorialidad de la legislación penal en aquel momento, impedía que se castigara la práctica realizada en el extranjero. Sin embargo, el protocolo argumentaba que podía ser perseguible el acto preparatorio del viaje si se iba a realizar una MGF al considerarse la figura legal de «proposición y/o conspiración» que sí estaba tipificada en el Código Penal. De esta manera, un juez podía ordenar la aplicación de medidas cautelares como la retirada del pasaporte y la revisión de los genitales de la menor por un médico forense cada seis meses hasta la mayoría de edad. Por otra parte, el protocolo recoge en su introducción:

El abordaje preventivo de las mutilaciones genitales femeninas debe tener en cuenta que la vía judicial será el último escalón del proceso y únicamente se utilizará en aquellos casos, en los que las intervenciones de los operadores implicados, reconocidos en este protocolo, no hayan conseguido las garantías necesarias. (Secretaria per a la Immigració, 2007: 6)

En su intervención aparecen profesionales sanitarios, de servicios sociales de atención primaria, docentes y cuerpos de seguridad. Debe haber formación continuada para profesionales en colaboración con el Institut d'Estudis de la Salut (IES). Paralelamente, se propone la edición del protocolo específico Programa del Nen Immigrant²²⁴ como anexo del programa de pediatría Programa del Nen Sa²²⁵.

²²⁴ Este protocolo: Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del Nen Sa*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 64 páginas. Se editó en 2005,

La intervención con las familias y con la comunidad se proponía desde la educación sanitaria y en el marco del Programa del Nen Sa. En el caso que hubiera un viaje al país de origen, debía llevarse a cabo el abordaje del tema con la familia y una exploración pediátrica de la niña, juntamente con la programación de una cita a la vuelta. Si la familia se mostraba abiertamente a favor de la MGF, el personal debería ponerse en contacto con los servicios sociales y con el EAIA²²⁶. En el caso de detección de una MGF, el protocolo proponía denunciar «si la MGF ha sido realizada y ha habido intervención previa».

Los profesionales de servicios sociales intervenían en la formación en los equipos, la edición de material informativo y la realización de charlas con asociaciones del África Subsahariana, en el marco del trabajo comunitario. En el caso de viaje, al igual que se ha explicado en el apartado anterior, los servicios sociales podían coordinarse con el EAIA. Solo «si la familia se mostraba abiertamente a favor de la MGF o verbalizaba que realizarían la práctica en el país de origen», deberían comunicarlo a la Fiscalía.

La intervención de los profesionales de los centros docentes se incorporarían en el marco de los cursos sobre diversidad cultural. En cuanto a la certeza de un viaje o la «sospecha razonable», la dirección del centro debería informar a los servicios sociales y al inspector del centro. Frente a la detección de una MGF, se informaría directamente a la Fiscalía.

Por último, cabe mencionar la intervención de los cuerpos de seguridad. Respecto a la formación, se proponía que se incluyera en el marco de la formación en multiculturalidad. En cuanto a la intervención con la comunidad, se proponía aprovechar las charlas informativas «al colectivo inmigrante» para informar que en Cataluña la MGF es un delito. Respecto a la proximidad de un viaje, propone tramitar las denuncias.

en el marco del *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut* [2005-2007] y como el resto, a penas se dio a conocer en los territorios.

²²⁵ Direcció General de Salut Pública, ed. (2005), *op. cit.*

²²⁶ Equipo d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència.

2.3. Primeras actuaciones ante la MGF, promovidas por la Generalitat de Catalunya

En 2003, la Secretaria per a la Immigració de la Generalitat, «anuncia» (Foucault: 1990) junto a la Fiscalía que intensificarán el control de las familias subsaharianas que viajen al país de origen con sus hijas. Estas serán objeto de control judicial y médico con una primera revisión genital. Si la Fiscalía dictamina que las niñas pueden viajar, estas serán obligadas a pasar otra revisión a la vuelta del viaje. Así lo recoge un teletipo de la cadena catalana TV3 «Les nenes immigrants a Catalunya amb risc d'ablació seran objecte de control mèdic i judicial»²²⁷. Explica que «este es el principal resultado de un protocolo de actuación de la MGF acordado hoy por el secretario de Inmigración de la Generalitat Salvador Obiols [...] y el fiscal José Maria Mena». En este comunicado se advierte que la submisión a una revisión médica de una menor podría representar una vulneración de su derecho a la intimidad, por lo que se anuncia que será necesaria la autorización de un juez para ello. Se vuelve a ver la focalización del tema en medidas exclusivamente de control frente a los viajes.

Con la aplicación de estas medidas cautelares, podíamos presenciar una victimización secundaria a las mujeres que ya estaban mutiladas y represalias a las profesionales que habían denunciado. Una de ellas nos explica el siguiente caso:

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«[...] Aquí es va retirar el pasaport i la dona va rebre maltractaments. [...] Era una família de risc, no hi havia manera de parlar amb el pare, no es mullava, havíem entrevistat a la mare, a la nena, no sabíem què podria passar al viatge, ni sabíem si tornarien o no... [...] en aquest cas hi va haver molt de merder [...] Em va venir a trobar aquí, un dia de guàrdia, un dissabte amb la dona amb el cap ben cot que jo pensava que rebiem perquè nosaltres no tenim ningú a la porta, estàvem soles, eh? Em va venir a amenaçar i no el vaig denunciar perquè hagués anat a presó, perquè si jo el denuncio se'n va a la presó, però vaig ser suau. Llavors va haver de sortir un moment fora perquè li va sonar el mòbil i li vaig demanar a ella què havia passat i em va dir, "no et preocupis". Ella acceptava rebre i li vaig dir que ho hauríem de denunciar. Ella no ho tenia gens clar, els nens no els tocava. Es destapa molta cosa..., i be, tenen retirat els passaports fins els diviut anys.

²²⁷ Telenoticias TV-3 (2003) Les nenes immigrants a Catalunya amb risc d'ablació seran objecte de control mèdic i judicial. *Telenoticies.cat*, 8 de julio de 2003.

«Els Mossos van començar a participar, després d’haver elaborat el primer protocol, després del 2002, però s’ha de dir que, totes les actuacions judicials que van fer a Olot, les vam fer com a pediatres, no les vam fer mai a través de Mossos”. [...] en canvi, quan es varem muntar les Taules²²⁸, i es varen incorporar els Mossos, es feia a través d’ells.»

Transcripción entrevista P4, profesional de la salud.
Provincia de Girona. 19.03.2014

El 10 de agosto de 2003, sale en la portada de *El Mundo*, el artículo «Mujeres africanas se alzan contra la ablación»²²⁹, en el que se da voz a la Asociación Yamarikafo de Salt a través del caso de tres mujeres africanas —madre, hija y abuela— en su lucha por la erradicación de la MGF. La abuela había practicado la MGF a la madre y esta la había evitado en su hija. La abuela, que se encuentra de vacaciones en Salt, explica para el periódico que entendió los motivos de su hija y que los respetó, porque estaban fundamentados y eran de peso. Comenta que de haberlo sabido antes, no hubiera practicado la MGF a su hija, quien añade: «*Yo no guardo ningún rencor a mi madre*».

El artículo plantea el tema de los viajes con el siguiente titular: «El riesgo aumenta cuando las menores van en verano a la tierra de sus padres. Los Mossos aumentan la vigilancia de las potenciales víctimas durante las vacaciones escolares». La representante de los Mossos explica que «*existe un peligro nuevo, que las niñas no regresen tras el viaje [...]*», por lo que justifica la aplicación de medidas cautelares como la retirada del pasaporte y la revisión de los genitales por un médico forense hasta la mayoría de edad. Que las niñas no regresen tras el viaje podría ser el resultado de políticas punitivas tan duras como las amenazas de cárcel, las retiradas de la patria y potestad de las menores o las confiscaciones de los pasaportes.

También se explican los circuitos a seguir ante la detección de los viajes: «*Los maestros suelen ser los primeros en enterarse de ese tipo de cosas y son ellos los que, muchas veces, informan a las autoridades*». Por lo que explica el artículo, «la mosso se dedica

²²⁸ Refiriéndose a las Mesas de Prevención de la MGF, herramienta creada por la Secretaria per a la Immigració de la Generalitat de Catalunya, para el despliegue del protocolo de la MGF, que nace en la provincia de Girona y se extiende a toda Cataluña a partir del 2008-09. Este modelo, que se basa en el control de casos delante de un viaje. Ver Capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF.

²²⁹ Figueredo, E. (2003) Mujeres africanas se alzan contra la ablación. Un grupo de mujeres africanas lucha desde una asociación de Salt por convencer a los suyos de que debe erradicarse la ablación del clítoris. *El Mundo, Edición Cataluña*, 10 de agosto de 2003.

a explicar a los miembros de la comunidad subsahariana y a profesionales de la enseñanza o la medicina, que la Generalitat dispone de un protocolo de actuaciones que les ataña para prevenir la mutilación femenina». De aquí que maestros/as y sanitarios/as informen directamente a los Mossos d'Esquadra delante de cualquier viaje. Ante este aviso, estos se presentaban en los domicilios de las familias. La mosso explica que «a veces se ha ido a domicilios con la correspondiente orden judicial y en otros, por iniciativa de la propia policía autonómica».

Miradas profesionales. Àmbit de interior

«[...] el que es feia, jo trucava al domicili, els demanava permís per parlar amb ells, perquè efectivament, no tenen cap obligació de parlar amb la policia, però permís per parlar amb ells, i m'adaptava als seus horaris, i llavors, jo anava al domicili. Normalment em convocaven a les 9 del vespre, que era quan tothom ha fet la feina, i jo agafava el meu cotxe, anava a veure'ls. Van ser molts de domicilis que jo hi vaig anar a veure²³⁰. Vaig visitar sobretot a Salt, però també a altres municipis de comarques gironines. Allà és on vaig aprendre, i per exemple, amb un d'aquests, t'explicaré varies anècdotes [...] A n'aquells principis, no sé si teníem..., però en aquell moment no hi havia..., però va anar molt be, eh? perquè sortosament, i no “me'n penedeixo” gens, perquè això va permetre posar el tema a sobre de la taula i va haver-hi moltes famílies, que si no hi haguéssim intervingut, s'hauria mutilat i no es va mutilar.

»Als domicilis que no em volíem veure, els hi dèiem que aquesta informació la passariem als jutjat, perquè aquí hi havia una situació de risc i el jutge el citarà i no vindrà a casa seva, haurà d'anar-hi. Llavors jo trucava, llavors, si hi havia algú que posava resistència per parlar amb mi, “perfecte, cap problema”, però jo havia de ser sincera, llavors els hi deia, “mira, teníem informació de varis llocs, que vostès viatgen i no tenim clar el tema de les nenes i ho passarem al jutjat, potser que el jutjat, el vulgui veure, pensi que si el cita al jutge, clar... no li dirà, a quina hora li va bé?, li diria, demà, en aquesta hora vostè ha de venir aquí. Hi va haver-hi més d'un que em va dir “Doncs vine...”

»Als inicis, el motiu perquè em trucaven era perquè hi havia un viatge, treballàvem molt en situació d'emergència, això és que no hem aconseguir reduir, encara ara²³¹, perquè treballar preventivament, encara no es fa prou, perquè moltes vegades, l'alarma te la marca un viatge, jo encara l'any passat em vaig trobar amb un director d'un centre, que forma part d'una

²³⁰ “[...] he entrat a més de 70 domicilis” misma transcripción.

²³¹ Año 2014.

taula de treball del centre, doncs, si sabien que hi havia unes nenes que viatjaven, a veure, realment hi consideraven que hi havia risc, realment teníem tot el temps del món per treballar-ho, [...] i si veien que aquesta família, continuava sent de risc, doncs fas un informe a nosaltres o directament al jutjat, [...] i si el jutge, que si ha de prendre alguna decisió, idò que la prengui, no a una setmana vista del viatge, sinó que ho pugui fer sense que hi hagi un viatge programat.

»[...] Perquè clar, en aquells anys, era molt dur, perquè ens hi posàvem a l'última hora, hi havien hagut vegades, que s'havien retirat passaports, com encara passa ara. Llavors, evidentment, aquella gent portava molts anys estalviant, perquè a última hora, tots els professionals ens poséssim a sobre d'ells, per tant, lo que havien d'haver aconseguit aquests anys, es no treballar en situació d'emergència, que encara ara, no hem aconseguit. Allò, mira, estava mig justificat.

» És veritat, que hi va haver jutges, que davant d'una persona al Prat a punt de sortir, parlava amb mi, i em deia, ...i jo li deia, “jo l'entenc, senyor jutge, però em deixi parlar com a mínim parlar per telèfon”, per tant, parlava per telèfon amb gent que ja estava a l'aeroport i els hi deia “no poden tornar mutilades, perquè tindreu molts problemes quan torneu per aquí”. Per tant, introduir aquesta idea, aquestes nenes que viatgin, però que tornin íntegres, perquè clar, quan torneu, la gent aquí tenia la seva casa, intentar a última hora».

Transcripción entrevista P6, profesional de Interior.
Provincia de Girona. 11.03.2015

Asociaciones como Yamarikafo junto con otros profesionales de salud manifiestan su indignación ante el control, la estigmatización y la persecución de la población por el simple hecho de viajar a su país de origen junto con sus hijas. Consideran que esta no es la manera para erradicar la MGF. Ante estas medidas punitivas, la población y los profesionales que trabajan sobre el tema se resienten.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Van començar a actuar els Mossos d'Esquadra, jo em vaig assabentar per part de les mares que els mossos havien anant a les escoles i havien dit que quan s'assabentessin que alguna nena viatjava al seu país, ho havien de denunciar, qui fos. Fossin altres nenes, fossin els mestres,....s'havia de denunciar als serveis socials o als Mossos d'Esquadra. Llavors què passava? Això era l'any ...aproximadament 2000..., la policia va començar a anar a les cases quan s'assabentava de que algú viatjava. Al veure als Mossos al domicili, el veïnat pensava:

“què han fet aquests que ve la policia a casa seva?”, no? Llavors els marits de les dones de l’associació, que llavors a l’associació érem 112 dones actives, associades,..., els marits culpaven les dones. “Veieu, abans la policia no s’hi ficava amb aquest tema, “de si cortàbamos o no cortàbamos”, i ara que aneu a les reunions, ve la policia a casa. Relacionaven el fet de venir a les reunions, el fet de que la policia anés a les cases. A nivell dels marits, hi va haver dones que les van enviar a Gàmbia, que no havien mutilat les seves filles, i també hi va haver casos que a través de la intervenció dels mossos no els han deixat viatjar... i clar, a mi això,... Jo he treballat 19 anys amb aquest tema i m’he dedicat moltes hores, molt a gust, i em semblava molt greu, perquè no es pot anar així pel món carregant, i més per un afany de protagonisme, perquè qualsevol notícia que sortia..., “Els Mossos han evitat, han salvat... Els Mossos, i els mestres?, i els sanitaris?... què?”.

» Els Mossos anaven demanant històries clíniques, que és il·legal, que no poden sortir, però com anaven amb l’uniforme als professionals sanitaris els feia por i els donaven la història, pues això... Llavors, jo ho vaig denunciar públicament, en algun congrés, a qualsevol jornada, a qualsevol lloc, que no em semblava correcte, que no es podia actuar així. Pel fet de parlar com t’estic parlant en els llocs on jo he parlat, se m’ha acusat de fomentar la mutilació, de protegir les dones contra la policia, de que sóc un perill i han buscat molt contrarestar-me [...]».

Transcripción entrevista P2, profesional de la salud
Provincia de Girona, 06.03.2014

Otro tipo de caso es el que se dio en la provincia de Girona, delante de la denuncia de una MGF practicada a una menor, detectada a la vuelta de un viaje al país de origen de sus padres. No existía todavía la LO 3/2005 que permitía perseguir la práctica realizada fuera del territorio español, por lo que no había ninguna garantía que prosperara la denuncia. Sin embargo, podían desencadenar efectos no deseados, como la doble victimización de las niñas. Una profesional de salud lo explica:

Miradas profesionales. Àmbit de salut

«[...] Aquesta família, com jo vaig posar la denúncia amb confidencialitat, és a dir, jo no li vaig explicar a ningú, però la propia comunitat es va adonar, i els van fer fora del poble [...], a mi em va saber molt de greu perquè a aquestes nenes no les vàrem poder ajudar, ni acollir, i no hi va haver manera de saber on havien anat a parar.»

Transcripción entrevista P4, profesional de la salud
Provincia de Girona. 19.03.2014

Volviendo al marco jurídico español, a finales de 2003 se modifica el artículo 149 del Código Penal y se especifica la práctica de la MGF en la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, sobre medidas concretas de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros²³². La concreción se refleja en el punto 2:

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

(BOE núm. 234, martes 20 de septiembre 2003: 6-7)

2.4. Situación de la MGF en Catalunya (2004)

El *Informe sobre las mutilaciones genitales femeninas en Catalunya*²³³ que elabora con el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) acabado de constituir²³⁴ recoge la situación de las mutilaciones en Cataluña. En la siguiente tabla se resumen las dificultades que se encuentran por un lado en las familias migrantes subsaharianas y por otro las dificultades entre las profesionales de atención primaria.

²³² Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 234, 30 de septiembre de 2003.

²³³ Kaplan, A. (2004) *Informes de las mutilaciones genitales femeninas en Catalunya*. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona. 9 páginas. Barcelona, 29 de abril de 2004. [Documento no publicado, presentado el 30.04.2004 a la Honorable *Consellera de Benestar Social i Família* de la Generalitat de Catalunya, la Sra. Anna Simó]. Kaplan hacía quince años que realizaba investigación aplicada, tanto en Cataluña, como en los países de procedencia de la MGF, había empezado a colaborar de forma informal, sin convenios firmados, ni financiación, elaborando materiales para profesionales y familias, realizando formaciones, etc, por lo que el GIPE/PTP propone una vez más su colaboración, sin recibir respuesta.

²³⁴ Como grupo de investigación del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, con la antropóloga Adriana Kaplan, como investigadora principal.

Tabla 14: Dificultades entre familias migrantes subsaharianas y profesionales

DIFICULTADES	
Entre las familias migrantes subsaharianas:	Entre las/los profesionales de atención primaria (y otros):
<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos de lealtades respecto a sus mayores en las sociedades gerontocráticas de origen, donde el poder lo ostentan los ancianos que representan y legitiman la reproducción de la tradición. • La incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa en España. • El mito del retorno está presente e incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género. • Consideran que no se tienen en cuenta otros problemas que para ellas son prioritarios, de carácter laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia doméstica, escolar, etc. • La existencia de una violencia simbólica difundida por los medios de comunicación a través de imágenes y palabras, no ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento por parte de los/las profesionales de atención primaria de la significación de la práctica. Genera temor a ser abordada desde el diálogo y el respeto. • Se generan dilemas profesionales de primera magnitud, ante la inminente partida de las niñas hacia África de vacaciones, la denuncia, las medidas legales y la posibilidad de no retorno. • Demanda de formación y asesoramiento por parte de estos/as profesionales para trabajar desde la prevención. • Debate entre estigmatización-criminalización versus integración, que poco contribuye a un proceso de enculturación selectiva a través del diálogo, que daría lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de las niñas, tanto por parte de las propias familias como de los/las profesionales directamente implicados en su prevención.

Realización propia, a partir de la fuente:

Kaplan, A. (2004) *Informe de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña*. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona. 9 páginas. Barcelona, 29 de abril de 2004. [Documento no publicado, presentado en el Parlamento de Catalunya]

Se destaca que Cataluña tenía una realidad étnica procedente mayoritariamente del África Occidental —concretamente de la región de Senegambia— centrada en Barcelona, Girona y Lleida. El informe aseguraba que el número de población «permitía una abordaje privilegiado» pero que hasta la fecha no se había facilitado una metodología óptima. Hacía falta un trabajo con las comunidades y con los y las profesionales de atención primaria. Se planteaba, la necesidad de un plan estratégico más amplio y transversal, que incluyera Salud y Educación.

El GIPE/PTP realiza investigación e intervención social. Inicia un estudio transversal en el tiempo y descriptivo en cuanto a objetivos. Diseña la encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la MGF²³⁵) para profesionales de atención primaria y para familias procedentes de los países que practican la MGF. El cuestionario recoge información sobre variables sociodemográficas (edad, género, profesión y especialidad), conocimientos sobre el tema y herramientas disponibles (protocolos, guías de intervención, etc), sobre la experiencia previa, la detección de la práctica, la

²³⁵ Que irá realizando periódicamente a profesionales: 2001-2004 y 2004-2007 y a familias: 2004-2007.

actuación o abordaje realizado y sobre las actitudes frente al abordaje (ignorar, educar y sensibilizar o denunciar) así como el interés suscitado (necesidad o deseo de conocer más sobre el tema y realización de formación).

El primer estudio CAP se lleva a cabo del 2001 al 2004. Los sujetos de estudio y la muestra fueron profesionales de 13 centros de atención primaria en salud, con un total de 280 cuestionarios. El ámbito de estudio fue la comarca del Maresme.

Tabla 15. Resumen de la encuesta CAP del GIPE/PTP a profesionales de la salud (2001/2004)

GIPE/PTP	Encuesta CAP, Conocimientos, Actitudes y Prácticas (2001/04) a profesionales de la salud del Maresme
	<ul style="list-style-type: none"> • 56% no identificaban bien los tipos de MGF. • 17% no estaban interesados en el tema. Delante de la pregunta ¿qué harías ante un caso de MGF? la respuesta era ignorarlo. • Afirmaban haber detectado o conocido algún caso en madres o hijas: 21% ASSIR (Atención Sexual y Reproductiva), 7% pediatría, 5% medicina de familia y comunitaria • Entre 2001 y 2004: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se triplica el nº de profesionales que dicen haber detectado o conocido algún caso. ○ Tendencia a disminuir las actitudes de sólo denunciar. ○ Aumentan las actitudes de sensibilizar y educar.

Realización propia, a partir de la fuente:

Kaplan, A.; Toran, P; Moreno, J.; et al. (2009)

[Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence.](#) In *BMC Health Services Research*, No9: BioMed Central. pp. 11.

Como se señala en los resultados de esta encuesta, entre 2001 y 2004 en la comarca del Maresme se aprecia un cambio de actitud que tiende a disminuir la denuncia en pro de la sensibilización y educación gracias, posiblemente, a la formación por parte del GIPE/PTP, que se realizó en esta comarca. Sin embargo, no tenemos datos de los y las profesionales de las comarcas de Girona, donde se gesta el Modelo de la Generalitat de Catalunya y se llevan a cabo las primeras actuaciones policiales.

Por lo que se refiere a la intervención social y la transferencia, el GIPE/PTP junto con otros profesionales de la Associació Catalana de Llevadores elaboran la guía *Mutilación genital femenina: prevención y atención*²³⁶, la primera en España para profesionales de la salud y la educación. Esta guía se enmarca dentro del Proyecto IDIL: *Instruments to*

²³⁶ Associació Catalana de Llevadores (2004), *op. cit.*

develop the integrity of lasses (Instrumentos para proteger la integridad de las niñas), que formaba parte del programa Daphne 2000-03 de la Dirección General de Justicia y Asuntos Sociales de la Comisión Europea y cuya directora en España, era la investigadora Adriana Kaplan.

Este año es muy fructífero y coincide con el estreno del documental *Iniciación sin Mutilación*²³⁷, en el Fórum Mundial de las Mujeres en Barcelona, el 31 de julio, en el marco del Fórum Mundial de las Culturas de Barcelona²³⁸. Este evento fue organizado con la intención de mostrar una Cataluña sostenible, cosmopolita, multicultural y abierta a las culturas. Sin embargo, fue duramente criticado por el coste de la organización, centrado básicamente en los intereses de especulación urbanística (que desplazó la población gitana residente) y por el impacto medioambiental en el puerto de Barcelona, ambos contrarios a los valores del evento. Como estudiante de la época, recuerdo que las entradas eran excesivamente caras²³⁹. Era un parque temático no apto para todos los bolsillos. Como respuesta a esta proyección multicultural de respeto y diálogo, en el barrio del Raval se organizó el Contra Fórum, totalmente gratuito e inclusivo. La mercadotecnia multicultural del Fórum Mundial de las Culturas también fue puesto en tela de juicio por la antropóloga Adriana Kaplan, en el discurso inaugural de la mesa *Iniciación sin mutilación*:

Miradas profesionales. Ámbito de la antropología

«Cuando se me propuso la coordinación de esta sesión, dentro del Fórum Mundial de las Dones, no dudé en sobreponer el interés del tema al montaje Fórum. Pensé que era una verdadera oportunidad poder compartir con muchas y muchos profesionales que están trabajando en primera línea, los avances y las dificultades con las que se enfrentan con experiencias africanas y a la vez, presentar una propuesta metodológica, a través del documental Iniciación sin mutilación, que da título a esta mesa.

»Digo que es un milagro que podamos compartir conocimiento con estas ponentes, porque

²³⁷ Kaplan, A. y Risler, S. (2004), *op.cit.*

²³⁸ Celebrado del 9 de mayo al 26 de septiembre de 2004. La idea surgió en 1996, del entonces alcalde de Barcelona, Pasqual Maragall, aprobada en 1997, en la 29ª Conferencia General de la Unesco, fijando el 2004, como celebración del Fórum en tres ejes temáticos: el desarrollo sostenible, la paz y la diversidad cultural. Fuente: Wikipedia.

²³⁹ Para jóvenes de 17 a 25 años, el precio era de 126 euros (pase de temporada), 31'50 euros para el pase de 3 días y 15'80 euros (pase de un día). Fuente [En línea] http://www.barcelona2004.org/esp/info_practica/precios.htm [Consultada: 07.02.2016].

hay otras que están ausentes. A un mes del evento, se me comunica que la sesión prevista de 4 horas queda reducida a una mesa redonda de 2 horas y las ponentes se recortan. La organización de los diálogos no dispone de medios suficientes y sufre importantes recortes presupuestarios. Lamento profundamente la ausencia del Dr. Kuyate de Guinea y de la Sra. Juliet Chugulu de Tanzania. La Sra. Chugulu enfermera y miembro del Comité Interafricano del Kilimanjaro, fue invitada para que pudiéramos conocer de primera mano el trabajo pionero que están realizando con los hombres sobre la prevención de las mutilaciones en esta zona y la implantación de la propuesta Iniciación sin mutilación en la región. La participación del Dr. Kuyate, pretendía atraer al debate no sólo el trabajo que como pediatra está realizando en Guinea sino explicar las dificultades con las que se enfrenta, uno de los primeros países africanos en legislar sobre la práctica en 1984, que hoy sigue teniendo una prevalencia del 90%, según datos de la OMS del año 2001.

»Y lamento profundamente, que una de las protagonistas del documental que vais a ver, Arokey Touray, no esté presente, porque sólo ha recibido dificultades burocráticas por parte de la embajada de España en Dakar y las gestiones que debía realizar el Fórum, han sido tardías y poco eficientes. Parece que no podemos dialogar sin papeles y esta es una llamada a la solidaridad de todas nosotras y a preguntarnos que parece que no podemos dialogar sin papeles. Si Skakespeare levantara la cabeza, “Ser o no ser”, hoy sería “Tener o no tener papeles”. Ni el Fórum ha movido el mundo, como pretende su eslogan, ni ha podido mover las barreras que ha puesto la embajada para permitir el viaje a Arokey Touray.»

Trascripción del discurso inaugural de la prof. Adriana Kaplan.
 Barcelona, 31 de julio de 2004
 Fuente: Kaplan A. y Risler, S. (2004)

Adriana Kaplan realiza el documental *Iniciación sin mutilación* y lo dirige Sebastián Risler. En este se propone un rito de paso alternativo que excluye la primera fase del ritual (fase física durante la cual tiene lugar la MGF), pero mantiene las fases posteriores de transmisión cultural y pertenencia social. En un país en el que todas las acciones preventivas ante la práctica habían sido prohibidas, el documental es bien acogido por la Vicepresidenta de Gambia, que en 2004 solicita su traducción a las cinco principales lenguas locales (mandinga, fula, sarahole, djola y wolof), añadiéndose a las versiones ya existentes en español, inglés y catalán. El documental tenía que ser financiado por la Secretaria per a la Immigració, pero una vez acabado, la Generalitat encontró que no había «sang i fetge» explícito en su contenido. Refiriéndose a que no se mostraba suficientemente el dolor. Era una mirada desde la antropología, que

según la vicepresidenta de Gambia, Isatou Njie - Saidy, «estaba visto con ojos africanos²⁴⁰» y no desde la mirada occidental universalista. Finalmente, gracias a una donación privada, se pudo editar el documental en los cinco idiomas locales.

2.5. Impacto de las actuaciones promovidas por la Generalitat de Catalunya

A mediados de 2004 se formó una comisión²⁴¹ para valorar el seguimiento del protocolo de MGF después de dos años de su puesta en marcha. Fue liderada por la Secretaria per a la Immigració, el Institut Català de la Dona (ICD), la Secretaria de la Família, el Departament de Salut, el Departament d'Educació, el Departament d'Interior y profesionales que habían intervenido en el tema en los años 90 junto con las Asociaciones Yamarikafo y Equis. A continuación, destacamos algunos párrafos sobre la valoración de la herramienta y de su despliegue, así como otras reflexiones recogidas en las diferentes actas de las reuniones²⁴²:

Miradas profesionales. Departamento de Salud

La distribución del Protocolo no fue muy buena, posteriormente se hizo una distribución a través del proveedor ICS [...] los profesionales van inundados de protocolos. La información es necesaria, pero es importante hacerlo normativo. El Pla Director de Salut²⁴³, es una nueva fase en la que se podría incluir. [...] Hay que mejorar la capacitación de los profesionales e involucrar a la institución sanitaria en este tema [...] Todavía hay profesionales que no conocen bien el tema. Acta 1

El Institut d'Estudis de la Salut (IES), entre los temas que tiene de formación para profesionales, ha incluido la MGF en el marco del Pla Director Immigració i Salut, además de incorporar la formación de mediadores. Acta 2 de la comisión.

²⁴⁰ En el discurso inaugural de la Conferencia Internacional sobre las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Explorando estrategias y nuevas prácticas de lo local a lo global. 5, 6 y 7 de mayo de 2009. Brufut, Gambia.

²⁴¹ Esta comisión, se crea en el contexto político del nuevo Gobierno Catalán de izquierdas, el llamado "Gobierno Tripartito", compuesto por el Partido Socialista Catalán, Esquerra Republicana y Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa, que gobierna del 14.12.2003 al 11.05.2006. Esta comisión, es el embrión de los dos grupos Interinstitucionales de Trabajo de MGF: el Grupo de trabajo de MGF de la provincia de Girona y el Grupo de trabajo de MGF de la Comissió Nacional per a una intervenció coordinada contra la violència masclista, a nivel autonómico en Cataluña, que se pone en marcha a partir del 2006 en Girona y en 2008, a nivel autonómico.

²⁴² Actas de las reuniones: Secretaria para la Inmigración (2004) Acta de reunión de seguimiento del protocolo de la MGF de 2002, de los días: 06 de julio de 2004 en Barcelona, 14 de octubre de 2004 en Salt y 3 de diciembre de 2004 en Mataró. [Documento no publicado, facilitado en 2014, por una de las personas integrantes de la comisión].

²⁴³ Que en 2006 editará la, Direcció General de Planificació i Avaluació (2006) *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

Valoración poco positiva del Protocolo, ha habido una mala distribución del documento. [...] Han habido experiencias en las que se ha judicializado directamente, sin tener en cuenta la prevención y la sensibilización, mediante la retirada de pasaportes, por parte de los jueces. Desde la ONG Yamarikafo, se realizan sesiones informativas y talleres por etnias. [...] Aunque opino que este tema no debería ser abordado por las ONG, sino que se tendría que hacer desde los Departamentos. Por otra parte, la sensibilización de la población autóctona se debería hacer con cautela y para ello, habría que trabajar con los medios de comunicación. Acta 1

Los cursos eran interesantes, pero no tuvieron una buena difusión y por este motivo tuvieron poca acogida entre los profesionales. Por otra parte, se tendría que aclarar el concepto de mediación en salud, ver que formación se requiere y como se distribuyen estos profesionales, por ejemplo, en un CAP donde hay más de 60 nacionalidades. Acta 2 de la comisión.

Miradas profesionales. Departamento de Educación

El protocolo como primera iniciativa ha estado bien, pero hay que avanzar. En este sentido, el Departamento de Educación está en una situación óptima para trabajarlo, a través de la figura de los LICS (asesores de lengua, integración y cohesión social), que son unos 160 profesionales y que es podrían formar para sensibilizar sobre les MGF. Acta 1 de la comisión.

Miradas profesionales. Departamento de Interior

Falta que participe la gente de la comunidad y falta la capacitación profesional [...]. En el marco de la policía de proximidad, disponemos de interlocutores con colectivos y se habla de la violencia de genero y de otras cuestiones que interesen a la comunidad, en estas se trata el tema de la MGF. Este trabajo se ha hecho en las escuelas de adultos y en otros ámbitos. [...]. Acta 1 de la comisión.

Según estas reuniones, en los siguientes seis meses el próximo plan de acción tendría que marcar la normativa obligatoria y ser reconocida por todos los involucrados. Se propone recoger los materiales realizados para hacer un diagnóstico de la situación de la MGF en Cataluña. En estas reuniones se debate paralelamente el papel de la mediación intercultural y la figura de mediador, del agente de salud y del traductor.

Parece ser que estas reuniones no dieron el fruto que se esperaba por parte de algunas de las profesionales que participaron ya que esperaban que se evaluara el impacto de las actuaciones reactivas delante de la programación de un viaje al país de origen y se iniciaran propuestas encaminadas a mejorar la prevención.

En los medios de comunicación se visualiza este modelo de actuación como una intervención poco sostenible. En *El País* el artículo «23 intentos frustrados de ablación genital»²⁴⁴ califica de «frenética» la actividad que tiene que desplegar la Fiscalía de Girona cuando una familia comunica que va a viajar. Según el artículo:

Miradas profesionales. Ámbito del periodismo

Durante 2003 fueron tramitados procedimientos que afectaron a un total de 23 niñas y hubo que proteger a varias hermanas en un mismo procedimiento. [...] En la mayoría de ocasiones se tiene conocimiento del inminente viaje a África de una familia con hijas menores a través de la escuela, del pediatra, de la asistente social e incluso de vecinos que lo comunican a los Mossos d'Esquadra. Éstos remiten el atestado al juzgado, donde llega al fiscal de guarda, que suele tomar medidas cautelares para la protección de las menores. Una de las medidas cautelares de las que se hace uso, es la prohibición de la salida del territorio nacional y la retirada de los pasaportes de las menores, así como su reconocimiento por el médico forense cada seis meses, que certificará que la práctica de la ablación no se ha consumado. Si la situación se comunica a la Fiscalía con suficiente antelación, se pone en conocimiento de la Entidad Pública de Protección de Menores, evitando así que los padres puedan sacarla del país, sin perjuicio de que la menor siga viviendo con su familia aunque bajo la tutela de la administración, ya que una separación familiar podría resultar “muy traumática” para ellas.

El País, Edición Madrid, 14 de septiembre de 2005, 29.

²⁴⁴ J.M.L. (2005) 23 intentos frustrados de ablación genital. *El País, Edición Madrid, 14 de septiembre de 2005, 29.*

Son actuaciones que desatan polémica, como se refleja en el artículo de *El Periódico de Aragón* «Un magistrado quita el pasaporte a tres niñas para evitar su ablación»²⁴⁵, donde es el propio cónsul de Gambia que critica las actuaciones que se están produciendo en la provincia de Girona:

Miradas políticas. Ámbito de las Relaciones Internacionales

«Esta práctica se debe combatir, ya que se trata de una amputación gravísima, pero opino que decisiones como la del juez de Sant Feliu, sirven para criminalizar a los padres, a quienes no se les puede imputar un delito. La prohibición de viajar entra dentro de la vulneración del derecho a la libre circulación de las personas y a la libertad de estas niñas a ir a su país. Estoy a favor de las medidas represivas siempre que antes se den informaciones preventivas. Critico los métodos de la Comisión de Violencia de Gerona ya que, hace que los médicos se conviertan en policías.»

Juan Antonio del Moral
Cónsul de Gambia
(Cf. Buesa: 2004)

Las críticas hacia los procedimientos ocurridos se hicieron públicos dos meses más tarde en el Fórum Mundial de las Mujeres en Barcelona.

Miradas profesionales. Ámbito de la antropología

«En la Declaración final, se hace referencia a la última sentencia de Sant Feliu de Guixols, donde se condena a dos niñas a no salir del país hasta que tengan 18 años, se les retira el pasaporte y se las convoca a realizar chequeos de sus genitales, cada seis meses, hasta que las niñas cumplan 18 años. Esta es una violación a la intimidad de la infancia y la infancia tiene intimidad. Ya tenemos una ley, se ha modificado la ley, tenemos un artículo específico²⁴⁶, ahora, sigamos caminando.»

(Kaplan, 2004)

²⁴⁵ Buesa, C. (2004) Un magistrado quita el pasaporte a 3 niñas para evitar su ablación. El Cónsul de Gambia critica la orden judicial y la tacha de ilegal. *El Periódico de Aragón.com*, 15 de mayo de 2004

[En línea] http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/sociedad/magistrado-quita-pasaporte-3-ninas-evitar-ablacion_118369.html. [Consultada el 22.02.2010]

²⁴⁶ Se refiere al artículo 149 del Código Penal.

La queja quedó plasmada en la Declaración de Barcelona sobre la MGF en el Fórum Mundial de las Mujeres el 31 de julio de 2004:

Manifestamos nuestra preocupación por la retención de pasaportes y la prohibición de viajar a las niñas y también la revisión de sus genitales cada seis meses hasta que alcancen los 18 años. Esto es una violación de los derechos básicos de privacidad e intimidad

En el artículo de Joan Mayoral²⁴⁷ «Criminalització i Prevenció de la mutilació genital femenina²⁴⁸» publicado en el Butlletí d'Infància también se critica esta manera de actuación.

Miradas profesionales. Ámbito de la infancia

«El protocol de prevenció de la MGF a la demarcació de Girona, elaborat dintre de la Comissió de Treball de Violència Doméstica de Girona, de caire interdisciplinari, però fonamentalment policial i judicial, amb la proposta de mesures com a la prohibició de sortida del territori espanyol de la menor, que fonamentalment, es creu que pot ser víctima de la MGF a l'Estranger.»

Joan Mayoral, Subdirector de la DGAIA
Butlletí d'Inf@ncia núm. 8- marzo de 2007

²⁴⁷ Joan Mayoral Simón, es licenciado en Derecho y trabajó de 1995 a 1999, como Abogado Fiscal de la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Girona, de 2001 a 2002 como Jurista de la Dirección General de Atención al Menor. En 2002, como representante de la DT de Justicia de Girona, forma parte de la Subcomisión de Violencia Doméstica de Girona, concretamente, del Grupo de Trabajo de la MGF y como tal, participó en la elaboración del primer protocolo de la MGF, Secretaria per a la Immigració, ed. (2002) *Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. De 2001 a 2007, trabajó como Letrado del Gabinete Jurídico de la Generalitat y de 2007 en adelante es el Subdirector de la Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (DGAIA) de la Generalitat de Cataluña. Fue impulsor de la Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los Derechos y las Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia, incluyendo en el título III y en el Artículo 76 "la prevención de l'ablación o la MGF de las niñas y adolescentes. Por lo que representa a su actividad docente, de 2000 a 2004, fue profesor de derecho penal y procesal de la Escuela de Policía de Cataluña y de 2006 a 2007, profesor asociado de derecho administrativo de la Universidad de Girona.

²⁴⁸ Mayoral, J. (2007) Criminalització i Prevenció de la mutilació genital femenina. [En línea] *Butlletí d'Inf@ncia núm. 8*, marzo de 2007. 4 páginas. Disponible en: http://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/04_familia_infancia_adolescencia/butlleti_infancia_articles_2007/links/8-profunditat2.pdf [Consultada el 01.03.2013]

Este mismo año 2004, el Equipo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las MGFs²⁴⁹ presentan al Síndic de Greuges de Catalunya, un Informe²⁵⁰ en el que denuncian las actuaciones de control²⁵¹. Alertan del empeoramiento de esta situación, que «crea un estado de opinión entre los profesionales, centrado en la criminalización y la denuncia, antes que en el entendimiento y la prevención». Reivindican que se han presentado varias propuestas de colaboración para la prevención y atención de la MGF, pero hasta el momento no han tenido respuesta. Solicitan la intervención del Síndic de Greuges, para que *«inste a la administración pública catalana a clarificar las estrategias sobre esta materia, a dotar de recursos económicos y a poner en marcha los mecanismos necesarios, que permitan evitar la aparición de futuros casos, sin el riesgo de lesionar la convivencia entre culturas diversas de nuestro país y a la vez, respetar los derechos fundamentales de las familias, de las mujeres y de las propias niñas»*.

Al descubrir la intención de viajar de una familia con menores, se incitaba a la Fiscalía a aplicar medidas cautelares, como la retirada de pasaporte y la revisión de los genitales por un médico forense. Se pone en juego el derecho a la integridad y el derecho a la intimidad, el derecho a la libre circulación, el derecho a la presunción de inocencia de una falta no cometida (Informe Síndic de Greuges, 2004). Es, en definitiva, una fina línea roja fácilmente traspasable.

²⁴⁹ Formado por profesionales de salud, de servicios sociales, de la pedagogía, de la jurisprudencia y de la antropología. Algunos de ellos, posteriormente formaran parte del GIPE/PTP, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB.

²⁵⁰ Informe sobre la situación de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña al Síndic de Greuges. Barcelona, 26.11.2004.

²⁵¹ No era la primera vez que se denunciaban públicamente, estas actuaciones punitivas. (Ver, *Declaración de Barcelona*, 31 de julio de 2004. Fórum Mundial de las Mujeres).

3. AÑO 2005-2008. EL EMBRIÓN DE LAS MESAS DE PREVENCIÓN DE LA MGF

A mediados del 2005, el *Butlletí del Consell dels Il·lustres Col·legis d'Advocats de Catalunya* anuncia (Foucault, 1999) que «La justícia perseguirà els immigrants que practiquin l'ablació a les seves filles, fins i tot en els seus països d'origen²⁵²». Según este artículo, «la comissió de Justícia del Congrés dels Diputats ha aprovat per unanimitat una proposició de llei, presentada pel grup Parlamentari Català CIU, amb l'objectiu de perseguir la mutilació genital femenina fins i tot si es realitza fora de les fronteres espanyoles». Es el anuncio del proyecto de reforma de la Ley Orgánica del Poder Judicial 3/2005²⁵³, que se aprobará tres meses después, el 8 de julio, para poder perseguir la práctica de la MGF realizada fuera del Estado español.

Otro artículo, publicado en *El País*, «La mutilación de las mujeres entre nosotros²⁵⁴», califica de «actuaciones preventivas» las que se producen «gracias a la diligencia y celeridad de jueces, fiscales, policías y profesionales» en la demarcación de Girona siguiendo el protocolo de MGF. El artículo finaliza remarcando que ha evitado la mutilación de 24 niñas entre 2003 y 2004. Sin embargo, no son más que retiradas de pasaporte.

Pascual Maragall [2003-2006] gobierna en Cataluña gracias al pacto entre el Partido Socialista Catalán, Esquerra Republicana de Catalunya y Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa. En este marco político, se propondrá la creación de un equipo de supervisión de casos de MGF, lo que acabará conformando, a partir del 2008, las Mesas de Prevención de la MGF, metodología pilotada en las comarcas de Girona para desplegar el segundo Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF²⁵⁵, en pleno gobierno socialista de José Montilla [2006-2010].

²⁵² La justícia perseguirà els immigrants que practiquin l'ablació a les seves filles, fins i tot en els seus països d'origen. [En línia] *Butlletí del Consell dels Il·lustres Col·legis d'Advocats de Catalunya*, 19 de abril de 2005. Disponible en: <http://www.cicac.org/infonews/n37/articles/18.htm> [Consultada: 26.04.2010]

²⁵³ LO 3/2005, de 8 de julio de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio. En el que se añade al apartado 4 del art.23, un nuevo epígrafe g), relativos a la MGF y su persecución extraterritorial, siempre que los responsables se encuentren en España.

²⁵⁴ Cruz, C. (2005) La mutilación de las mujeres entre nosotros. *El País. Edición Cataluña*, 29 de abril de 2005.

²⁵⁵ Secretaria per a la Immigració (2007), *op. cit.*

3.1. Marco político: legislación y planes de acción [2005-08]

El 23 de junio de 2005 la polémica llega al Parlament de Catalunya. Dolors Clavell, diputada del grupo parlamentario Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa²⁵⁶, reflexiona sobre el proyecto de la reforma de la Ley Orgánica del Poder Judicial, 3/2005, en la que está trabajando el Parlamento Español a instancias del grupo parlamentario CIU. En palabras de Clavell²⁵⁷:

Miradas profesionales. Diputada del Parlament de Catalunya

«Nosaltres pensem que circumscriure les accions a la via penal ens pot deixar molt tranquil·les les consciències²⁵⁸, però poca cosa més, si alhora, ens neguem a posar-nos al lloc de les persones realment afectades, que són conciutadanes nostres, i a les que, en realitat, no volem veure ni volem sentir massa. I si escoltem i mirem les persones, les dones immigrades, comprovem que el camí a recórrer ha de passar pel coneixement i el debat, més que per l'estigmatització. Les mares de moltes d'aquestes nenes ens estan demanant un ajut efectiu, i no podem dir-los que aquest ajut passa per la Llei penalitzadora i res més. En els últims sis mesos hem conegut quatre nous casos, al Maresme i a Girona, detectats en els centres d'atenció primària, que é son, en la major part dels casos, es dona a conèixer aquesta situació. Tenim clar, doncs, que cal una específica formació dels professionals que poden intervenir en aquesta problemàtica, que han d'actuar partint del respecte entre persones, i sobretot amb capacitat per poder orientar, evitant confrontacions, ja siguin culturals, familiars o de qualsevol altre tipus». [...] “Voldríem saber quines mesures afronta el Govern Català cara a la formació específica de professionals, [...]”»

Dolors Clavell,
Diputada Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa
Ple del Parlament de Catalunya,
23 de junio de 2005.

La Consellera de Benestar i Família, Anna Simó, toma la palabra para contestar:

Miradas políticas. Diputada del Parlament de Catalunya

«[...] Comparteixo totalment el seu enfocament, pel qual el camí judicial de l'estigmatització no és el camí adequat [...] Els esforços del governs han anat encaminats a dissenyar

²⁵⁶ Que había pedido por escrito al Consell Executiu, el resultado de las sesiones de trabajo de la Comisión que evaluaba el Protocol d'Actuació per a Prevenir la MGF.

²⁵⁷ Transcripción de la pregunta oral de la diputada Dolors Clavell, del grupo parlamentario Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa, en el Ple del Parlament de Catalunya, el día 23 de junio de 2005.

²⁵⁸ Es lo que hemos llamado “Derecho Penal Simbólico”. Ver capítulo 2.

polítiques transversals, interdepartamentals, per coordinar de forma efectiva aquesta resposta, en tres línies bàsiques: la formació, la informació i la mediació. El juliol passat es va constituir una comissió de treball per avaluar els dos anys de funcionament del protocol.»

Anna Simó,
Diputada d'Esquerra Republicana de Catalunya
Ple del Parlament de Catalunya, 23 de junio de 2005.

Anna Simó anuncia los planes de acción que se presentarán en breve desde el ICD y la Secretaria per a l'Immigració para formar a agentes de salud y dar soporte a los profesionales en la gestión de casos de MGF «*posant en marxa un equip de supervisió de casos, per centralitzar, comptabilitzar les alertes de risc, assessorar i formar els professionals, fent un seguiment conjunt dels casos presentats i crear aquesta xarxa de suport*».

La Secretaria per a la Immigració de la Generalitat presenta el 16 de marzo de 2005, ante la Comisión de Política Social del Parlament de Catalunya, el Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-08]²⁵⁹, que se aprueba. Según la memoria, este plan «suponía un salto cualitativo en el diseño de políticas transversales en materia de inmigración. Se estructuraba en tres ejes: políticas de acogida, políticas de igualdad i políticas de acomodación»²⁶⁰. En el eje de políticas de acomodación, bajo el objetivo de «gestión de la diversidad», en el ámbito de «sexo» se describe el programa *Suport als professionals en la gestió de casos de les mutilacions genitals*. La justificación de este programa es la siguiente:

Actualment, sembla que hi ha dificultats per part dels professionals per gestionar els casos en què se sospita que pugui haver una situació de risc o una situació de consumació de mutilació que pugui afectar una menor d'alguna de les famílies d'origen subsaharià residents al territori. També es detecten dificultats en la recollida de dades i en la comunicació entre els professionals i aquestes famílies. (Secretaria per a la Immigració, 2005: 96)

El objetivo era realizar un abordaje transversal de la MGF desde una perspectiva integral y mejorar la gestión con la creación de un equipo de supervisión y de coordinación de casos, que diera respuesta a las inquietudes de los profesionales. El

²⁵⁹ Secretaria per a la Immigració (2005) *Plan de ciudadanía e inmigración [2005-2008]*. Barcelona, Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya. 194 páginas.

²⁶⁰ Fuente: http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/immigracio/politiques_i_plans_dactuacio/antecedents/ [Consultada: 26.01.2016]

departamento responsable debía ser el Departamento de Salud, en colaboración con el Departamento de Educación, Interior, la Secretaria para la Inmigración, la Secretaria de Familias y de Infancia, el ICD, administraciones locales, entidades y asociaciones de inmigrantes subsaharianos.

Las funciones del plan eran:

- Revisar y difundir los materiales existentes sobre como intervenir delante de situaciones de riesgo de consumación.
- Editar materiales en diferentes idiomas sobre la legislación española en este tema.
- Trabajar a través de l'Agència de Cooperació al Desenvolupament, con grupos y organizaciones no gubernamentales especializadas que aborden el tema de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud y la sexualidad de las niñas y las mujeres en los territorios de origen, con el fin de poner en su centro de trabajo las necesidades y las expectativas de las mujeres como sujetos y no como objetos de intervención.
- Crear y poner en marcha un equipo de supervisión de casos de MGF.

El embrión del Equipo de Supervisión de Casos de MGF nace en los municipios de Olot, Salt y Banyoles a principios del 2000, con una metodología focalizada en el control de los viajes. Participaban salud, educación, interior y servicios sociales. El nuevo Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-08] recupera esta metodología y propone las funciones:

Tabla 16. Funciones del Equipo de Supervisión de Casos de MGF

Funciones del Equipo de Supervisión de casos de MGF
<ul style="list-style-type: none"> • Centralizar y contabilizar las alertas de riesgo. • Asesorar e informar a los profesionales, haciendo un seguimiento conjunto de los casos presentados. • Trabajar con las familias cuando sea necesario. • Crear una red de soporte. • Extender el trabajo en red de prevención de casos de riesgo a las asociaciones que trabajen contra la mutilación en los países de origen. • Identificar las asociaciones y establecer contacto.

Realización propia, a partir de la fuente:

http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/immigracio/politiques_i_plans_dactuacio/antecedents/

[Consultada: 26.01.2016]

Estos equipos se consolidarán en 2008 como las Mesas de Prevención de la MGF²⁶¹ en los municipios de las comarcas de Girona, potenciadas por la Secretaria per a la Immigració, a través de sus técnicos/as de Inmigración y por Interior a través de los Mossos d'Esquadra. Contrariamente a lo indicado por el plan, Salud no intervendrá.

Siguiendo el diseño de políticas transversales del gobierno tripartito, en materia de inmigración se elaboran desde el Departament de Salut el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut [2005-2007] y desde el Institut Català de la Dona (ICD) el Plan de Acció y Desarrollo de Políticas de Mujeres [2005-2007]. La Secretaria per a la Immigració tenía que velar para la conexión entre los planes.





En el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut [2005-2007]²⁶², la MGF consta como una práctica tradicional perjudicial para la salud, bajo la línea de actuación 3, con el objetivo de «mejorar la atención sanitaria de la población inmigrante en Cataluña, en especial en aquellas áreas de atención de mayor impacto (salud sexual y reproductiva, salud infantil, salud mental, enfermedades parasitarias e infecciosas) para tender a equipararlas a la población autóctona». Se desprenden dos proyectos relacionados con la MGF: el proyecto 3.1 «Cartera de servicios en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la salud infantil» y el proyecto 3.7 «Intervenciones específicas y de soporte en el ámbito de las mutilaciones genitales». A continuación se presentan dos tablas con los proyectos, las actividades y los productos resultantes²⁶³.

²⁶¹ A partir de 2009, en el marco de la legislación catalana de la Lley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, se exportará el modelo de las Mesas de Prevención de la MGF, pilotado en las comarcas de Girona, a todo el territorio catalán, otra vez a través de la Secretaria per a la Immigració y de Interior.

²⁶² Direcció General de Planificació i Avaluació (2006), *op. cit.*.

²⁶³ En el siguiente apartado, 3.2, se analizan los protocolos.

Tabla 17. Proyectos sobre MGF del Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut

PROYECTO 3.1 Cartera de servicios en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la salud infantil.	
Actividades	Productos
<ul style="list-style-type: none"> Revisar y difundir del <i>Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya</i>. Elaborar y difundir el protocolo de asistencia al parto, puerperio y atención al bebé con criterios de atención a la diversidad. 	 <p>Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2005) MGF, en el anexo 1 "Atención a la diversidad en el embarazo" pág.242-244</p>
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar, difundir e implantar el <i>Protocol d'Atenció als infants immigrants</i>. 	 <p>Protocol d'Atenció a l'Infant Immigrant (2005) como anexo del programa general de pediatría "Nen Sa" (1996).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Difundir y mejorar el <i>Protocol de Prevenció de les MGFs</i>, editado por la <i>Secretaria per a la Immigració</i>. 	<p>2002  →  2007</p>
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar una Guía para profesionales para la atención en Salud Sexual y Reproductiva de la población inmigrante. 	

Realización propia, a partir de las fuentes:

Direcció General de Planificació i Avaluació (2006) *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del Nen Sa*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 64 pàgines.

Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 247 pàgines

Tabla 17 (continuación). Proyectos MGF del Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut

PROYECTO 3.7 Intervenciones específicas y de soporte en el ámbito de las mutilaciones genitales.
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> Formar específicamente a profesionales de la salud y a informadores (<i>Sanitat Respon</i>, 112). Establecer líneas de asesoramiento a profesionales y familias sobre la MGF. Registrar los casos para centralizar el conocimiento de este fenómeno a lo largo del territorio y agilizar las intervenciones.

Realización propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

Direcció General de Planificació i Avaluació (2006) *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

En el Plan de Acción i Desarrollo de Políticas de Mujeres [2005-2007]²⁶⁴, realizado por el Institut Català de les Dones, la mutilación genital femenina se enfoca desde la salud sexual y reproductiva y desde los derechos fundamentales de las personas.

Tabla 18. Medidas en MGF del Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de les Dones [2005-07]

<p>Objetivo 1.15. Establecer medidas para el abordaje de las prácticas tradicionales y convencionales perjudiciales para la salud y la sexualidad de las mujeres y las menores, y que vulneran los derechos fundamentales de las personas.</p>
<p>Medida 1.15.1 Crear programas específicos de capacitación de profesionales de atención primaria de centros de salud y centros escolares, para hacer un trabajo de prevención, detección y atención con las familias afectadas por estas prácticas, especialmente las menores objeto de estas tradiciones. <i>Coordinación:</i> Educación, <i>Institut Català de les Dones</i> y Salud <i>Participación:</i> Interior</p>
<p>Medida 1.15.2 Trabajar en estrategias que eviten la criminalización de los padres y madres y la estigmatización de las menores, sin perjuicio de la necesaria protección de los derechos de las menores. <i>Coordinación:</i> <i>Benestar Social i Família</i> <i>Participación:</i> Educació, ICD, Interior y Salud</p>
<p>Medida 1.15.3 Trabajar, con las mujeres líderes de las comunidades, así como con los líderes religiosos, de procedencia donde se realicen estas prácticas, estrategias de formación para que actúen como agentes preventivos y mediadores, para avanzar en el camino de la erradicación. <i>Coordinación:</i> <i>Benestar Social i Família</i> y <i>Presidència</i> <i>Participación:</i> Interior y Salud</p>
<p>Medida 1.15.4 Establecer mecanismos de cooperación internacional mediante los grupos de mujeres y ONG especializadas que trabajen el tema del abordaje de prácticas tradicionales y convencionales perjudiciales para la salud y la sexualidad de las mujeres y las menores, en los territorios de origen, a partir de una perspectiva de poner en el centro de su trabajo las necesidades y expectativas de las mujeres como sujetos y no como objetos de intervención. <i>Coordinación:</i> <i>Governació i Administracions Públiques</i>, ICD, Interior.</p>
<p>Medida 1.15.5 Avanzar en el impulso de medidas para que el Estado Español, desarrolle leyes específicas que permitan el derecho de asilo y el reconocimiento de refugiadas delante de los casos de MGF y/o otras formas de violencia, como pueden ser los matrimonios forzados, etc. <i>Coordinación:</i> ICD <i>Participación:</i> Interior, Justicia y <i>Presidència</i></p>

Realización propia, a partir de la fuente:

Institut Català de les Dones (2006) "V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya [2005-2007]". Barcelona, Generalitat de Catalunya. 116 páginas.
Disponible en: http://dones.gencat.cat/web/.content/03_serveis/docs/publicacions_eines02.pdf [Consultada: 28.01.2016]


²⁶⁴ Institut Català de les Dones (2006) *V Plan de acción y desarrollo de políticas de mujeres en Cataluña [2005-2007]*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. 116 páginas.
Disponible en: http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/publicacions_eines02cast.pdf [Consultada: 10.05.2017]

En la etapa posterior del PSC²⁶⁵, desde Acción Social i Ciutadania (departamento que precede a Benestar Social i Família) se pone en marcha el Plan Director de Infancia y Adolescencia de Cataluña²⁶⁶ [2008-2009]. En este nuevo plan, la MGF se enfoca desde el maltrato infantil, por lo que las medidas de actuación van encaminadas a la protección de menores, derivando en el Protocolo de Prevenció de la MGF de la Demarcació de Girona (2006)²⁶⁷ y el Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF (2007).

3.2. A un lado del muro. Leyes y protocolos

Los resultados de los planes de acción se visualizan en los protocolos y leyes. Desde el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut [2005-2007] se elaboran y reeditan diferentes protocolos que incluyen la MGF. Sin embargo, aparece anecdóticamente en los anexos de los protocolos generales de gineco-obstetricia y pediatría.

Tabla 19. MGF en el Protocolo de seguimiento de l'embaràs a Catalunya (2005)

	Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2005)
	<p>Anexo 1 "Atención a la diversidad en el embarazo" (pág.231)</p> <p>Dificultades que se destacan, en la aplicación de este protocolo en mujeres migrantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mujer no recuerda la fecha de la última regla. • Atrasa mucho la concertación de la 1ª visita de seguimiento del embarazo. • Es frecuente que utilicen los servicios de urgencias hospitalarias para el seguimiento del embarazo. • No entienden la razón por la cual, se realizan pruebas complementarias como: Serología del VIH, Diagnóstico prenatal (análisis bioquímico y cariotipo), Test de tolerancia a la glucosa, etc. • No ven la necesidad del cumplimiento del calendario de visitas y pruebas complementarias, si todo va bien. • Es frecuente que no comprendan los mensajes y las recomendaciones que les da el personal sanitario y también es habitual el incumplimiento de pautas y tratamientos que se le recomienda a la embarazada.
<p>La MGF, aparece en este anexo en :</p> <p>2. Recomendaciones para el seguimiento del embarazo en la población inmigrante.</p> <p>2.2. Conocer los aspectos específicos a considerar en la atención al embarazo de la mujer inmigrante. <i>"MGF en mujeres procedentes de culturas que la practican, y que puedan representar algún problema en el parto, etc."</i> (pág. 242)</p> <p>2.3. Detectar algunas patologías prevalentes en los países de origen: Anemia, tuberculosis, desnutrición, hemoglobinopatías, talasemias, consanguinidad, hipocalcemia, infecciones de transmisión sexual (VIH, Sífilis, Papilomavirus), enfermedades infecciosas transmitidas por artrópodos, alimentos y agua, Mutilaciones genitales: África subsahariana (pág. 243)</p>	

Realización propia, a partir de la fuente:

Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 247 pàgines

²⁶⁵ Presido por el Sr. José Montilla [2006-2010].

²⁶⁶ Secretaria per a la Infància i Adolescència de Catalunya (2009) *Pla Director d'Infància i Adolescència de Catalunya [2008-2009]*. Barcelona, Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

²⁶⁷ Elaborado por el Grupo de Trabajo de MGF, de la comisión de seguimiento de Violencia Doméstica de Girona.

En el **Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2005)**²⁶⁸ la MGF no apareix el contingut mínim de les dades de la història clínica, ni en la anamnesi ni en la exploració física. Com es pot apreciar en la taula anterior, la MGF només apareix en l'anexo sota el títol «Atenció a la diversitat en el embarazo», en el apartat 2 «Recomendacions per al seguiment del embarazo en la població immigrant». Manifesta que la MGF pot desembocar en complicacions en el part. Sin embargo, no se especifican cuáles, no se describen los tipos de MGF, no se listan los países en los que se practica y no se especifica cómo abordar el tema. En la página 244 vuelve a aparecer en el apartado 3 bajo el epígrafe: «Detectar algunas patologías prevalentes en los países de origen». Sin embargo, simplemente enuncia «Mutilaciones genitales: África Subsahariana». No se deriva al Protocolo de Actuaciones para prevenir la MGF que tres años había elaborado la Secretaria per a la Immigració ni se ofrece ningún enlace o bibliografía para ampliar el tema, como por ejemplo, la guía para profesionales *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*²⁶⁹.


El **Protocol d'Atenció a Infants Immigrants (2005)**²⁷⁰ se elabora como anexo al programa general de pediatria, Programa de Seguiment del Nen Sa (1995). La MGF apareix des del principi, en el capítol 1 i en el capítol 7 i se deriva en primera instància al Protocolo de Actuaciones para la Prevención de la MGF (2002).

²⁶⁸ Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 247 pàgines

²⁶⁹ Associació Catalana de Llevadores (2004) *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Barcelona, IDIL/DAPHNE (2001-2008). 47 pàgines. Editada hacia un año y medio por la Associació Catalana de Llevadores, que també havien participat en la elaboració del *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Esta guía se analiza en el apartado 3.4. Model Wassu. *Al otro Lado del Muro*.

²⁷⁰ Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del Nen Sa*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 64 pàgines.

Tabla 20. MGF en el Protocol d'Atenció a Infants Immigrants (2005)

Protocol d'Atenció a Infants Immigrants (2005)	
	<p>Capítulo 1 “Población objeto y procedimiento a seguir” (pág.21)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1: <i>Infants</i> hijos de inmigrantes, nacidos aquí y que siguen el Programa del Nen Sa. Especial atención en los siguientes aspectos: “En población de riesgo se tienen que llevar a cabo actividades preventivas para evitar la MGF” (ver capítulo VII, pág. 57) • Grupo 2: <i>Infants</i> que van a pasar estancias al país de origen de sus padres. Especial atención en los siguientes aspectos antes del viaje: “Exploración sistemática de los genitales en población de riesgo de MGF antes de marchar de viaje” (ver cap. VII, pág.57) • Grupo 3: <i>Infants</i> que vuelven de pasar estancias en el país de los padres. Procedimiento a seguir: Exploración de los genitales en población de riesgo de MGF (Ver cap. VII, pág.57) • Grupo 4: <i>Infants</i> inmigrantes que llegan por primera vez a nuestro país. Procedimiento a seguir: Exploración de los genitales en población de riesgo de MGF (Ver cap. VII, pág.57)
	<p>Capítulo VII Aspectos socio sanitarios: Prevención de la MGF (pág. 57) Seguir las pautas del Protocol per a la prevenció de la MGF (2002)</p> <p>5.1. Situación de riesgo que el profesional sanitario tiene que valorar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertener a una etnia que practique la MGF. • Pertener a una familia en la que la madre y/o hermanas más mayores la hayan sufrido • Pertener a un grupo familiar en el que el mito del retorno al país de origen está muy presente. • Proximidad de un viaje o vacaciones que pueda hacer la menor al país de origen. <p>5.2. Indicadores de sospecha (MGF reciente).</p> <p>5.3. Recomendaciones generales.</p>

Realización propia, a partir de la fuente:

Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del Nen Sa*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 64 pàgines.

El Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-08] establecía el concepto de «ciudadanía residente» para todas las personas de origen inmigrante y sus descendientes. Según el plan, la idea era avanzar, considerando a estas personas «ciudadanos de Cataluña y no inmigrantes». Sin embargo, esta consideración no se refleja en el título del Protocol d'Atenció a Infants Immigrants, ni en el protocolo de atención al parto, como se ha expuesto.

En 2006, el Grup de Treball-MGF de la Subcomisión de Violencia Doméstica de Girona, actualiza el Protocolo de Actuación para Prevenir la MGF en la Demarcación de Girona²⁷¹. Según este documento, en esta demarcación se encuentran personas emigrantes procedentes de países que practican la MGF, mayoritariamente de Gambia, Senegal, Mali y Mauritania. La etnia mayoritaria es la sarahule, procedente de zonas rurales e interiores. El objetivo de actualizar el documento es aclarar el procedimiento a seguir ante un caso de MGF o ante una situación de riesgo. El

²⁷¹ Grupo de Trabajo-MGF. (2006 [2003]) *Protocol de prevenció de la MGF en la demarcació de Girona*. Secretaria per a la Immigració. 36 pàgines. [Documento no publicado, de uso interno para profesionales]. Facilitado por el Departament d'Immigració en 2014.

protocolo plantea dos circuitos, uno de prevención y otro en caso de sospecha de que se pueda producir la MGF. El primer circuito de prevención va dirigido a profesionales de atención primaria en salud y servicios sociales, asociaciones de inmigrantes y, en caso de que se requiriera, al EAIA²⁷². El segundo circuito de «sospecha», se añade a los Mossos d’Esquadra, la DGAIA²⁷³ y en caso de que se requiriera, la Fiscalía y el juzgado. Respecto al marco legal, el documento añade dos apartados, uno sobre el lugar donde se cometa la MGF y la competencia de la jurisdicción española para su enjuiciamiento y otro en el que se detallan las medidas cautelares. A continuación se detallan estas medidas.

Tabla 21. Marco legal del Protocolo de Prevención de la MGF Demarcación de Girona (2006[2003])

Protocolo de prevención de la MGF en la demarcación de Girona (2006 [2003])
<p>Marco legal:</p> <p>“Lugar donde se comete la MGF y competencia de la jurisdicción española para su enjuiciamiento” (pág.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La LO 3/2005 (en vigor desde el 10.07.2005), incluye los delitos de la MGF, siempre que los responsables se encuentren en España. • Cuando se tenga conocimiento de que una menor a sido objeto de una MGF, investigaremos si se ha cometido en España o en el extranjero, y en este caso, si las personas criminalmente responsables son españolas o si han adquirido la nacionalidad española con posterioridad a los hechos. <p>“Medidas cautelares a adoptar en los casos en los que se tenga conocimiento de la voluntad de uno o ambos progenitores de llevar a cabo una MGF a una menor ” (pág.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información y medidas educativas de naturaleza sociocultural, relativas a la distinta consideración social y legal de la MGF. • Prohibir a los padres que trasladen a la menor fuera del territorio español. • Acordar la presentación periódica de la menor a efectos de controlar el cumplimiento de la prohibición temporal de salida de la menor y para ser visitada por el médico forense, médico o pediatra. • Atribuir el ejercicio de la potestad al progenitor que sea contrario a la decisión de practicas la MGF (art. 138 del Código familiar). • Solicitar un informe y(o seguimiento del caso a los equipos de asesoramiento técnico y de atención a la víctima o a los servicios sociales competentes

Realización propia, a partir de la fuente:

Grupo de Trabajo-MGF. (2006 [2003]) *Protocolo de prevención de la MGF en la demarcación de Girona*. Secretaria per a la Inmigració. 36 páginas. [Documento no publicado, de uso interno para profesionales]. Facilitado por el Depart. de Inmigración

Al año siguiente, en 2007, la Secretaria per a la Inmigració edita el segundo protocolo de actuación ante a la MGF, Protocol d’Actuacions per a Prevenir la Mutilació Genital Femenina²⁷⁴, en colaboración con el Departament d’Interior, Salut y Benestar Social y Família. Este documento se realiza para actualizar el marco legal vigente y se añade el

²⁷² EAIA: Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia.

²⁷³ DGAIA: Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia.

²⁷⁴ Secretaria per a la Inmigració (2007), *op. cit.*

artículo 149 del Código Penal²⁷⁵, en el que se especifica la MGF como un delito de lesiones y se añade la LO 3/2005²⁷⁶, que permite perseguir extraterritorialmente la práctica. Al igual que el anterior protocolo del 2002, se presentan los aspectos generales sobre la MGF, los motivos de atención, posible riesgo, indicadores de sospecha, consecuencias de la práctica, marco jurídico, recomendaciones generales y un apartado de intervención para profesionales de diferentes ámbitos, además de otros recursos de interés.

En el apartado «Intervenció professionals de la salut» se deriva a la guía *Mutilació Genital Femenina, prevenció i Atenció*²⁷⁷, editada por el Institut Català de Salut (ICS) y producida por el GIPE/PTP, de la Universidad Autónoma de Barcelona. Otra novedad que incorpora el nuevo protocolo es el cuadro de niveles de actuación, en el que establece cinco niveles de actuación: 1) prevención, que se asocia a informar y sensibilizar; 2) detección del caso de riesgo; 3) atención no urgente, 4) atención urgente, del que se derivarían dos casos, dependiendo de si hay riesgo de MGF o la MGF ha sido practicada, en este caso daría paso al último nivel y 5) recuperación para valorar las secuelas físicas y psíquicas y procurar su atención.

1) Nivel de prevención. Engloba actividades de información y formación a profesionales, información y educación sanitaria a la ciudadanía (dentro de las actividades comunitarias que se desarrollan desde atención primaria en salud, trabajo en red con la comunidad y asociaciones y colaboración en edición de materiales informativos) y, finalmente, educación sanitaria a las familias y las niñas.

2) Nivel de detección. Están involucrados todos los agentes anteriormente mencionados en este orden: salud, seguridad, educación, servicios sociales, atención a menores en riesgo, asociaciones para la prevención de la MGF y otros.

²⁷⁵ Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, sobre medidas concretas de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. En la que se modificando el artículo 149 del Código penal y se especifica la práctica de la MGF.

²⁷⁶ LO 3/2005, de 8 de julio de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio. En el que se añade al apartado 4 del art.23, un nuevo epígrafe g), relativos a la MGF y su persecución extraterritorial, siempre que los responsables se encuentre en España.

²⁷⁷ Institut Català de Salut (2006) *Mutilació Genital Femenina: prevenció i atenció*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [Guía realizada por el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. Esta nueva guía, suponía la actualización de la anterior editada por la Associació Catalana de Llevadors, en el que se ampliaba un apartado de atención en la edad pediátrica y el papel de la escuela en la prevención de la práctica.

3) Nivel de atención no urgente. Se pone en marcha a partir de la detección. Los motivos de atención y valoración del posible riesgo son: pertenecer a una etnia que practique la MGF, pertenecer a una familia o grupo familiar practicante de la MGF, o la proximidad de un viaje o vacaciones.

4) Nivel de atención urgente. Se activa cuando se ha valorado la situación de riesgo inminente de que se realice la práctica o cuando se ha consumado.

5) Nivel de recuperación. Implica garantizar la atención a las secuelas físicas y psíquicas que pueda presentar la niña y, eventualmente, la realización de una intervención quirúrgica para revertir las secuelas.

En cada nivel de actuación están involucrados diferentes agentes: profesionales de la salud, profesionales de los servicios sociales de atención primaria, de centros docentes, de atención a los menores en riesgo, de los cuerpos de seguridad y asociaciones que trabajan para la prevención de las MGF. Los/as profesionales de la salud tienen una función preponderante, destacándose las acciones que deben llevar a cabo en todos los niveles.

En 2008, se aprueba la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Esta ley marcará un enfoque nuevo y provocará que se dispare la creación de nuevos protocolos, como el protocolo policial **Protocol de Prevenció i Atenció Policial de la Mutilació Genital Femenina**²⁷⁸, la reedición del Protocolo de Actuaciones de la MGF²⁷⁹, los microprotocolos sobre el tema de la MGF en múltiples municipios y la creación de las Mesas de Prevención de la MGF, como respuesta de la demanda de los Equipos de Supervisión de Casos de MGF que aparecía en el Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-2008].

El Equipo de Supervisión de Casos de MGF, como se definía en el Plan de Ciudadanía e Inmigración, no se llega a consolidar en toda Cataluña, aunque en los municipios de las comarcas de Girona se continúa en la línea del control de los viajes de las familias

²⁷⁸ Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació (2008) *Protocol de prevenció i atenció policial de la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. 6 pàgines.

²⁷⁹ Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]) *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 40 pàgines.

subsaharianas. Según la memoria del plan, figura el año 2008 como inicio de la creación de las primeras Mesas locales de Prevención de la MGF de las comarcas de Girona: «Hem organitzat 24 taules d'ens locals de prevenció, per tal de supervisar i coordinar els casos de mutilació genital femenina» (Secretaria per a la Immigració, 2010: 201).

3.3. Proyección en la prensa del modelo de actuación de la Generalitat de Catalunya

En 2005 se publican dos artículos sobre la intervención de los Mossos d'Esquadra en Girona ante la MGF, uno en *La Vanguardia*, autorizado por la propia Consejera, y otro en *El Mundo*. En *La Vanguardia*, con el titular «Desde aquí evitamos ablaciones en África²⁸⁰», una mossa explica que a raíz de leer el reportaje de Kadi en el *Magazine* de *La Vanguardia*²⁸¹, se puso a actuar sobre este tema. En el reportaje la mossa anuncia que «han evitado 36 casos de ablación de clítoris en niñas inmigrantes». Vuelve a salir el concepto de niñas «inmigrantes», que si bien tenían la nacionalidad de sus padres, habían nacido en Cataluña. Sin embargo, bajo este término, recibían la consideración del Otro, un Otro peyorativo en una situación económicamente vulnerable. Son actuaciones «bendecidas», según ella misma, por las propias asociaciones de inmigrantes subsaharianos.

Miradas profesionales. Departamento de Interior

«Nosotros les ayudamos a extender su influencia entre los inmigrantes para que expliquen que la ablación no es islámica, sino aberrante, y así vayan abriendo las mentes incluso de las más tradicionalistas, para que se planteen la posibilidad de evitársela a sus hijas, también por amor.»

La Vanguardia, 8 de octubre de 2005

²⁸⁰ Amiguet, L. (2005) Desde aquí evitamos ablaciones en África. *La Vanguardia. Edición Cataluña*, 8 de octubre de 2005. [En línea] http://www.lavanguardia.es/Vanguardia/Publica?COMPID=51194869798&ID_PAG... [Consultada: 08.10.2010].

²⁸¹ Ramos, I. y Manresa, K. (1997) La ablación. *Magazine, La Vanguardia. Edición Cataluña*, 23 de noviembre de 1997.

La misma mossà representaba al Departament d'Interior, sin embargo, explica en primera persona la preparaci3n de «su misi3n»: «*Para preparar mi misi3n, estuve en Gambia, país de origen de gran parte de la inmigraci3n africana en Cataluña, donde se practica la ablaci3n de clítoris*».

En el artícuo de *El Mundo*, «Una mossà contra la ablaci3n²⁸²», la misma mossà explica que su trabajo es «más preventivo que policial». El periodista describe las visitas domiciliarias que hace la agente, al enterarse que una familia va a viajar a África: «Cuando toca la puerta de una familia gambiana o mauritana tras la llamada de una profesora o un pediatra alertándola de un sospechoso viaje a África, no cae en el juicio fácil». Se «enuncia» (Foucault, 1999), que: «*Un ambicioso plan pretende implicar a pediatras, sanitarios, asistentes sociales, fuerzas de seguridad, profesionales de atenci3n a menores en riesgo y a las propias asociaciones de inmigrantes*». Refiriéndose a la puesta en marcha de las Mesas de Prevenci3n de la MGF²⁸³, dice que algunas mediadoras se brindan a «*influir bajo el mandato policial*» en sus comunidades, ya que «*se trata de que tengan los ojos abiertos, sensibilicen a los inmigrantes y denuncien ante cualquier duda*».

En 2007 y 2008 se visualiza la parte punitiva de las intervenciones del Modelo de la Generalitat de Catalunya. En *El País*, el artícuo «Un juez prohíbe a una niña salir de España para evitar su ablaci3n²⁸⁴» trata un caso de la provincia de Girona donde se gestaron los dos protocolos y donde se pondrían en marcha a partir del 2008 las Mesas de Prevenci3n de la MGF, anunciado unos meses más tarde, en la Agencia Catalana de Noticias²⁸⁵, por la Secretaria per a la Immigraci3²⁸⁶: «En aquests cinc anys, gràcies a la col·laboraci3 de metges, policies, mestres o entitats, s'ha activat el protocol en 223 ocasions, evitant possibles casos d'ablaci3. Després d'aquest temps, s'ha renovat el protocol per adaptar-lo al nou marc jurídic».

²⁸² Ortiz, A. (2005) Una Mossà contra la ablaci3n. *El Mundo, Edici3n Cataluña*, 23 de octubre de 2005, 7.

²⁸³ Analizadas en el capítulo 6. Las Mesas de Prevenci3n de la MGF en Cataluña.

²⁸⁴ Iglesias, N. (2007) Un juez prohíbe a una niña salir de España para evitar su ablaci3n. *El País.com*, 25 de junio de 2007. [En línea]

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/juez/prhibe/nina/salir/Espana/evitar/ablaci3n/elpepisoc/20020625elpep_isoc_7/Tes?print=1 [Consultada: 22.02.2010]

²⁸⁵ “ Agencia Catalana de Noticias, nació en 1999 con carácter multimedia y en internet. Según su web: <http://www.acn.cat> “interpreta la actualidad en clave catalana [...] y concentra la mirada en Cataluña”.

²⁸⁶ En els darrers cinc anys s'han previngut 223 possibles casos d'ablaci3 a Catalunya, segons immigraci3. *Directe.cat*, 06 de mayo de 2008. [En línea] <http://www.directe.cat/acn/en-els-darrers-cinc-anys-shan-previngut-223-possibles-casos-ablacio-a-catalunya-segons-im> [Consultada:26.06.2010]

Otro artículo titulado: «Retiran la custodia de dos hijas por sospechar que sus padres querían practicarles la ablación²⁸⁷», se detallan las intervenciones punitivas realizadas en el momento en que una familia africana comenta que va a viajar al país de origen. Este caso se dio en el municipio de Premià de Dalt. Un juez de Mataró retiró la custodia de las menores de 6 y 13 años y las puso al amparo de la DGAIA²⁸⁸, a raíz de la denuncia de los servicios sociales, ante el rumor que corría en la escuela de las niñas y al no presentarse los padres a los servicios sociales. Según el mismo diario «la DGAIA ha confirmado que se ha limitado a cumplir con la orden del juez y las niñas permanecerán bajo su custodia hasta que el juez decida». En declaraciones de televisión, los propios padres aseguraron que estaban en contra la MGF y que «ni siquiera tenían intención de viajar a su país durante estas fiestas».

3.4. Modelo Wassu. Al otro lado del muro: propuesta metodológica y transferencia.

Desde 2004, el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, GIPE/PTP del Departamento de Antropología Social y Cultural, de la UAB sigue realizando investigación aplicada sobre la práctica de la MGF y transfiriendo el conocimiento a través de la publicación de artículos científicos, participación en jornadas y conferencias, realización de formaciones a profesionales y elaboración de materiales para profesionales y familias.

En 2006, elabora la guía para profesionales *Mutilació Genital Femenina. Prevenció i Atenció*²⁸⁹ para el Institut Català de la Salut (ICS). Esta nueva guía era la actualización y ampliación de la anterior²⁹⁰. Paralelamente diseña un desplegable para trabajar con familias, una guía de bolsillo para profesionales y una carta de compromiso preventivo con el logo del ICS²⁹¹, junto con una guía de aplicación de la carta de compromiso preventivo, incluida en la guía.

²⁸⁷ EFE (2007) "Retiran la custodia de dos hijas por sospechar que sus padres querían practicarles la ablación". *El mundo.es, Edición Cataluña*, 29 de diciembre de 2007.

²⁸⁸ DGAIA: Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia.

²⁸⁹ Institut Català de Salut (2006), *op. cit.*

²⁹⁰ Associació Catalana de Llevadores (2004), *op. cit.*

²⁹¹ La propuesta de la Carta "Compromiso preventivo" la realiza Adriana Kaplan en 1998, como una herramienta para las familias, para reforzar su decisión de no mutilar a sus hijas, en el momento de viajar a sus países de origen.

Tabla 22. Herramientas para profesionales diseñadas por el GIPE/PTP (2006)

Herramientas para profesionales y familias elaborados por el GIPE/PTP, para el ICS (2006)



Desplegable para trabajar con familias



Manual para profesionales



Guía de bolsillo

Realización propia, a partir de la fuente:

Institut Català de la Salut, ed. (2006) "Mutilació Genital Femenina: Prevenció i Atenció". Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 64 pàgines. [Estos materiales fueron diseñados por el GIPE/PTP para el ICS].

Tabla 22 (continuación). Herramientas para profesionales diseñadas por el GIPE/PTP (2006)

Herramientas para profesionales y familias elaborados por el GIPE/PTP, para el ICS (2006)

Compromís informat d'evitació de la mutilació genital femenina

Dades de la mena

Cognoms i nom:

Estat:

Lloc de naixement:

Nacionalitat:

Adreça

Codi Postal:

País:

Dades de la persona responsable de la mena

Cognoms i nom:

Vinculació: mare pare tutor legal

Estat:

Lloc de naixement:

Nacionalitat:

Adreça

Codi Postal:

País:

Dades de la mutilació genital femenina que atingeix a la mena

Cognoms i nom:

Tipus:

Marc legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol

La mutilació genital femenina es considera un delicte de lesions en l'article 147.2 del Codi Penal, encara que tinguem en compte que a l'article 170 del Codi Penal s'ha modificat la pena de prescripció de 10 anys a 12 anys per als pares i responsables, la integritat de la part posterior i la possibilitat de l'ingrés de la mena en un centre de protecció de menors.

Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica

País: Nom de l'associació: Telèfon:

Declaracions

Certificació de la veracitat de les dades mèdiques de la mena

Declaro que la mena referida a la pàgina anterior és una mena sana, que ha seguit els controls establerts en el "Protocol de menús" i que se li han administrat les vacunes corresponents per a la seva edat.

He comprovat que els seus genitals estan íntegres i no presenten cap lesió.

Declaració de la veracitat de la informació a la persona responsable de la mena

Declaro haver informat la persona responsable de la mena referida a la pàgina anterior, dels aspectes següents relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut:

- Marc legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol (segons s'apartat referit en la pàgina anterior).
- Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica (segons s'apartat referit en la pàgina anterior).
- Compromís de demanar l'alta per a una revisió general de salut, immediatament després de la tornada de les vacances que es facin en el país d'origen de la mena.
- Compromís de facilitar a la mena la medicació que se li ha subministrat per prevenir la malaltia durant les vacances en el país d'origen de la mena i quantitats importants d'aigua, sapsos i productes d'higiene personal.

Compromís informat de la persona responsable de la mena

Declaro haver estat informat, pel metge o la metgessa que atingeix a la mena referida de què sóc responsable, dels diversos aspectes relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut, específicament a l'apartat anterior.

Considero que he entès el propòsit, l'abast i les conseqüències legals d'aquestes aplicacions.

Em comprometo a fer arribar la cura de la salut de la meua filla/la meua filla a la persona responsable de la seva mutilació genital.

I perquè com a tal i sigui l'original d'aquest compromís informat, per digital, he signat amb aquesta meua signatura.

Signatures

Signatura dels pares/la persona responsable de la mena: Signatura de la metgessa que atingeix a la mena:

Realización propia, a partir de la fuente:

Kaplan, A. y Pérez, M.J. (Coord.) (2006) *Mutilació Genital Femenina: Prevenció i Atenció*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Institut Català de Salut (ICS). 64 pàgines.