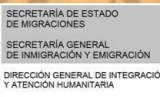


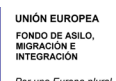


# mutilación genital femenina

Informe de evaluación  
del modelo de actuación  
de la Generalitat de Catalunya  
(2002-2018)



# MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: INFORME DE EVALUACIÓN DEL MODELO DE ACTUACIÓN DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA (2002-2018)



Este informe se ha elaborado en el marco del proyecto «Empoderamiento con conocimiento: prevención y atención de la Mutilación Genital Femenina en España» apoyado por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y cofinanciado por el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI). Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente la opinión del Ministerio.

© del texto: Fundación Wassu

© de esta edición: Fundación Wassu-UAB

Edición:

Fundación Wassu-UAB

Campus - Parc de Recerca Mòdul A

Universitat Autònoma de Barcelona

08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)

España

Tel.: 93 586 87 99

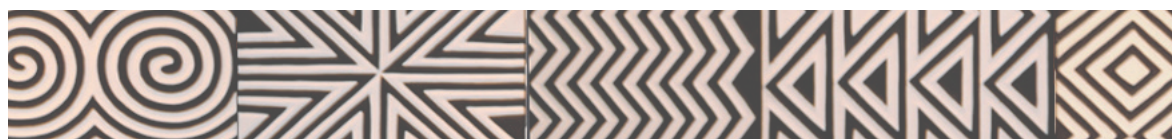
[fundacion.wassu@uab.cat](mailto:fundacion.wassu@uab.cat)

<https://mgf.uab.cat>

No se permite la reproducción total o parcial de este informe, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *copyright*.

# ÍNDICE

Introducción .....	4
1. La mutilación genital femenina (MGF) .....	6
1.1. Definición, tipologías y consecuencias para la salud .....	7
1.2. Origen, creencias y razones .....	8
2. Geografía de la MGF en el mundo .....	9
3. Escenarios e implicaciones legales en Cataluña .....	15
4. Antecedentes en la actuación y prevención de la MGF en Cataluña .....	18
4.1. Primeros casos (1993) .....	19
4.2. La respuesta de la Generalitat de Cataluña (2000-2004) .....	19
4.3. Antecedentes de las mesas de prevención de la MGF (2005-2008) .....	20
5. El modelo de actuación en Cataluña a partir de 2008 .....	22
5.1. El protocolo catalán de actuación para prevenir la MGF .....	23
5.2. Las mesas de prevención de la MGF .....	24
6. La implementación del modelo de la Generalitat de Cataluña .....	27
6.1. Las políticas de intervención .....	28
6.2. El despliegue del protocolo a través de las mesas de prevención de la MGF ...	29
7. El impacto del modelo de actuación ante la MGF en Cataluña .....	31
7.1. Registros policiales .....	32
7.2. Casos .....	33
7.3. Sentencias .....	33
7.3.1. El caso de Premià de Mar (2012) - Barcelona .....	34
7.3.2. El caso de Vilanova i la Geltrú (2013) - Barcelona .....	35
7.3.3. El caso de Lloret de Mar (2014) - Girona .....	36
7.3.4. El caso de Valls (2015) - Tarragona .....	37
7.3.5. El caso de Tortosa (2018) - Tarragona .....	37
8. Conclusiones .....	39
9. Recomendaciones .....	42
9.1. Ámbito de salud .....	43
9.2. Ámbito de servicios sociales .....	43
9.3. Ámbito de educación .....	44
10. Bibliografía .....	45



## INTRODUCCIÓN

Históricamente, Cataluña es la comunidad autónoma del Estado español donde se concentra más población procedente de los 28 países del África subsahariana que practican la mutilación genital femenina (MGF). Según datos del último *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2016* (Kaplan y López, 2017), en Cataluña residen 21.298 mujeres y 6.295 niñas entre 0 y 14 años, procedentes de estos países, mayoritariamente de Senegal, Gambia y Nigeria. Entre los datos de 2012 y 2016, se observa un aumento del 4,5% de la población femenina de origen MGF en Cataluña, que representa el 30,8% del total estatal.

Con el inicio de las reagrupaciones familiares y la consolidación de las estructuras familiares, aparecen los primeros casos de MGF en España, detectados y denunciados en 1993 por los servicios de salud de Mataró y Salt. A partir de un peritaje antropológico a instancias de la judicatura, se vislumbra la necesidad de comprender un fenómeno nuevo para poder hacer un abordaje preventivo. En estos años se fundan las primeras asociaciones de mujeres africanas que promueven el diálogo sobre la práctica, así como la Carta de compromiso preventivo impulsada por la Dra. Kaplan, y también la formación a profesionales de la salud, los servicios sociales y la educación, y el eje de lo que más adelante sería el modelo Wassu UAB, con una metodología transnacional en el espacio migratorio. Lo que un día fue local, hoy es global y las MGF están en diáspora.

De esta forma, se va consolidando el modelo Wassu, basado en la investigación etnográfica entre origen y destino, con la creación en 2003 del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). A partir de ese momento, se empieza a formar sistemáticamente a profesionales de atención primaria de Cataluña, Aragón, Navarra, las Illes Balears, el País Vasco y Andalucía. También se forma a Mossos d'Esquadra, a políticos y a responsables y representantes de ONG como Médicos del Mundo Aragón o UNAF, quienes adoptan parte de la metodología Wassu y la incorporan en sus acciones vinculadas con la prevención de la MGF. La adaptación del Mapa de la MGF en España<sup>1</sup> en cada comunidad autónoma y la Carta de compromiso preventivo<sup>2</sup> son ejemplos de herramientas ideadas por el equipo de Wassu UAB que han sido replicadas en el Estado español.

Es a partir de los años 2000 que la Generalitat de Cataluña toma responsabilidad sobre el tema, mediante la Secretaría para la Inmigración, dependiente de la Consejería de Bienestar Social. En 2001, el Parlament de Cataluña insta al Gobierno a iniciar un plan de choque para erradicar la MGF y, en 2002, se presenta en Cataluña el primer protocolo del Estado español, que estipula cinco niveles de actuación: prevención, detección, actuación no urgente, actuación urgente y recuperación. Si bien es un buen protocolo, su aplicación obvia los tres primeros niveles de intervención y se centra en el control y la persecución de las niñas que viajan de vacaciones al país de origen de sus padres. El segundo protocolo se publica en 2007 y se reedita en 2009, siguiendo el enfoque de la violencia

1 El Mapa de MGF en España es una herramienta que impulsa la Dra. Adriana Kaplan en 2001 para estudiar y monitorizar los movimientos migratorios de la población procedente de países donde se practica la MGF. Se actualiza cada 4 años, sirve para poder planificar políticas y estrategias de prevención y atención de la MGF a nivel municipal, provincial y estatal.

2 La Carta de compromiso preventivo fue diseñada por la Dra. Adriana Kaplan en 1998 como herramienta de soporte a las familias en sus viajes a los países de origen y elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas. Fue validada en Gambia a través de la contrastación empírica de 11 casos en seis pueblos diferentes, con excelentes resultados. Esta Carta ha sido adaptada en numerosos protocolos de prevención de la MGF, como el de Cataluña (2007), el de Aragón (2011), el de Navarra (2013) o el Protocolo común de actuación sanitaria frente a la MGF a nivel estatal (2015), Andalucía (2016), la Comunitat Valenciana (2016) y las Illes Balears (2017), aunque no se cita en ninguno de ellos la fuente original, ni se acompaña de la guía de utilización que diseñó el equipo de investigación GIPE/PTP para su uso correcto (disponible en: [https://mgf.uab.cat/esp/recursos\\_para\\_profesionales.html](https://mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html)).

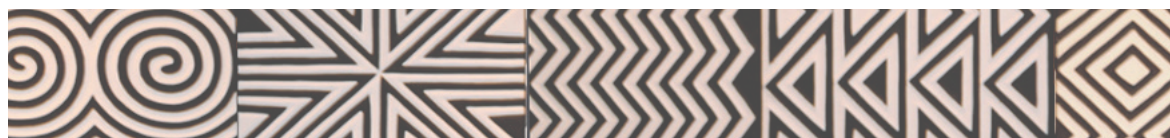


machista. Con el fin de desplegar el protocolo a nivel territorial, el modelo de la Generalitat de Cataluña se pilota a través de las mesas de prevención de la MGF.

Después de más de quince años del desarrollo del modelo de trabajo de la Generalitat de Cataluña, no ha habido una evaluación de la aplicación del protocolo ni de las acciones que se han estado llevando a cabo en la materia ni de las consecuencias derivadas. Es por ello que se considera necesario revisar dichas políticas y se propone la realización de un informe en que se sintetiza la evaluación del modelo de prevención de la MGF de la Generalitat de Cataluña<sup>3</sup> en el marco del proyecto «Empoderamiento con conocimiento: prevención y atención de la Mutilación Genital Femenina en España», apoyado por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, y cofinanciado por el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI) de la Unión Europea.

Este estudio pretende, por un lado, promover el examen del modelo de prevención liderado por la Generalitat e implementado como objeto de evaluación de políticas públicas y, por otro lado, informar a otras comunidades autónomas sobre el trabajo en materia de MGF, desarrollando lecciones aprendidas, recomendaciones y buenas prácticas en materia de prevención de la MGF a nivel estatal. Otras comunidades autónomas han seguido el ejemplo de Cataluña enfocando el tema desde la erradicación de la violencia machista, elaborando protocolos de actuación, pero sin evaluar el impacto de los mismos, por lo que este análisis que aquí presentamos resulta de vital importancia.

Por último, se identifican recomendaciones concretas según los ámbitos de actuación (salud, servicios sociales y jurídico) y se destaca como buena práctica el modelo Wassu, basado en la investigación-acción a través del asesoramiento durante el diseño e implementación de programas de prevención y atención de la MGF a nivel municipal.



3 Extraído de la tesis doctoral de Aina Mangas. Véase Mangas, A. (2017) *Una mirada caleidoscópica de la MGF en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones punitivas*. Bellaterra, Departamento de Antropología Social y Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona. [Tesis doctoral]. Disponible en: [https://mgf.uab.cat/esp/publicacions\\_cientificas.html](https://mgf.uab.cat/esp/publicacions_cientificas.html).



1

LA MUTILACIÓN  
GENITAL FEMENINA  
(MGF)

## 1.1. Definición, tipologías y consecuencias para la salud

La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica tradicional con fuertes raíces ancestrales y socioculturales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como «todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos» (WHO, 2016). Según datos de UNICEF, afecta a 200 millones de mujeres en el mundo y 3 millones de niñas están en riesgo de sufrirla cada año.

La OMS clasifica la MGF en cuatro tipologías (2016):

- **Tipo I:** la circuncisión o eliminación del prepucio del clítoris, con o sin amputación parcial o total. En la cultura islámica se conoce como *suna* (tradición) y suele equipararse a la circuncisión masculina.
- **Tipo II:** la escisión implica la resección parcial o total del clítoris y puede incluir el corte de los labios mayores y menores.
- **Tipo III:** la infibulación consiste en el estrechamiento o sellado de la apertura vaginal mediante el corte y recolocación de los labios menores. A veces, también de los labios mayores con o sin resección del clítoris. Se dejan dos pequeños orificios para la salida de orina y sangre menstrual.
- **Tipo IV:** incluye todos los demás procedimientos que lesionen los genitales externos con finalidades no médicas, como la perforación, la incisión, el raspado, la cauterización o la introducción de sustancias corrosivas en la zona genital.

Complicaciones agudas / inmediatas	Complicaciones a medio y largo plazo
Hemorragias (posteriormente puede presentarse anemia)	Ginecológicas y urinarias: infecciones (insuficiencia renal), incontinencia urinaria, dismenorrea, hematocolpos, salpingitis, inflamación pélvica.
Shock hipovolémico (si existe sangrado importante) o séptico (por diseminación de la infección de tejidos lesionados)	
Complicaciones urinarias (infecciones y retenciones de orina, lesión del meato urinario...)	Obstétricas: desgarros, partos prolongados, fístulas vesicovaginales, sufrimiento fetal o muerte del recién nacido.
Lesiones del tejido (por la realización de la MGF)	
Infecciones (debidas al mismo corte, por la afectación de tejidos adyacentes o por los utensilios usados): tétanos, enfermedades infecciosas como VIH, VHB, VHC...	Sexuales y reproductivas: estenosis introito vaginal, dispareunia, disminución del deseo sexual, modificación de la sensibilidad sexual, anorgasmia, infertilidad, esterilidad...
Fracturas debidas a la intervención forzada	
Dolor severo	Psicológicas: depresión y ansiedad, estrés postraumático, sentimientos de humillación y vergüenza
Sepsis	
Problemas o retraso en la cicatrización	
Estrés traumático, miedo, ansiedad	
Muerte	

La OMS (WHO, 2016) y otros estudios del ámbito de la salud y la antropología<sup>4</sup> coinciden en que la MGF conlleva complicaciones físicas y psicológicas para la salud y bienestar de las mujeres y las niñas a corto y a largo plazo. Entre las complicaciones agudas destaca el dolor intenso, las hemorragias y las infecciones, con un posible riesgo vital para la niña. Entre las consecuencias a largo plazo (desarrolladas generalmente en la edad adulta), existe el aumento del riesgo de complicaciones durante el parto y para la salud psicosexual de la mujer.

4 Dareer (1982:27-50), Dualeh Abdalla (1982:21-28), Cloudsley (1984:117), Njie-Saidy (1986), Skramstad (1990:45), Dorkenoo y Elworthy (1994:140-146), Toubia (1994) y Kaplan (1998; 2006; 2011; 2013).





## 1.2. Origen, creencias y razones

La práctica de la MGF es un evento vital profundamente arraigado a la cultura de las comunidades practicantes. En algunas sociedades, se trata de un rito de paso dentro del proceso de socialización infantil, sustentado por un complejo entramado de simbolismos sociales y religiosos que otorgan estatus, identidad étnica y de género, así como reconocimiento social y pertenencia al grupo (Kaplan, 1998b; Kaplan, et al., 2013).

Las propias mujeres africanas no dan una justificación explícita a la acción, sino que proceden directamente a ella perpetuando la práctica. Cuando se indagan los motivos para continuar con la MGF, aparecen distintas razones. Se mencionan cuestiones de higiene («es más limpio»), estéticas («puede crecer demasiado, como el pene») y creen que protege la feminidad, la pureza, la virginidad, evita la promiscuidad y garantiza el honor de la familia, asegurando el matrimonio. También se cree que promueve la fertilidad y evita el nacimiento de niños muertos en las mujeres primigrávidas, ya que es una creencia extendida que, si el recién nacido toca con la cabeza el clítoris de la madre al nacer, puede morir o sufrir algún trastorno mental (Kaplan, 1998b).

A la vez, existen consecuencias que se derivan de la no realización del ritual: la niña será víctima de la marginación, la humillación y la exclusión. Todos estos elementos también se encuentran presentes en mujeres y niñas de las comunidades inmigradas, ya que representan el enlace con sus orígenes familiares y culturales. Negarse a su realización supone cuestionar la autoridad de los mayores en origen en el sí de sociedades fuertemente gerontocráticas, lo cual provoca un conflicto de lealtades.

La edad de realización de la práctica oscila entre los 0 y los 15 años, aunque puede producirse entre el séptimo día después del nacimiento hasta la pre-pubertad (aunque siempre antes de la primera menstruación). Las nuevas tendencias evidencian una reducción en la edad de la intervención, con lo cual se convierte en un procedimiento puramente físico. También se percibe un cambio en la tipología (tendencia a realizar la MGF de tipo I, de menor extensión anatómica) y un aumento en la medicalización de la práctica, es decir, que se promueve y se ejerce por los propios profesionales de la salud en centros públicos y privados, para asegurar que se realiza en condiciones sanitarias propicias y se utilizan materiales de un solo uso para prevenir posibles infecciones.

Un factor clave de los cambios de tendencia es el proceso migratorio y su influencia en las decisiones familiares en origen. Si se realiza un trabajo de sensibilización con familias en destino, estas son portadoras de conocimiento y, por lo tanto, multiplicadoras de información. Así, el trabajo realizado en destino conlleva efectos significativos en la decisión de realizar o no la práctica de la MGF en origen.

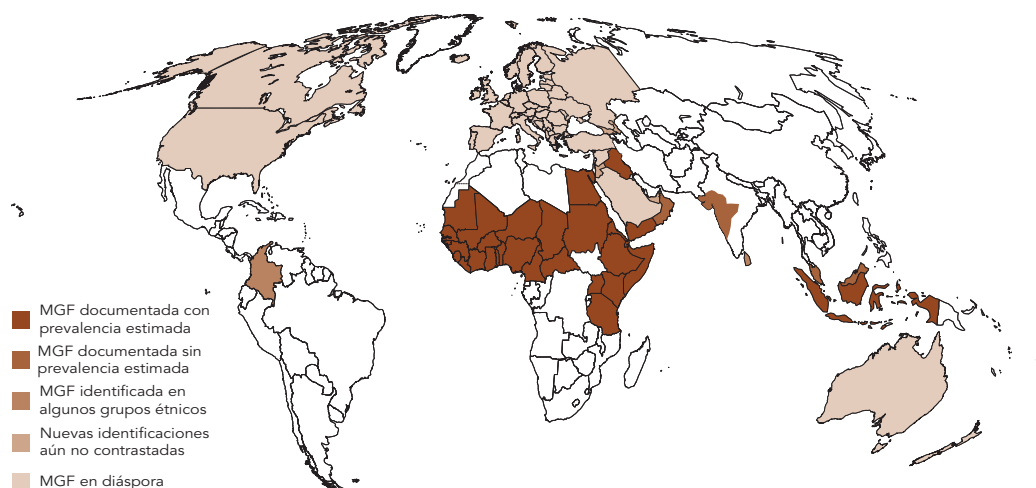


2

GEOGRAFÍA  
DE LA MGF  
EN EL MUNDO

La MGF se practica en 30 países del África subsahariana, Oriente Medio y Asia (Irak, Indonesia, la India, Malasia, los Emiratos Árabes Unidos y Arabia Saudita), y su prevalencia varía entre países y grupos étnicos. Con las migraciones, lo que un día fue local, hoy es global y la práctica está en la diáspora a nivel mundial.

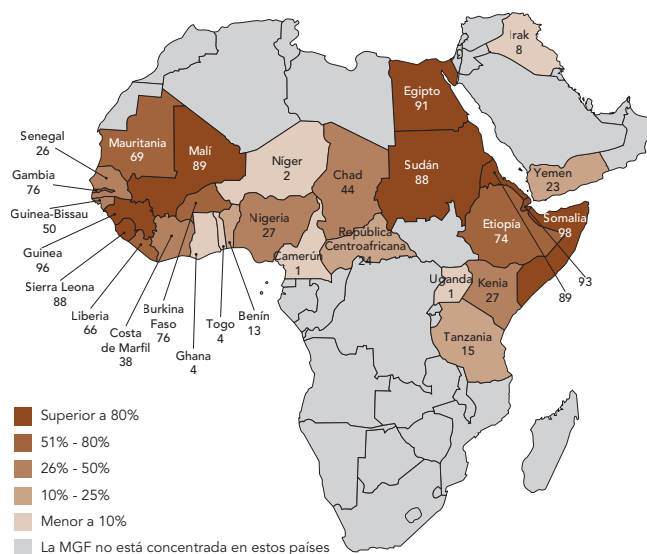
**Mapa 1.** Mapamundi de la MGF



Fuente: Fundación Wassu-UAB y el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP) de la Universitat Autònoma de Barcelona, 2017.

A continuación, se identifican los países africanos donde se practica la MGF y su respectiva prevalencia que afecta a la población femenina de 0 a 45 años (UNICEF, 2013). Es necesario remarcar que no todos los grupos étnicos que viven en estos países la realizan, ni todas las etnias practicantes siguen el mismo procedimiento.

**Mapa 2.** Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a una MGF, por país, en África y Oriente Medio

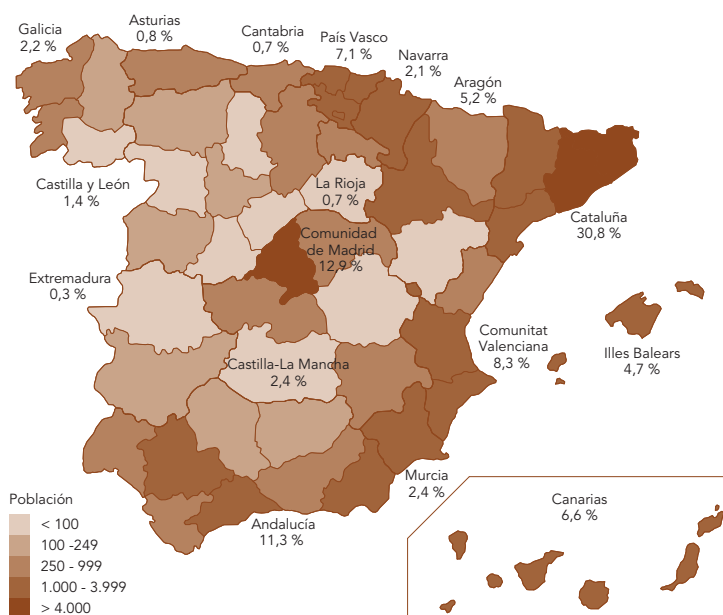


Fuente: UNICEF (2013). «Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change». *Reproductive Health Matters*. Vol. 21, N.º 42. Nueva York.



Según datos del último *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016* (Kaplan y López-Gay, 2017), en el Estado español residen 242.849 personas con origen en países donde se practica la MGF: 69.086 son mujeres de 0 a 49 años y 18.396, de 0 a 14.

**Mapa 3.** Distribución territorial en España de la población femenina con nacionalidad en países donde se practica la MGF



Fuente: Kaplan, A. y López-Gay, A. (2017) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

**Tabla 1.**

Población femenina en España según la comunidad autónoma de residencia y el país de origen												
	Nigeria	Senegal	Gambia	Guinea	Ghana	Malí	Mauritania	Camerún	Etiopía	Egipto	Otros	Total
Cataluña	3.107	5.410	4.273	1.882	1.713	1.495	319	616	511	572	1.400	<b>21.298</b>
Madrid, Comunidad de	3.941	906	71	586	239	243	101	499	342	352	1.611	<b>8.891</b>
Andalucía	2.404	1.912	80	217	490	233	310	157	150	213	1.654	<b>7.820</b>
Comunitat Valenciana	2.425	990	89	335	153	241	145	234	151	207	778	<b>5.748</b>
País Vasco	2.202	755	39	156	253	183	398	338	69	30	467	<b>4.890</b>
Canarias	744	1.460	64	314	155	53	1.103	37	43	51	554	<b>4.578</b>
Aragón	415	681	626	481	509	348	73	118	23	49	245	<b>3.568</b>
Balears, Illes	1.186	1.192	29	137	119	184	58	88	23	37	205	<b>3.258</b>
Murcia, Región de	603	353	35	70	186	119	22	32	65	22	140	<b>1.647</b>
Castilla-La Mancha	701	164	7	77	54	242	39	76	75	37	168	<b>1.640</b>
Galicia	337	472	8	47	66	17	41	29	293	30	148	<b>1.488</b>
Navarra, Comunidad Foral de	564	286	-	78	173	101	26	78	17	32	100	<b>1.458</b>



Población femenina en España según la comunidad autónoma de residencia y el país de origen												
	Nigeria	Senegal	Gambia	Guinea	Ghana	Malí	Mauritania	Camerún	Etiopía	Egipto	Otros	Total
Castilla y León	204	214	44	34	72	43	38	38	42	30	225	<b>984</b>
Asturias, Principado de	178	193	-	33	19	-	17	19	24	32	68	<b>585</b>
Rioja, La	72	-	12	84	97	62	-	22	15	14	99	<b>506</b>
Cantabria	133	111	-	15	18	-	6	102	35	10	51	<b>485</b>
Extremadura	-	51	-	8	-	7	6	-	-	-	81	<b>213</b>
Ceuta y Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	<b>29</b>
Total general	19.248	15.180	5.385	4.555	4.318	3.575	2.706	2.497	1.892	1.723	8.007	<b>69.086</b>

Fuente: Kaplan, A. y López-Gay, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

**Tabla 2.**

Población femenina de 0 a 14 años según la comunidad autónoma de residencia y el país de origen												
	Nigeria	Senegal	Gambia	Guinea	Ghana	Malí	Mauritania	Camerún	Etiopía	Egipto	Otros	Total
Cataluña	828	1.652	1.246	483	484	670	111	106	385	134	196	<b>6.295</b>
Madrid, Comunidad de	1.068	223	15	100	54	98	24	102	151	71	222	<b>2.128</b>
Andalucía	573	455	18	51	121	98	90	23	80	40	192	<b>1.741</b>
Comunitat Valenciana	670	274	23	61	55	96	45	40	105	47	85	<b>1.501</b>
País Vasco	701	193	12	43	75	70	98	76	50	7	53	<b>1.378</b>
Canarias	215	277	14	65	30	20	275	-	32	-	56	<b>995</b>
Aragón	103	196	208	89	134	119	23	18	20	15	44	<b>969</b>
Balears, Illes	278	335	8	41	23	79	21	19	15	-	25	<b>846</b>
Murcia, Región de	193	109	9	21	46	49	5	-	55	-	22	<b>515</b>
Castilla-La Mancha	186	48	-	23	18	104	-	14	58	16	27	<b>504</b>
Galicia	52	119	-	-	14	7	16	-	231	9	22	<b>479</b>
Navarra, Comunidad Foral de	139	75	-	16	49	34	-	16	12	13	8	<b>369</b>
Castilla y León	30	47	11	-	28	18	10	6	34	7	29	<b>225</b>
Rioja, La	19	10	7	17	35	30	-	-	13	7	25	<b>167</b>
Asturias, Principado de	36	43	-	-	7	-	5	-	17	8	9	<b>131</b>
Cantabria	21	27	-	-	-	-	-	24	29	-	8	<b>118</b>
Extremadura	-	9	-	-	-	-	-	-	7	-	-	<b>30</b>
Ceuta y Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>5</b>
Total general	5.116	4.092	1.576	1.024	1.179	1.496	740	463	1.295	390	1.025	<b>18.396</b>

Fuente: Kaplan, A. y López-Gay, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.



**Tabla 3.**

Población femenina en Cataluña según la provincia de residencia y el país de origen					
País origen	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Total
Senegal	2.946	874	853	737	<b>5.410</b>
Gambia	1.540	2.362	316	55	<b>4.273</b>
Nigeria	2.086	277	370	374	<b>3.107</b>
Guinea	1.283	193	330	76	<b>1.882</b>
Ghana	1.400	113	85	115	<b>1.713</b>
Malí	737	393	306	59	<b>1.495</b>
Camerún	380	85	118	33	<b>616</b>
Egipto	362	18	157	35	<b>572</b>
Etiopía	418	29	9	55	<b>511</b>
Mauritania	196	84	-	-	<b>319</b>
Costa de Marfil	146	18	67	7	<b>238</b>
Guinea-Bissau	149	9	64	-	<b>225</b>
Indonesia	129	31	6	18	<b>184</b>
Kenia	97	12	6	12	<b>127</b>
Iraq	99	-	-	7	<b>110</b>
Malasia	88	-	6	-	<b>102</b>
Burkina Faso	59	-	26	-	<b>99</b>
Sierra Leona	39	7	-	-	<b>55</b>
Otros países	206	14	18	22	<b>260</b>
<b>Total general</b>	<b>12.360</b>	<b>4.538</b>	<b>2.779</b>	<b>1.621</b>	<b>21.298</b>

Fuente: Kaplan, A. y López-Gay, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

**Tabla 4.**

Población femenina de 0 a 14 años según la provincia de residencia y el país de origen					
País origen	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Total
Senegal	916	228	266	242	<b>1.652</b>
Gambia	408	742	79	17	<b>1.246</b>
Nigeria	565	63	96	104	<b>828</b>
Malí	336	174	126	34	<b>670</b>
Ghana	389	37	24	34	<b>484</b>
Guinea	293	70	101	19	<b>483</b>
Etiopía	319	22	6	38	<b>385</b>
Egipto	86	-	38	-	<b>134</b>
Mauritania	63	34	-	-	<b>111</b>
Camerún	61	17	21	7	<b>106</b>
Otros países	133	15	39	9	<b>196</b>
<b>Total general</b>	<b>3.569</b>	<b>1.409</b>	<b>809</b>	<b>508</b>	<b>6.295</b>

Fuente: Kaplan, A. y López-Gay, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

Cataluña es la comunidad autónoma con más población de estos orígenes, con 76.095 personas de países donde se practica la MGF, de las cuales 21.298 son mujeres y 6.295 son niñas de 0 a 14 años. Si observamos la evolución de la población femenina de estos orígenes en Cataluña, observamos un incremento del 41,4% entre el periodo 2008-2012 y de un 4,5% entre 2012-2016. Más especí-



ficamente, **en el caso de las niñas de 0 a 14 años, se identifica un crecimiento del 44,6% entre 2008 y 2012, pero un decrecimiento del 6% entre 2012 y 2016.**

Este último dato hace plantear algunas hipótesis al respecto: la degradación de la situación en Cataluña debido a la crisis socioeconómica y las migraciones a otros países europeos, pero también se debe al miedo de las familias y el rechazo a las intervenciones punitivas que se han llevado a cabo estos años en materia de MGF en el territorio, que han incentivado el no regreso de niñas que habían viajado a sus países de origen (Kaplan y López-Gay, 2017: 96).



3

ESCENARIOS  
E IMPLICACIONES  
LEGALES  
EN CATALUÑA



La identificación de las situaciones o escenarios más frecuentes en los que encontramos a niñas y mujeres con una MGF realizada son los que se detallan a continuación y permiten valorar el tipo de intervención y acompañamiento más apropiado que debe darse des de los servicios de atención primaria:

- Mujeres adultas que llegan a España con una MGF practicada.
- Niñas que llegan a España por reagrupación familiar con una MGF practicada.
- Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF durante un viaje de vacaciones al país de origen de sus padres, existiendo o no consentimiento de estos.
- Niñas nacidas en España, que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan con una MGF practicada, generalmente por sus abuelas, con o sin consentimiento de los padres.
- Niñas nacidas en España a las que se realiza la MGF en territorio español o en otros países europeos.
- Familias en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no.
- Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada.

## Artículo 149.2 del Código Penal

La MGF constituye un delito de lesiones en el Código Penal:

«El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.»

El bien jurídico protegido en estas figuras delictivas tiene un directo reconocimiento constitucional en el derecho a la integridad física y moral, recogido en el artículo 15 de la Constitución española, y comprende:

- a. La integridad corporal o física, que puede entenderse como el estado del cuerpo en su concreta plenitud anatómico/funcional interna y externa. Esta resultará vulnerada a través de toda pérdida, inutilización, menoscabo o desfiguración de cualesquiera órganos, miembros o partes del cuerpo.
- b. La mención de la integridad corporal y la salud como bienes jurídicos protegidos en los delitos de lesiones, ha merecido una amplia acogida tanto doctrinal como jurisprudencial.
- c. La integridad y la salud personal, tanto física como mental, del ser humano, según la definición de *salud* de la OMS.
- d. El desarrollo psíquico y físico del menor.

## La aplicación en el ordenamiento penal español del principio de justicia universal en relación con la MGF.

La Fundación Wassu-UAB se reúne el 22 de abril de 2014 con el jurista Sr. Joan Merelo Barberá, presidente de la Comisión de Justicia Penal Internacional del Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona (ICAB), para consultar sobre la modificación de la ley relativa a la justicia universal en relación con la MGF.



La Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, legislación consolidada,<sup>5</sup> introduce en su redacción dada por la Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, del Poder Judicial, la competencia de la justicia española para perseguir extraterritorialmente la práctica. El cambio legislativo en relación con la MGF se introduce con la aprobación de la:

- Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal (BOE n.º 63, del 14 de marzo de 2014), que enuncia en su apartado 4.l:

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

l) Delitos regulados en el **Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011**<sup>6</sup> sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:

- 1.º el procedimiento se dirija contra un español;
- 2.º el procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España; o,
- 3.º **el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España**, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España.»

Acorde con el punto tercero, las niñas reagrupadas que vienen con una MGF ya realizada quedarían exentas de denuncia.

5 La Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-11863>), en su exposición de motivos regula:

«La mutilación genital femenina constituye un grave atentado contra los derechos humanos, es un ejercicio de violencia contra las mujeres que afecta directamente a su integridad como personas. La mutilación de los órganos genitales de las niñas y las jóvenes debe considerarse un trato “inhumano y degradante” incluido, junto a la tortura, en las prohibiciones del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. Los Estados miembros de la Unión Europea, cuyas constituciones reconocen el derecho a la integridad personal, tanto física como mental, como un derecho fundamental, se han visto enfrentados a un fenómeno de exportación de la práctica de mutilaciones genitales femeninas debido a la inmigración de personas procedentes de países donde estas prácticas constituyen una costumbre tradicional aún en vigor.

El hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea, no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos. La OMS estima que en el mundo hay 130 millones de mujeres víctimas de mutilaciones genitales practicadas en nombre de culturas y tradiciones religiosas.

La Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 2.f. prevé que los Estados parte adopten medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan una discriminación contra las mujeres.

Asimismo, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y el Programa de Pekín (1995), incluyen recomendaciones a los Estados a fin de erradicar las mutilaciones genitales femeninas y modificar los comportamientos sociales y culturales, y acabar así con los prejuicios y prácticas lesivos para las personas.

En esta línea se inscribe la presente Ley Orgánica al posibilitar la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país.»

6 España ratificó este Convenio el 1 de agosto de 2014. Leer artículo 38 del Convenio.



4

ANTECEDENTES  
EN LA ACTUACIÓN  
Y PREVENCIÓN DE  
LA MGF EN CATALUÑA

## 4.1. Primeros casos (1993)

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. Las zonas costeras y cercanas a Barcelona (Premià de Mar, Premià de Dalt y Mataró) es donde se asentaron los primeros migrantes de etnia mandinga. En Girona (Salt, Olot, Banyoles, Arbúcies y Santa Coloma de Farners) lo hicieron los saraholes y en Calella, Pineda de Mar, Malgrat y la provincia de Lleida, los de etnia fula, procedentes mayoritariamente de Gambia, Senegal y algunos de Guinea-Bissau (Kaplan, 1998:100-103).

Con la reagrupación familiar aparecen los primeros casos de MGF en niñas y se desata la polémica en la opinión pública. En 1993 se detectan los dos primeros, en Mataró (Barcelona) y en Salt (Girona). En ambos se dio el mismo escenario: la práctica de la MGF a las menores fue realizada por una mujer que vino de Gambia, pagada por los familiares. Era una modalidad que se llevaba a cabo en Francia con población procedente sobretodo de Mali. Cada familia aportaba una cantidad para sufragar los gastos de la iniciadora, que luego regresaba a África. Los dos casos fueron detectados en los servicios de salud y denunciados. La resolución de uno y de otro fue la absolución por parte de la Fiscalía, alegando la no intencionalidad de la lesión por parte de los padres, gracias a un peritaje antropológico y al error de prohibición (Kaplan, 1998b; 2006). **Curiosamente, con anterioridad a estos casos, no se habían detectado mutilaciones a mujeres en los servicios de ginecología, y se manifestaba, ya en aquellos años, la necesidad de formación a profesionales en materia de MGF.**

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 extremadamente compleja que debe ser tratada cuidadosamente. Este aspecto se interpreta como relativismo cultural, sin entender que el hecho de explicar la práctica, no significa defenderla (Kaplan, 1998:80; Álvarez, 1993:11; San Román, 1996:116-119; Rodríguez, 2002:9; Mangas, 2017:145-147). Es en este mismo intervalo de tiempo cuando se va gestando el Modelo Wassu, que parte de la investigación etnográfica entre los países de origen y destino, realizada por la antropóloga Adriana Kaplan.

## 4.2. La respuesta de la Generalitat de Cataluña (2000-2004)

En 2001 el Parlament insta al Gobierno de la Generalitat de Cataluña para hacer un plan de choque y erradicar la MGF. En su Resolución 832/VI, se habla de medidas contra las «mutilaciones rituales genitales femeninas», una de las prácticas más problemáticas y peor resueltas, derivadas del contacto intercultural (La Barbera, 2009, citado en Fernández, 2011:394). Con el fin de fomentar la buena coordinación entre los y las profesionales que intervienen durante su práctica profesional con las familias de origen subsahariano, se gesta el protocolo de actuación para prevenir la MGF en la provincia de Girona, que es presentado por la Generalitat de Cataluña el año 2002. Dos años más tarde, en 2004, profesionales que mantienen contacto directo con las comunidades denuncian públicamente que la actuación del protocolo se focaliza en el control y la persecución de las familias que viajan a su país de origen (Mangas, 2017:154-155).

Con el objetivo de valorar el seguimiento del protocolo de MGF después de dos años de existencia, en 2004 se crea una comisión<sup>7</sup> liderada por la Secretaría para la Inmigración, el Instituto Cata-

7 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 Comisión Nacional para una Intervención Coordinada contra la Violencia Machista, a nivel autonómico en Cataluña, que se pone en marcha a partir del 2006 en Girona y en 2008 a nivel autonómico.



lán de la Mujer (ICD), la Secretaría de la Familia, el Departamento de Salud, el Departamento de Educación y el Departamento de Interior de la Generalitat de Cataluña, las asociaciones Yamari kafo y Equis, y también los y las profesionales involucrados en el tema de la MGF desde los años 90 (Mangas, 2017:168).

Las reuniones mantenidas concluyen que es necesaria la recogida de materiales realizados para la elaboración de un diagnóstico sobre la situación de la MGF en Cataluña. Se esperaba que, como resultado del trabajo conjunto, se pudiera evaluar el impacto de las actuaciones de carácter reactivo que se habían implementado ante la existencia de un viaje al país de origen por parte de las familias subsaharianas. También se pensaba poder diseñar propuestas conjuntas para fomentar y mejorar la prevención en materia de MGF. Según lo acordado en las reuniones, el próximo plan de acción tenía que estipular la normativa obligatoria y reconocida por todos los agentes involucrados (Mangas, 2017:158-167).

**El equipo de investigación GIPE/PTP<sup>8</sup> presentó al Síndic de Greuges de Cataluña un informe (2004)<sup>9</sup> en que denunciaba las actuaciones de control,<sup>10</sup> y alertaba de como esa situación estaba creando «un estado de opinión entre los profesionales, centrado en la criminalización y la denuncia, antes que en el entendimiento y la prevención». Reivindicaron que se habían presentado propuestas de colaboración para la prevención y atención de la MGF sin obtener respuesta hasta el momento. **La intervención del Síndic de Greuges se solicita para «insistir a la Administración pública catalana que clarifique las estrategias en materia de MGF, dote de recursos económicos y ponga en marcha los mecanismos necesarios** para evitar la aparición de futuros casos, sin lesionar la convivencia entre culturas diversas y, a la vez, respetar los derechos fundamentales de las familias, mujeres y las propias niñas».**

### 4.3. Antecedentes de las mesas de prevención de la MGF (2005-2008)

El Plan de ciudadanía e inmigración (2005-2008)<sup>11</sup> se presenta el 2005 por parte de la Secretaría para la Inmigración de la Generalitat de Cataluña ante la Comisión de Política Social del Parlament de Cataluña. Contempla tres ejes: 1) políticas de acogida; 2) políticas de igualdad, y 3) políticas de acomodación.<sup>12</sup> En el tercer eje se describe el programa: «Soporte a profesionales en la gestión de casos de mutilaciones genitales» (dentro del objetivo «gestión de la diversidad» en el ámbito «sexo»).

Liderado por el Departamento de Salud (en colaboración con el Departamento de Educación, el Departamento de Interior, la Secretaría para la Inmigración, la Secretaría de Familias e Infancia, el Instituto Catalán de las Mujeres (ICD), administraciones locales, entidades y asociaciones de migrantes subsaharianos), el programa perseguía el objetivo de dar respuesta a las inquietudes de los y las profesionales mediante un abordaje transversal de la MGF con un equipo de supervisión y coordinación de casos.

8 Formado por profesionales de los ámbitos de la salud, los servicios sociales, la pedagogía, la jurisprudencia y la antropología. Algunos de ellos, posteriormente, formaron parte del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales y Perjudiciales (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB, que forma parte de la Fundación Wassu-UAB.

9 Informe sobre la situación de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña al Síndic de Greuges. Barcelona, 26.11.2004.

10 No era la primera vez que se denunciaban públicamente estas actuaciones punitivas, como, por ejemplo, en la Declaración de Barcelona, 31 de julio de 2004. Fórum Mundial de las Mujeres.

11 Secretaría para la Inmigración. (2005) *Plan de ciudadanía e inmigración [2005-2008]*. Barcelona, Bienestar Social y Familia. Generalitat de Catalunya. 194 p.

12 Fuente: [http://benestar.gencat.cat/ca/ambits\\_tematicas/immigracio/politiques\\_i\\_plans\\_dactuacio/antecedents/](http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematicas/immigracio/politiques_i_plans_dactuacio/antecedents/).



Las funciones del equipo contemplaban:

1. La revisión y difusión de materiales existentes sobre cómo intervenir en casos de riesgo de realización de la práctica.
2. La edición de materiales en distintos idiomas en relación con la legislación española vigente en materia de MGF.
3. El trabajo comunitario llevado a cabo a través de la Agencia de Cooperación al Desarrollo, juntamente con grupos y ONG especialistas en el abordaje de prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de mujeres y niñas en origen, centrado en las mujeres como sujetos (no como objetos) de intervención.
4. La creación de un equipo de supervisión y seguimiento de casos de MGF.

Sin embargo, **no se despliega el programa tal y como queda definido y el Departamento de Salud finalmente no interviene.**

En 2008, se crean las mesas de prevención de la MGF en Girona, promovidas por dos secretarías: 1) la de Inmigración, mediante sus técnicos y técnicas, y 2) la de Interior, a través de los Mossos d'Esquadra. Según fuentes de la Generalitat, en Cataluña existen más de 70 mesas locales y comarcales de prevención de la MGF<sup>13</sup> (Mangas, 2017:187).

En síntesis, la MGF se incluye en los distintos protocolos elaborados y reeditados desde el Plan director de inmigración en el ámbito de la salud (2005-2007), pero aparece de forma anecdótica en los anexos de los protocolos generales de ginecología y pediatría.

**Se observa como el protocolo general (del año 2002) no promueve mejoras en la prevención ni la atención de la MGF, vulnera derechos de las personas y se victimiza a las familias a través de las actuaciones de carácter punitivo que se despliegan.**

13 Nota de prensa «Experts en la lluita contra la mutilació genital femenina analitzen l'impacte de la jurisprudència recent», 27 de mayo de 2014. Generalitat de Catalunya.



5

EL MODELO  
DE ACTUACIÓN  
EN CATALUÑA  
A PARTIR DE 2008

Con la aprobación de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, aparecen nuevos protocolos sobre el tema de la MGF encaminados a dar respuesta a este nuevo enfoque desde la violencia machista (se destaca en 2008 el Protocolo de prevención y atención policial de la MGF,<sup>14</sup> la reedición en 2009 del Protocolo de actuaciones de la MGF<sup>15</sup> y los microprotocolos de MGF que se elaboran a nivel municipal).

**El European Institute for Gender Equality (EIGE) publica en 2013 un informe sobre buenas prácticas para el abordaje de la MGF<sup>16</sup> y critica la ausencia de evaluación en relación con la eficacia y el impacto del protocolo, después de más de diez años de funcionamiento.** El informe incide en dos aspectos que son recogidos y probados en la tesis doctoral de Mangas (2017):<sup>17</sup>

1. es necesario mejorar la formación y sensibilización de profesionales de atención primaria en salud (sobre todo en los servicios de pediatría);
2. el protocolo se ha convertido en una herramienta de protección y no de prevención, que evita el daño sin importar sus consecuencias.

La Ley 5/2008 define la MGF o el riesgo de que se practique como «cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales o produzca lesiones, aunque haya consentimiento expreso o tácito de la mujer». Esta ley ignora la cirugía genital cosmética (practicada en clínicas privadas), que coexiste con la reconstrucción genital femenina.

El Departamento de Salud pública de la Generalitat de Cataluña comunica en 2015 que se ofrecerá la reconstrucción de clítoris a las mujeres que hayan pasado por una MGF. Se establece el Hospital Clínico de Barcelona como el centro de referencia para llevar a cabo esta intervención quirúrgica, donde se dispone de profesionales preparados para ofrecer apoyo psicológico durante el tratamiento y cuando sea necesario. Además, se establece un circuito de derivación profesional en el que los centros de atención primaria y el Servicio de Atención Sexual y Reproductiva se consideran servicios de «atención directa a las mujeres, para que puedan ser derivadas al hospital público autorizado para realizar la intervención»<sup>18</sup> (Mangas, 2017:238-240).

## 5.1. El protocolo catalán de actuación para prevenir la MGF

El Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina (MGF)<sup>19</sup> se vuelve a editar en 2007 por parte de la Secretaría para la Inmigración, en colaboración con el Departamento de Interior, el de Salud, y el de Bienestar Social y Familia.

En línea con el primer protocolo del año 2002, en el nuevo se siguen presentando los aspectos generales sobre la MGF, los motivos de atención, de posible riesgo, indicadores de sospecha, consecuencias de la práctica, recomendaciones generales y un apartado de intervención para profesionales de distintos ámbitos. Como novedades, se actualiza el marco legal vigente añadiendo el artículo 149.2 del Código Penal,<sup>20</sup> donde se especifica la MGF como un delito de lesiones, y la

14 Departamento de Interior, Relaciones Institucionales y Participación. (2008) *Protocol de prevenció i atenció policial de la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 6 p.

15 Secretaría para la Inmigración. (2009 [2007]) *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departamento de Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya, 40 p.

16 Véase: European Institute for Gender Equality (EIGE), 2013.

17 Mangas, A. (2017), *op. cit.*

18 Véase: Secretaría de Salud Pública, 2015.

19 Secretaría para la Inmigración (2007), *op. cit.*

20 Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, en la que se modifica el artículo 149 del Código Penal y se especifica la práctica de la MGF.





Ley Orgánica 3/2005,<sup>21</sup> que permite la persecución extraterritorial de la práctica. Otra novedad es el detalle de los distintos niveles de actuación, ya que se establecen cinco estadios de intervención (Mangas, 2017:290-302):

- 1. El nivel de prevención:** incorpora actividades de información y formación dirigidas a profesionales en materia de MGF; acciones de información y educación sanitaria dirigidas a la ciudadanía mediante actividades comunitarias desarrolladas desde los servicios de atención primaria, en red con la comunidad y las asociaciones; actividades de edición de materiales informativos, y la educación sanitaria a las familias y las niñas.
- 2. En nivel de detección:** se involucran, por orden, todos los agentes (salud, seguridad, educación, servicios sociales, atención a menores en riesgo, asociaciones para la prevención de la MGF y otros).
- 3. El nivel de atención no urgente:** se activa una vez detectada una MGF. Son motivos de atención y de valoración del riesgo: el hecho de pertenecer a una etnia que practica la MGF, pertenecer a una familia o grupo familiar que realiza la MGF, y/o la proximidad de un viaje o vacaciones al país de origen.
- 4. El nivel de atención urgente:** se activa una vez se han valorado los factores de riesgo y hay una situación de riesgo inminente de que se realice la práctica, o bien cuando la niña viaja a su país de origen intacta y regresa con una MGF practicada.
- 5. El nivel de recuperación:** implica garantizar una atención holística a las secuelas tanto físicas como psicológicas de la niña y, de forma eventual, realizar una intervención quirúrgica para revertir las secuelas.

En todos los niveles de actuación, se involucran distintos agentes: los profesionales de la salud, los servicios sociales, los centros docentes, los servicios de atención a menores en riesgo, los cuerpos de seguridad y, también, las asociaciones que trabajan para la prevención de la MGF. Sin embargo, los y las profesionales de la salud son los que tienen una función preponderante, y destacan su presencia e implicación en las acciones previstas en todos los niveles. En el apartado Intervención de profesionales de la salud del protocolo, se deriva a la guía *Mutilación genital femenina, prevención y atención*,<sup>22</sup> que fue editada en 2006 por el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y producida por el GIPE/PTP de la Universitat Autònoma de Barcelona.

## 5.2. Las mesas de prevención de la MGF

En el marco de la Ley 5/2008 se promueve el modelo de las mesas de prevención de la MGF en todo el territorio catalán, creadas en 2008 por la Secretaría para la Inmigración en Girona por parte de la Dirección General para la Inmigración, en colaboración con el Departamento de Interior. **No se realiza ninguna evaluación previa del impacto de las actuaciones promovidas en el marco de estas mesas y se observa como el Departamento de Interior se empieza a implicar en el tema,** hasta el punto que, en 2009, los Mossos d'Esquadra viajan a Gambia para presentar el protocolo de

21 Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, en la que se añade al apartado 4 del art. 23, un nuevo epígrafe g), relativo a la MGF y a su persecución extraterritorial, siempre que los responsables se encuentren en España.

22 Instituto Catalán de Salud. (2006) *Mutilació genital femenina: prevenció i atenció*. Barcelona, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. [Guía realizada por el GIPE/PTP, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona. Esta nueva guía, suponía la actualización de la anterior editada por la Associació Catalana de Llevadors, en la que se ampliaban un apartado de atención en la edad pediátrica y el papel de la escuela en la prevención de la práctica, ambas actuaciones fueron coordinadas por la Dra. Kaplan].



actuación de la MGF de Cataluña sin poner en conocimiento su misión ni a la Embajada de España ni a las autoridades de Gambia.

**Foto.** Mossos d'Esquadra en Gambia, 2009



Fuente: González, S. (2009).

Denunciado públicamente por mediadoras culturales, mujeres representantes de asociaciones africanas, algunas profesionales de la salud e investigadoras, **las mesas no trabajan ni en prevención ni en el trabajo comunitario, sino que fomentan un trabajo reactivo más que preventivo y se centran en el control de viajes de las menores que viajan a África con sus familias.** Como hecho común en todas las mesas, no participan miembros de las comunidades, ni asociaciones que trabajan en el territorio, solo profesionales de los distintos servicios.<sup>23</sup>

En Cataluña, según fuentes de la Generalitat, existen más de 70 mesas locales y comarcales de prevención de la MGF.<sup>24</sup> La tesis de Mangas constata que **no existen 70 mesas locales ni comarcales, sino unas 30 en toda Cataluña** (Mangas, 2017:302-316).

De carácter anual, la Secretaría de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía (anterior Dirección General para la Inmigración) pide a los municipios cumplimentar el cuestionario Datos de las mesas locales de prevención de la MGF, tarea principal a completar por parte de los referentes de las mesas. Otras funciones de las mesas incluyen la sensibilización, información y formación a los profesionales y a la población diana, pero Mangas (305-308, 2017) no identifica la promoción de actividades en este sentido durante su investigación.

La primera versión fue diseñada por el Grupo de Trabajo sobre la Prevención de la MGF de las Comarcas de Girona<sup>25</sup> con el objetivo principal de recoger los datos y conocer el estado de la cues-

23 Como, por ejemplo, en la jornada «El treball per erradicar les MGF des de l'àmbit sanitari, social i legal. Estat de la qüestió i propostes de futur», organizada por la Generalitat de Catalunya, 27.5.2014 .

24 Nota de prensa «Experts en la lluita contra la mutilació genital femenina analitzen l'impacte de la jurisprudència recent», Generalitat de Catalunya, 27.5.2014.

25 El Grupo de Trabajo sobre la Prevención de la MGF de las Comarcas de Girona, forma parte de la Comisión Técnica de Seguimiento de Protocolos de Violencia y nace en septiembre de 2009 para impulsar y coordinar la actuación ante la MGF en el territorio. Está formado por un representante de: municipios de más de 20.000 habitantes, departamentos de Salud, Interior y Educación, consejos comarcales e inmigración. Es liderado por la Dirección General de Inmigración. Ver capítulo anterior.



ción en el territorio para elaborar un informe comparativo.<sup>26</sup> Estas fichas las suelen completar estudiantes en prácticas de los diferentes servicios mediante la explotación nominal del padrón y de las historias clínicas por parte de los referentes de las mesas (el análisis de estos datos supone un gran esfuerzo), creando una base de datos donde se identifica a la población africana. **Con esta metodología, se vulneran los derechos relativos a la protección de datos, se incita al control y dejan a un lado el trabajo de prevención y atención.** Además, el cuestionario se modifica anualmente y las directrices que sigue van cambiando, hecho que hace incomparables los datos entre municipios e informes de años anteriores.

**Figura 1.** Ficha de recogida de datos 2016 de las mesas de prevención de la MGF

Ficha de recogida de casos 2016 enviada a los municipios Secretaría de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía (antigua Secretaría para la Inmigración) Generalitat de Catalunya		
Composición de la mesa local	Mesa local	(nombre)
	Persona de referencia	(nombre)
Perfil municipal en relación con la MGF	Número de niñas en riesgo	n.º
	Número de familias informadas	n.º
Casos trabajados en relación con la MGF	Total de casos de MGF trabajados	n.º
	Total de revisiones con firma del compromiso preventivo	n.º
	Total de revisiones vinculadas a un viaje sin firma del compromiso preventivo	n.º
	Total de niñas que han viajado, han vuelto y se les ha realizado la revisión	n.º
	Total de niñas que han viajado, han vuelto y no se les ha realizado la revisión	n.º
	Niñas que han viajado y no han vuelto / nacionalidad	n.º
	Casos derivados al estamento judicial o policial / nacionalidad	n.º
Casos de matrimonios forzados	Trabajo en relación con matrimonios forzados incorporado en la mesa local	n.º
	Total de casos de matrimonios forzados trabajados	n.º
Trabajo comunitario	Número de actuaciones de trabajo comunitario	n.º
	Total de asistentes / personas informadas	n.º

Fuente: ficha enviada por correo electrónico a un ayuntamiento de la provincia de Barcelona. Diciembre de 2016, p. 1/7 (Mangas, 2017:271).

En síntesis, se observa como las intervenciones realizadas en la provincia de Girona en 2004 y 2005 han sido un espejo para el resto de provincias en Catalunya, y se han repetido los mismos errores cometidos y se han seguido unas líneas de actuación extremadamente punitivas, que dejan lejos el objetivo de evitar la MGF, tal y como se observa en el apartado donde se presentan los casos.



<sup>26</sup> Estos informes corresponden a las memorias. De la provincia de Girona contamos con los informes del 2010, el 2011, el 2012, el 2013 y el 2014. Del resto de mesas de Catalunya se agrupan en un solo informe y disponemos el del año 2013, correspondiente a los datos del 2012.

6



LA IMPLEMENTACIÓN  
DEL MODELO DE  
LA GENERALITAT  
DE CATALUÑA

## 6.1. Las políticas de intervención

En 2001, el Parlament de Catalunya insta al Gobierno de la Generalitat para diseñar un plan de choque y erradicar la MGF. Después de diecisiete años, se ha logrado la redacción del primer protocolo sobre la MGF, la elaboración de decenas de microprotocolos específicos a nivel municipal y la existencia de un marco legal autonómico que incluye la MGF. **La ley y los protocolos han fomentado un marco base para iniciar el trabajo en prevención de la MGF, pero, después de casi dos décadas, se debería haber avanzado más en este tema.**

La Administración catalana ha descuidado lo más importante en la implementación de estos protocolos: el «saber», el «saber ser» y el «saber hacer», que implica la educación para la salud. Se comprueba cómo las herramientas desplegadas (los protocolos y las mesas de prevención de la MGF) pueden desencadenar en actuaciones contrarias a la finalidad para las que fueron diseñadas si no se prevé formación de las personas y agentes que las implementan. No se ha apostado por la capacitación profesional, no se ha trabajado en el empoderamiento real de la población y la creación de protocolos municipalizados **ha provocado el control y la estigmatización de la población diana, vulnerando otros derechos humanos como el derecho a la intimidad de las menores y a la protección de datos.**

Se detectan dos enfoques: el de infancia<sup>27</sup> y el de la violencia machista.<sup>28</sup> Ambos no han servido para mejorar la intervención ante la MGF: el de infancia no ha sido desplegado por falta de recursos e interés político, y el de violencia machista, se ha ejecutado desde el Departamento de Interior.

El Instituto Catalán de les Mujeres (ICD) y el Departamento de Salud delegan la actuación en materia de prevención en los departamentos de Inmigración e Interior, centrados en el control y la criminalización. **El modelo de la Generalitat convierte la MGF en una de las prácticas más problemáticas y peor resueltas en el territorio catalán, derivadas del contacto intercultural** (La Barbera, 2009, citado en Fernández, 2011:394), y deja de lado una apuesta verdadera por la prevención y la atención.

Prueba de lo anteriormente descrito, es que la MGF no consta en ningún plan del Departamento de Salud, a diferencia del de Interior e Inmigración, donde aparece explícitamente. **La formación a profesionales de los servicios de salud debería ser el eje básico y fundamental a procurar para una correcta aplicación de los protocolos y, sin embargo, es prácticamente inexistente, sin una formación continuada reglada.** El máximo proveedor de salud de Catalunya ha delegado la formación a los Mossos d'Esquadra en sesiones de no más de dos horas o por videoconferencia, y a una pediatra que realiza sesiones de forma voluntaria y poco sistemática (sin poder ser catalogadas como formación) (Mangas, 2017:457).

Durante todo el periodo, desde que el protocolo catalán entró en vigor (2002), este solamente ha tenido 4.000 euros de dotación económica. El presupuesto de la Dirección General de Inmigración, en el Plan de ciudadanía y de las migraciones: Horizonte 2016,<sup>29</sup> destinó 0 euros a las acciones que tienen que ver de forma directa con la MGF,<sup>30</sup> como las mesas de prevención de la MGF, la participación del Grupo Interdepartamental de Abordaje de la MGF o el seguimiento del Protocolo de prevención y atención policial de la MGF (Mangas, 2017:225-227).

El despliegue de la Ley 14/2010, de infancia y adolescencia, podría haber sido una oportunidad para abordar la prevención y la atención de la MGF por parte de los servicios sociales. Sin embargo, estos no han contado con los recursos necesarios para poder hacerlo.

En el Decreto 250/2013, de 12 de noviembre, de la Mesa Nacional y las mesas territoriales y locales de infancia, apenas se encuentran directrices de cómo abordar la prevención y la atención, más allá del marco normativo que hace referencia a la creación de las mesas de infancia, las cuales tampoco han sido desarrolladas tal y como estaban estipuladas en dicho Decreto. Cabe destacar que las

27 A través de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.

28 A través de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

29 Departamento de Bienestar Social i Família (2014), *op. cit.*

30 No se ha incluido el presupuesto destinado a las entidades.



únicas mesas de infancia que se han creado, han estado centradas en el abordaje de casos de riesgo, y dejan de lado el trabajo comunitario y sin clarificar el indicador «riesgo», lo que propicia magnificar algunas situaciones e incentivar una valoración incorrecta de los casos.

Sumado al progresivo desmantelamiento del sistema del bienestar que desde 2011 ha ido recorriendo el presupuesto de los servicios públicos, se observa como las «políticas de austeridad» han afectado directamente al trabajo enfocado a la atención y la prevención en general. **Mediante el análisis de casos, se detecta como la falta de formación desencadena en errores durante la actuación e intervención por parte de los y las profesionales, lo cual afecta directamente a las niñas, las familias y a los propios profesionales de atención primaria.**

Según la Dirección General de la Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) se identifican dos problemas: 1) se ha seguido la misma línea de intervención desde los inicios en que se empieza a trabajar el tema por parte de la Secretaria de Inmigración (en 2001), y 2) se ha seguido un enfoque desde la violencia machista en lugar de infancia y adolescencia, como se plantea en la Ley 14/2010.

Es importante resaltar que, por el momento, **la Administración se autoevalúa con éxito y los distintos medios de comunicación presentan los llamados «logros»**, que los difunden en jornadas, como las celebradas en 2009 y 2016 por la Generalitat de Cataluña. En la Jornada del 27 de mayo de 2014 es la única vez que se realizó una crítica al modelo con una diapositiva de una ponente que cuestionaba «¿qué modelo queremos, preventivo o punitivo?».

## 6.2. El despliegue del protocolo a través de las mesas de prevención de la MGF

El Protocolo de actuación para prevenir la MGF es una herramienta útil, esencial y necesaria, que establece elementos y factores para poder identificar una situación de riesgo de MGF.<sup>31</sup> Cada situación y contexto familiar merece un análisis cuidadoso y respetuoso que valore los factores de riesgo, antes de activar el siguiente nivel de actuación que marca el protocolo.

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

Acorde con lo mencionado en el apartado anterior, **la presentación del protocolo a los y las profesionales de salud, los servicios sociales y la educación se realiza por parte de los Mossos d'Esquadra**,<sup>32</sup> que pertenecen al Departamento de Interior (las unidades del GAV<sup>33</sup> y ORC<sup>34</sup>), encargados a nivel local y comarcal del despliegue del protocolo.

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

**Esta situación entra en contradicción con lo que establece el mismo protocolo: «la intervención judicial, en todo caso, es el último recurso que se debe utilizar delante de la conducta que**

31 Motivos de atención y posible riesgo: pertenecer a una etnia que practique la MGF; pertenecer a una familia en la que la madre y/o hermanas la hayan sufrido; pertenecer a un grupo familiar practicante que tiene muy presente el mito del retorno al país de origen, y proximidad de un viaje que puedan hacer o unas vacaciones en que la menor pueda ir al país de origen.

32 Cabe destacar que Cataluña es la única comunidad autónoma que potencia la intervención policial y cuenta con un protocolo específico de prevención y atención policial de la MGF desde julio 2008, desplegado a propósito de la Ley 5/2008.

33 GAV: Grupo de Atención a la Víctima.

34 ORC: Oficina de Relaciones con la Comunidad, los llamados «mossos de proximidad».



**se quiere evitar».** En los casos anteriormente descritos, es la primera medida que se toma y la valoración del riesgo se hace basándose en la existencia de un viaje programado o la sospecha de ello, sin más elementos contrastados.

De acuerdo con las entrevistas realizadas por la Dra. Aina Mangas durante el desarrollo de su tesis doctoral (2017:296-301) y mediante el análisis de casos de MGF, destacamos de cada nivel que establece el protocolo los siguientes datos:

- 1. En el nivel de prevención:** se identifica cómo los profesionales cuando hablan de activar el protocolo, es solo y exclusivamente ante la detección de los viajes. En las entrevistas, los y las profesionales destacan de forma unánime la falta de formación, herramientas y metodología que vayan más allá del registro y control de la población africana. Tal y como se ha mencionado con anterioridad, las formaciones que reciben los y las profesionales se concentran en sesiones de dos horas impartidas por Mossos d'Esquadra. Los profesionales inciden en la falta de recursos para poder trabajar en prevención.
- 2. En el nivel de detección:** existe mucha invisibilidad en este nivel, lo cual imposibilita la detección de la MGF por los siguientes factores:
  - Las mujeres africanas que han pasado por una MGF no consultan a su médico sobre ello.
  - Las mutilaciones no se realizan en España, por lo que no se detectan consecuencias a corto plazo, solo las que se manifiestan a largo plazo.
  - La falta de formación influye directamente en la detección, que a veces es nula por parte del o la profesional por desconocimiento.
  - El o la profesional desconoce cómo poder abordar respetuosamente el tema una vez se ha detectado y, por este motivo, decide no abordarlo.
  - Hay una falta de registro en la historia clínica de mujeres que tienen una MGF practicada y no se deja constancia como antecedente de salud.

En línea con lo anteriormente descrito, se interpreta como *detección* el conocimiento de un viaje al país de origen con las niñas, con lo cual se activa el protocolo al nivel 4 y ello conlleva graves efectos colaterales para las niñas y las familias.

- 3. En el nivel de actuación se observa dividido en dos tipos de actuación:** no urgente (nivel 3) y urgente (nivel 4). Este último es cuando mayoritariamente se decide activar el protocolo. Las actuaciones que se llevan a cabo a este nivel no valoran el impacto que tienen en el conjunto familiar, ni sobre la percepción de las niñas (consideradas y tenidas en cuenta solo en relación con su clítoris, menospreciadas como sujetos garantes de oportunidades y de derechos). Con intervenciones de este tipo, las familias reciben un trato que las estigmatiza por razón de origen y se las vincula siempre con la etiqueta de «inmigrantes». Esto incentiva la reflexión sobre la necesidad de fomentar la implementación de políticas encaminadas hacia la prevención y así evitar las basadas en la actuación.
- 4. En el nivel de recuperación:** este nivel ha quedado reducido a la intervención de la reconstrucción física de la MGF, sin que (una vez más) se evalúe el impacto que tiene el enfoque y/o las consecuencias psicológicas y físicas que se pueden derivar de una intervención quirúrgica en las propias mujeres afectadas por una MGF. Se observa cómo, en clínicas privadas de España, se realiza la cirugía genital cosmética también a menores de edad con el consentimiento expreso de los padres. Acorde con lo que dice La Barbera (2010:267) «quien se somete al bisturí del cirujano plástico disfruta de libertad y autonomía en una sociedad libre de opresión, mientras que quien se expone al cuchillo ritual es víctima pasiva de las sociedades patriarcales tradicionales». No es cuestión de prohibir o permitir todas las formas de corte genital, pero sí de encontrar una postura coherente a través de políticas que sean discriminatorias solo para algunos (Johnsdotter y Essén, 2010:35).



7



EL IMPACTO  
DEL MODELO DE  
ACTUACIÓN ANTE  
LA MGF EN CATALUÑA



Las llamadas «medidas de austeridad» a partir de 2011 afectan a las acciones destinadas a la atención y la prevención en general.

Focalizando en la MGF, se observa que, en 2013, a las mesas de prevención de la MGF no se les asigna ningún presupuesto, y se deja en evidencia las dificultades con que se encuentran los y las profesionales de salud, los servicios sociales y la educación para realizar intervenciones de carácter preventivo (debido al contexto y al desconocimiento de la práctica). Además, los Mossos d'Esquadra (que reciben apoyo de Inmigración) protagonizan las campañas de intervención frente a casos de MGF, que dan lugar a actuaciones de carácter punitivo.

En algunos municipios de la provincia de Barcelona donde se implementa el modelo de la Generalitat, se empiezan a observar actuaciones punitivas frente a la programación de viajes por parte de las familias al país de origen. En 2011 se dan las primeras sentencias de carácter condenatorio en España, más concretamente en Cataluña, donde se producen la mayoría de ellas: 2012 en Premià de Mar (Barcelona), 2013 en Vilanova i la Geltrú (Barcelona), 2014 en Lloret de Mar (Girona) y 2015 en Valls (Tarragona). Recientemente, en 2018, se ha dado el caso de una niña menor de dos años a quién se le realizó una MGF a origen antes de venir a Tortosa (Tarragona) tras un proceso de reagrupación familiar. Es un caso pendiente de sentencia y, mientras no se juzgue el caso, se ha retirado la custodia a los padres de la menor y se ha dado la niña a una familia de acogida.

## 7.1. Registros policiales

A lo largo de la investigación de Mangas (2017:334-336), se observa que, **ni el Departamento de Salud ni los servicios sociales disponen de datos oficiales referentes a casos de MGF. Es el Departamento de Interior el que publica los datos referentes a casos en los que se interviene**, bajo el concepto de «MGF, violencia machista, en el ámbito social o comunitario».

Actuación policial.												
Datos de violencia machista en los ámbitos social o comunitario relacionados con la MGF												
Unidad de Soporte a la Atención de Víctimas												
Regiones policiales	Niñas atendidas											
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Girona	89	27	15	8	13	9	6	8	8	3	3	189
Central	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4
Ponent	2	0	6	1	1	2	1	3	1	1	1	19
Pirineu Occidental	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Metropolitana Norte	17	18	3	18	15	22	14	6	3	2	5	123
Metropolitana Sur	1	8	1	9	1	1	1	0	0	1	1	24
Metropolitana Barcelona	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Camp de Tarragona	0	0	1	0	0	0	2	5	1	0	2	11
Les Terres de l'Ebre	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4
Total	114	55	28	36	31	35	24	22	14	9	12	380

Fuente: realización propia a partir de la fuente siguiente: Violencia machista y doméstica. Departamento de Interior. Disponible en: [http://interior.gencat.cat/ca/arees\\_dactuacio/seguretati/violencia-masclista-i-domestica/](http://interior.gencat.cat/ca/arees_dactuacio/seguretati/violencia-masclista-i-domestica/) [Consultado: 14.8.2018].

Tal y como se observa en la tabla presentada a continuación, los Mossos d'Esquadra han intervenido en un total de 380 casos entre 2008 y 2018 (datos actualizados a 10 de agosto de 2018 correspondientes al segundo trimestre). El 82,10% corresponde a las regiones policiales de Girona (49,7%) y Metropolitana Norte (32,4%). Estas son las dos regiones con más población de origen subsaharia-



no, pero sorprende que, en Barcelona, solo se haya intervenido en tres casos a lo largo de estos diez años. Según fuentes del Departamento de Interior, los datos referidos para 2008 (un total de 114 casos) corresponden a un recuento de casos de años anteriores donde no había aún registro informático (ese año es cuando se instaura el programa).

## 7.2. Casos

Siguiendo el modelo de la Generalitat de Cataluña desde su implementación, se identifican tres escenarios en los que se ha actuado:

1. La actuación ante un viaje sin intervención preventiva previa, que se activa principalmente desde las escuelas y es el más mayoritario.
2. La denuncia de niñas reagrupadas que llegan a España con una MGF ya realizada. La tendencia a denunciar en estos casos empieza a raíz de la sentencia de Premià de Mar en 2012, seguida por los casos sucedidos en Tarragona (Valls, 2015, y Tortosa, 2018) y Gerona (2017).
3. La denuncia de niñas nacidas en Cataluña que han viajado y han vuelto con una MGF realizada. Se han dado algunos casos que, aunque se haya hecho trabajo desde la mesa de prevención de la MGF, dejan entrever el fracaso de la metodología implementada por parte de la Generalitat.

**Estos tres escenarios tienen en común el distanciamiento de las mujeres, las niñas, las familias y la comunidad africana de los servicios de atención primaria.** Son catalogadas como objetos de una actuación que, en la mayoría de casos, provoca la vulneración de sus derechos básicos y quedan atrás las intenciones de empoderar y realizar un trabajo respetuoso y transversal para la prevención de la práctica.

«En esta forma de actuación se ha comprobado que se pierden de vista a las mujeres, a las niñas, a las familias y a la comunidad. Estas Otras y Otros (San Román, 1996) son infravalorados como sujetos pasivos incapaces de controlar, mejorar y tomar decisiones que afecten a su salud. Son catalogados como objetos de una actuación que, en la mayoría de casos, vulneran sus derechos básicos. Lejos quedan las palabras de empoderamiento y trabajo transversal. Es una línea fina fácilmente traspasable, que pone en riesgo las bases de la integración, la aculturación, la igualdad y la ciudadanía, repleta de dilemas entre el control versus la libertad y que poco aporta al abandono de la práctica.» (Mangas, 2017: 418)

**Se identifica que en los municipios donde se ha seguido un modelo preventivo** (en el marco de la metodología de Wassu), como es el caso de Badalona (desde el 2010), Bilbao (desde el 2013) y Santa Coloma de Gramenet (desde el 2015), **se ha priorizado la coordinación entre profesionales de distintos ámbitos y se ha procurado la implementación del primer nivel del protocolo (la prevención) con resultados muy positivos:** las familias han seguido confiando en los servicios de atención primaria en salud, los servicios sociales y los de educación; se han evitado denuncias innecesarias; se ha valorado cada posible caso de riesgo de forma única preservando el derecho a la intimidad (entendiendo que cada caso y cada contexto familiar es distinto y que no existe una misma solución para dos situaciones distintas), y las niñas han viajado a origen y han vuelto intactas.

## 7.3. Sentencias

Recordamos que Cataluña es la comunidad autónoma donde se concentran más sentencias sobre MGF. Los afectados de los dos primeros casos (en 1993, en Salt, Gerona, y en Mataró, Barcelona) fueron absueltos gracias a un peritaje antropológico de la Dra. Kaplan y por el error de prohibición (tal y como se menciona en el apartado 4.1).



En 2011 es cuando se da el primer caso sentenciado con pena de prisión, el caso de Teruel (en la Comunidad Autónoma de Aragón), al que le sucedieron cinco casos más en años consecutivos en Cataluña:

- 2012: el caso de Premià de Mar (provincia de Barcelona)
- 2013: el caso de Vilanova i la Geltrú (provincia de Barcelona)
- 2014: el caso de Lloret de Mar (provincia de Girona)
- 2015: el caso de Valls (provincia de Tarragona)
- 2018: el caso de Tortosa (provincia de Tarragona).

A continuación, se exponen estos casos<sup>35</sup> donde se detallan el escenario, la ley que se aplica en cada caso, cómo se desarrolló y los profesionales involucrados.

### 7.3.1. El caso de Premià de Mar (2012)<sup>36</sup> - Barcelona

Escenario del caso	Niña nacida en Senegal que llega a España por un proceso de reagrupación familiar con la MGF ya practicada en origen (antes de migrar), acompañada de su madre.
Profesionales que intervienen	Pediatra, enfermero y el Grupo de Atención a la Víctima (GAV) de los Mossos d'Esquadra.
Condena	Pena de prisión de 7 años para la madre y compensación económica de 50.000 euros a favor de su hija. El 4 de abril se le aplica el error de prohibición vencible, hecho que redujo la pena de prisión a 2 años y la compensación económica a 10.000 euros, aplicada por la secuela física detectada. Debido a las dificultades económicas de la familia, se reduce el importe. El 22 de diciembre de 2013 se absuelve a la madre por el error de prohibición invencible.
Cronología y descripción del caso	

El 16 de agosto de 2010, la madre acude con su marido y su hija menor al Centro de Atención Primaria de Premià de Mar, según sentencia<sup>38</sup> «en el marco del Protocolo de actuación de niños inmigrantes». Durante la exploración realizada se aprecia una extirpación de clítoris y una sinequia (adherencia de los labios menores), que precisa de un tratamiento quirúrgico para separarlos.

Se denuncia el caso el mismo 16 de agosto y, acorde con la sentencia, «se emite el parte facultativo por el centro médico de Premià de Mar, y pone en conocimiento del juzgado indicios que revelan la MGF practicada a la menor». Sin embargo, durante las entrevistas realizadas por Mangas con la pediatra y el enfermero, ambos argumentan que no realizaron ningún parte de lesiones, solo llamaron al GAV para comentar el caso (coincidiendo que, unos días antes, les habían visitado dos Mossos d'Esquadra del GAV). El enfermero se sentía disgustado por todo el despliegue sin que se hubiera emitido ningún parte de lesiones o, al menos, sin ser conscientes de que la información facilitada a los Mossos implicara poner un parte de lesiones.

Durante el juicio y según sentencia, la madre (la acusada) declaró que «mientras vivía en Senegal trabajaba en el campo, por lo que cuando su hija pequeña dejó de tomar pecho, la llevo a la aldea donde vivía su madre, la abuela materna de la menor, lo que le permitió continuar trabajando en el campo, ignorando si ella o alguien sin su previo consentimiento pudo haberle practicado la extirpación genital». Reiteró «haber tenido conocimiento de la lesión sufrida por su hija en el propio centro asistencial catalán, produciéndole la noticia una profunda tristeza ya que ella nunca lo hubiera permitido».

El enfermero, según la sentencia, recordó «haber hablado con normalidad sobre la MGF, ya que, al hablarlo con el padre, que hacía de intérprete de la madre, comentó que la ablación era un hecho cultural en África». Además, los médicos forenses corroboraron que la lesión era antigua y que la sinequia podía deberse a una complicación de la mutilación realizada.

35 Todos los casos han sido analizados en: Mangas, 2017: 352-369.

36 Tribunal Supremo de Madrid, Roj: STS 7827/2012, n.º de recurso: 3/2013, n.º de resolución 835/2012.

37 Sentencias n.º 9/2013 y n.º 36/2012 de la Audiencia Nacional.



Finalmente, el tribunal consideró que no quedaba probada la participación de la madre en los hechos y, por lo tanto, no se le podía responsabilizar de haberle practicado una MGF a su hija. La absolución anula la primera condena de un tribunal por un delito de ablación cometido en el extranjero antes de que la familia de la niña emigrara a España. La sentencia del Supremo considera irrelevante a efectos penales si los padres sabían o no que la niña había sido mutilada y admite el recurso de casación presentado por la mujer, y se anula la condena dictada el 4 de abril sobre la indemnización de 10.000 euros.<sup>39</sup>

El juicio de este caso se realizó en Madrid, lo que significa que la familia tuviera que desplazarse varias veces para testificar. Por este motivo, el padre perdió el empleo debido a sus ausencias en el trabajo; la madre, que no hablaba la lengua y había llegado recientemente a España, quedó aterrada con lo sucedido. Después de su absolución, madre e hija volvieron a Senegal y el padre argumentó a la mediadora intercultural que «le habían arruinado la vida».

### 7.3.2. El caso de Vilanova i la Geltrú (2013)<sup>39</sup> - Barcelona

Escenario del caso	El padre llegó a Vilanova i la Geltrú en 1991. En 1998 reagrupa a su mujer y en 1999 a su hija de un año de edad, nacida en Gambia. En 2004 nace en Cataluña su segunda hija y en 2007 viajan a Gambia con sus hijas que se quedan hasta 2009 mientras ellos residen en España.
Profesionales que intervienen	Ginecóloga, auxiliar de enfermería, comadrona, técnicas del Área de Cohesión e Identidad del Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú.
Condena	Pena de prisión de 12 años para cada uno de los padres (6 años para cada delito de MGF).
Cronología y descripción del caso	

Según la sentencia: «El 22 de abril de 2008, técnicas del Área de Cohesión e Identidad del Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú efectuaron entrevistas con la madre, y le informaron del requerimiento preventivo de la Fiscalía. Ella manifestó que no realizaba prácticas de MGF y que había hablado con su marido. Se le explicó a la madre que tales prácticas estaban penalizadas, incluso con pena de prisión, incluso cuando las mismas tuviesen lugar fuera de España. Se le dijo que según el protocolo de actuación para prevenir la MGF debería informar de inmediato a las autoridades siempre que se dispusiera a salir de España y que las niñas debían ser exploradas por el ginecólogo/pediatra antes y a la vuelta del viaje».

El 5 de julio de 2010 se realiza una revisión ginecológica a las dos menores por parte de los servicios de salud a instancias de los servicios sociales (fuera de los circuitos que prevé el Programa del niño sano de pediatría). No se dispone del resultado de las revisiones realizadas en el marco del Programa del niño sano (que establece revisiones periódicas) ni se sabe si se realizó un abordaje preventivo en los 11 años que llevaba la familia visitándose en los centros de salud con las hijas. En dicha exploración intervienen una comadrona, una ginecóloga y una auxiliar de enfermería, recabada por los servicios sociales «ante el riesgo de que pudiera viajar al país de origen y así poder prevenir la MGF». Según la sentencia, no hay anomalía en los genitales externos de las niñas y se declara que estaban íntegros. Las profesionales destacan actitudes de rechazo por parte de las niñas a ser exploradas y resistencia por parte de la madre.

El 20 de enero de 2011, 6 meses después de la primera revisión, se detecta la anomalía y la alteración de los órganos genitales externos. La mayoría de profesionales que han atendido a mujeres y niñas con MGF destacan la dificultad de identificarla. En la sentencia no se especifica quién la detecta y no se menciona el hecho de que en 2010 la MGF hubiera pasado desapercibida.

El 27 de enero de 2011, según el informe de sentencia, los peritos médicos detectan que las niñas no tenían clítoris y no presentaban cicatriz. Identificaron que las mutilaciones no se habían realizado en fechas recientes, pero sí entre el 5 de julio de 2010 y el 20 de enero de 2011, y dictaminaron que se habían realizado en territorio español. Si se hubiese sentenciado con base en las afirmaciones del padre y la madre de la familia, que siempre sostuvieron la práctica de la MGF en el país de origen, hubiera sido difícil probar la autoría de los hechos y posiblemente se hubiera absuelto el caso.

38 Ver: Castedo, A. (2013).

39 Audiencia Provincial de Barcelona, Rollo procedimiento ordinario n.º 3/2012, Sumario n.º 1/2011, Juzgado de Instrucción n.º 9 Vilanova i la Geltrú, Barcelona.



El 14 de diciembre de 2012 se suprime el ejercicio de la potestad y los derechos inherentes de los padres por parte del Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA) de Barcelona, que declaró con carácter cautelar la situación de desamparo de las menores.

El 5 de mayo de 2013 se realizó el juicio en el Juzgado de Instrucción n.º 9 de Vilanova i la Geltrú. El 13 de mayo de 2013 se condenó a ambos padres a 12 años de prisión.

La sentencia sigue en pie y todavía los padres no han ido a la cárcel. Solo la hija mayor se encuentra en un CRAE (Centro Residencial de Acción Educativa) y la hija menor vive con los padres. Años después, las educadoras del CRAE se pusieron en contacto con la Fundación Wassu en relación con la atención psicológica de una menor del centro. Se informó a las educadoras sobre el tema y se les facilitó material para la prevención y la atención. Al poco tiempo, la menor quiso venir a conocer la Fundación y hablar con las profesionales del equipo. La Dra. Kaplan expuso a la adolescente el trabajo de Wassu dando explicaciones del porqué se realizaba esta práctica en el país de origen de sus padres. La chica explicó que la MGF le había sido realizada en Gambia (tal y como habían afirmado sus padres en la sentencia) y quería saber qué le habían hecho, puesto que durante todas las revisiones y durante el proceso judicial, siempre le habían dicho cosas distintas y desconocía la tipología y las consecuencias que podía llegar a tener. Este caso evidencia que la menor es doblemente víctima: de la tradición y de la ley, además de visibilizar que el protocolo tampoco actúa en el nivel de «recuperación».

### 7.3.3. El caso de Lloret de Mar (2014)<sup>40</sup> - Girona

Escenario del caso	Niña nacida en Cataluña viaja a Gambia de vacaciones 2 meses y vuelve con una MGF practicada. Se detecta la MGF 5 años después en una revisión que realiza el CAP ante la programación de otro viaje a Gambia. El padre y la madre (los dos nacidos en Gambia) tienen nacionalidad española, el padre llevaba 22 años en España y la mujer 17 (vino por reagrupación familiar). Tienen 4 hijos, 2 niños y 2 niñas (nacidas en Cataluña, una de 13 y la otra de 11).
Profesionales que intervienen	Profesionales del Centro de Atención Primaria que atienden a las niñas.
Condena	6 años de prisión para los padres (el caso termina en la absolución del padre y la madre).
Cronología y descripción del caso	

En el verano de 2006, la madre acude al Centro de Atención Primaria (CAP) con su hijo pequeño comentando que viajará a Gambia ella sola con sus hijos (su marido tiene que trabajar). En ese momento los profesionales del CAP abordan el tema de prevención de la MGF con un intérprete y se realiza la revisión pediátrica.

Durante los dos meses de estancia en Gambia y según la sentencia, la madre deja a sus hijos a cuidado de la abuela materna para ir a visitar a otros familiares en la zona rural. Sin su consentimiento, la abuela realiza ella misma la ablación del clítoris a las dos niñas (de 8 y 13 años) y, cuando la madre vuelve, las niñas le explican lo sucedido. A la llegada a España, la madre explica lo ocurrido al marido.

Ni a la vuelta del viaje, ni durante los 5 años posteriores se detecta la mutilación durante las revisiones pediátricas. Este hecho pone en evidencia que muchas veces no se detectan las MGF desde pediatría por falta de formación a los y las profesionales.

En 2011 (5 años después del viaje) los padres vuelven a llevar a las hijas al CAP porque tienen planeado volver a viajar. Allí se detecta la MGF que, según la sentencia, se determina que es antigua, sin alteración física ni consecuencias psicológicas. En el momento de detección se oficia el caso a la Fiscalía de Blanes (Girona), que acusa a la familia de un delito de lesiones, solicitando 6 años de prisión a los padres. El caso se deriva a la Audiencia Nacional al ser una práctica realizada fuera del territorio nacional. El 26 de febrero de 2014, la Audiencia Nacional absuelve a la madre y al padre. El tribunal entiende que a los padres les corresponde el cuidado de sus hijos y ambos eran contrarios a la MGF. Según la sentencia «no puede tildarse de omisión del deber del cuidado el hecho de que la acusada dejara a sus hijos en su ausencia por visitar a primos al cuidado de la abuela, persona que, indudablemente goza de su confianza y de la que no podía dudar de que hiciera un mal a sus nietas». El testimonio de la hija mayor fue clave en la resolución de la sentencia, que se tuvo en cuenta.

40 Audiencia Nacional, Rollo de sala n.º 6/2013, Sumario núm. 1/2013, Juzgado de Instrucción n.º 4, Sentencia n.º 5/2014.



### 7.3.4. El caso de Valls (2015) - Tarragona

Escenario del caso	Niña nacida en Gambia que llega a España con una MGF practicada. Se detecta 6 años después en una revisión pediátrica por un viaje al país de origen. Los padres son nacidos en Gambia, ambos con nacionalidad española. El padre lleva años residiendo en España y la madre vino por reagrupación. Tienen tres hijos (dos niños y una niña nacida en Gambia).
Profesionales que intervienen	Pediatra del Centro de Atención Primaria que atiende a las niñas.
Condena	9 años y 1 día de pena de prisión y la indemnización de 90.000 euros por las lesiones y las secuelas.

#### Cronología y descripción del caso

En octubre de 2015, la familia acude al Centro de Atención Primaria porque desde la escuela dicen que antes de viajar a Gambia los niños deben pasar por pediatría. La pediatra le realiza una exploración genital a la niña siguiendo las pautas de actuación del Protocolo de actuación ante la MGF (su país de origen es Gambia, con una prevalencia del 76%). Se detecta una MGF a la niña (que tiene 7 años). La familia explica que se realizó en Gambia hace 6 años cuando la niña tenía 3 meses (nació allí).

En esa consulta, la madre expone que lo habían explicado a la anterior pediatra (ahora jubilada), pero no se encuentra ningún registro en la historia clínica. Se procede a realizar un parte de lesiones.

Dos días después, el padre y la madre pasan a disposición del Juzgado de Guardia. El juez acuerda prisión provisional que finalmente se alarga 5 semanas. En ese periodo, los hijos se custodian en un centro tutelar de la DGAIA hasta ser realojados con familiares, esperando el recurso presentado por la defensa de los padres, donde solicitan la salida de la prisión.

El 19 de julio de 2016, el juzgado de la Audiencia Provincial de Tarragona pide 10 años de prisión para los padres. Queda fijado en 9 años y 1 día la petición de pena y la indemnización de 90.000 euros por lesiones y secuelas de la MGF.

Según la Fiscalía no existe una fecha determinada y segura de cuando se realizó la MGF a la pequeña. «En cualquier caso, entre el nacimiento de la menor –hace 8 años– y aproximadamente 1 año antes de ser realizada la exploración pediátrica, del 22 de octubre de 2015».<sup>42</sup>

### 7.3.5. El caso de Tortosa (2018)<sup>42</sup> - Tarragona

Escenario del caso	Niña de 2 años nacida en Gambia. La familia es originaria de Gambia y llega a España hace 9 meses con la niña. Primero se establecen en Murcia y, posteriormente, en Tortosa. Por una infección de orina, el servicio de pediatría detecta una MGF practicada.
Profesionales que intervienen	Pediatra del Centro de Atención Primaria, profesionales del Hospital Verge de la Cinta y profesionales de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA).
Condena	Aún no ha sido juzgado

#### Cronología y descripción del caso

La familia acude a su centro de atención primaria porque la niña presenta molestias por una posible infección de orina. La pediatra sospecha que pueda ser una consecuencia de MGF y la deriva al Hospital Verge de la Cinta, donde se confirma que tiene un MGF practicada. Los padres explican a los y las profesionales que se lo realizó la abuela de la niña pocos días después de que naciera en Gambia.

Una vez detectada la MGF, la menor es trasladada a las dependencias judiciales y la Fiscalía recomienda que vaya directamente a la casa de una familia de acogida, donde, a día de hoy, se encuentra viviendo. La Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) confirma que la situación general de salud de la niña es buena y no presenta signos de malnutrición ni maltrato. Pese a ello, se suspenden las funciones tutelares de los padres, y se asume la custodia de la niña.

41 Juanpere, A. (2016), *op. cit.*

42 Pendiente de juicio. Noticia emitida por la Agencia Catalana de Noticias el 25.5.2018.



El 18 de mayo, después de que la Fiscalía abriera diligencias de investigación, la denuncia y el atestado policial entraron finalmente en el Juzgado número 5 de Tortosa, y el caso está pendiente de juzgar.

Según la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal, se podría perseguir un delito cometido fuera del Estado español si, en el momento de la comisión de los hechos, es decir, cuando se realizó la MGF, la niña tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España. De no ser así, no se podría perseguir el delito. Según lo que establece esta Ley, se entiende que no tendría que haber sido denunciado el caso a la Fiscalía. Esta situación ha provocado una victimización secundaria a la niña, causando un dolor irreparable en ella y en su familia.

Según el Protocolo de pediatría vigente, se denunciaría el caso si ha habido intervención previa, es decir, si se ha realizado una intervención preventiva con la familia antes del viaje y vuelve con una MGF realizada, situación en la que el servicio de pediatría debería realizar un parte de lesiones.

En primer lugar, siguiendo con el Protocolo de actuación de MGF de la Generalitat de Cataluña, el Servicio de Pediatría o el Hospital deberían atender las posibles consecuencias de la MGF y, posteriormente, coordinarse con los servicios sociales. Estos contactarían con el Equipo de Atención a la Infancia para realizar una intervención socioeducativa con la familia y así evitar otras MGF en posibles futuras hijas (ya que hay un antecedente como factor de riesgo).

En síntesis, **común a todos los casos descritos y como primera medida de actuación, se ha procedido directamente a través de la denuncia, lo que provoca una segunda victimización en las menores y sus madres, víctimas también de la MGF.** Aunque algunas llevaban años residiendo en Cataluña, no se ha realizado ningún abordaje preventivo previo con las familias, que podría haber evitado su MGF. Los motivos principales son: 1) la falta de formación de los y las profesionales, especialmente los de atención primaria; y 2) la falta de políticas encaminadas a la prevención y la atención de la MGF, tanto en mujeres y niñas que vienen a España con la MGF, como también en niñas y adolescentes en riesgo de ser mutiladas o de continuar con la práctica en el futuro.

Con **este tipo de actuaciones de carácter punitivo**, se pierde la oportunidad para abordar preventivamente este tema con las familias, para que sirva a las comunidades. Además, **tiene un impacto nefasto en origen, ya que podría provocar que se masculinizaran las reagrupaciones familiares y que las niñas no vinieran con sus familias.** Esta estrategia quedaría lejos del trabajo en el camino de la eliminación de la práctica.



8

CONCLUSIONES





En 2001, el Parlament de Catalunya insta al Gobierno de la Generalitat a diseñar un plan de choque en el que se crea un marco legal autonómico que incluyan la MGF y un protocolo de actuación sobre la práctica. Esta estrategia, pionera en España, fue seguida por el Gobierno central que, el mismo año, redacta el primer protocolo sobre MGF a nivel estatal, que da pie al surgimiento de otros a nivel municipal.

Después de diecisiete años de la puesta en marcha de este plan, se detectan dos enfoques que no han sido útiles para mejorar la intervención ante la MGF:

- el de infancia,<sup>43</sup> que no se ha desplegado por falta de recursos e interés político;
- el de la violencia machista,<sup>44</sup> ejecutado desde el Departamento de Interior.

La dotación económica total que se ha destinado a la ejecución del protocolo catalán de actuación, es solo de 4.000 euros para más de diez años. El presupuesto de la Dirección General de Inmigración, en el Plan de ciudadanía y de las migraciones: Horitzó 2016,<sup>45</sup> destinó 0 euros a las acciones que tienen que ver directamente con la MGF:<sup>46</sup>

1. las mesas de prevención de la MGF;
2. la participación del Grupo Interdepartamental de Abordaje de la MGF;
3. el seguimiento del Protocolo de prevención y atención policial de la MGF.

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

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

El aumento de las sentencias condenatorias a partir de 2011 tampoco es casualidad. De las cinco sentencias a nivel estatal, cuatro se producen en Cataluña. Cuando un caso llega a los tribunales es un fracaso del modelo, no un éxito como se proyecta. En camino están otros casos pendientes de juicio, como el Caso de Tortosa (2018).

No se han dedicado recursos de la ley de la violencia machista para la prevención y detección de MGF. Los únicos datos oficiales son los que facilita el Departamento de Interior<sup>47</sup> que, en la mayoría de los casos, se remiten a la detección de viajes.

En estos últimos años, preocupa la persecución que hay respecto a las niñas reagrupadas mutiladas. Algunos profesionales han alertado sobre la tendencia a la masculinización de las reagrupacio-

43 A través de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.

44 A través de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

45 Departamento de Bienestar Social y Familia (2014), *op. cit.*

46 No se ha incluido el presupuesto destinado a las entidades.

47 Ver la página 30 del Departamento de Bienestar Social y Familia (2015), y las páginas 44-49 del Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (2012).



nes. Otros, sobre la caída en el número de niñas en municipios en los que existe una mesa de prevención de la MGF. Entre 2012 y 2016, según datos del *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016* (Kaplan y López-Gay, 2017), se observa la «pérdida» de 404 niñas que vivían en Cataluña, con origen en países donde se practica la MGF. Uno de los factores a los que se puede atribuir este descenso, es el tipo de intervenciones de carácter punitivo llevadas a cabo estos últimos años. Esta es una prueba más del fracaso del modelo de la Generalitat de Cataluña, que deberían tener en cuenta otras comunidades autónomas que empiezan a trabajar sobre este tema.

La investigación demuestra que todavía queda un largo camino por recorrer en la atención y la prevención de la MGF en España, pese a la diversidad étnica de su población migrante, mayoritariamente del África occidental, cuya distribución geográfica es conocida (en Cataluña se registra un 30,8%; la Comunidad de Madrid, 12,9%; Andalucía, 11,3%; la Comunitat Valenciana, 8,3%; el País Vasco, 7,1%; las Canarias, 6,6%; Aragón, 5,2%, e Illes Balears, 6,6% (Kaplan, A. y López-Gay, A., 2017)).

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

Además, algunos se han diseñado sin haber contrastado con expertos sobre el tema, y se detectan graves fallas:

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

Como ejemplos de buenas prácticas se encuentran las actuaciones preventivas implementadas por municipios como Badalona,<sup>48</sup> Bilbao<sup>49</sup> y Santa Coloma de Gramenet, que han seguido el Modelo Wassu, en el marco de convenios de colaboración con la Fundación Wassu-UAB. También, destacan las comparecencias y colaboraciones de dicha entidad con el Parlament de Cataluña (2004), el Parlamento Vasco (2014), la Diputación Foral de Álava y la Junta de Andalucía, además de la elaboración de informes para Emakunde y el Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales y Salud.<sup>50</sup>

48 [https://mgf.uab.cat/esp/novedades\\_notas\\_prensa\\_Badalona.html](https://mgf.uab.cat/esp/novedades_notas_prensa_Badalona.html)

49 [https://www.eldiario.es/norte/euskadi/Ayuntamiento-desarrolla-erradica-mutilacion-femenina\\_0\\_230977177.html](https://www.eldiario.es/norte/euskadi/Ayuntamiento-desarrolla-erradica-mutilacion-femenina_0_230977177.html)

50 Kaplan, A., Salas, N. y Mangas, A. (2015) *La mutilación genital femenina en España*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: [http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF\\_definitivo.pdf](http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf)



9

# RECOMENDACIONES

## 9.1. Ambito de salud

1. **Prevención específica sistemática «de largo recorrido»**, que se desarrolla con mayor frecuencia en pediatría, durante las visitas de niñas desde su nacimiento, y puede iniciarse en los servicios de salud sexual y reproductiva, y en los controles del embarazo con las mujeres.
2. **Prevención «oportunist»**, que realiza de forma habitual el equipo médico y de enfermería de los centros de atención primaria, pero puede desarrollarse en cualquier otro servicio de salud. Se aprovecha la oportunidad de atender alguna complicación derivada de una MGF realizada (en general con mujeres adultas) para hablar del tema, dar información y consejos, relacionar la complicación actual con la MGF e indagar la situación de sus hijas (si las hay). Se debe asesorar siempre a los padres sobre los riesgos para la salud y las posibles consecuencias a largo plazo, así como sobre la ilegalidad de esta práctica, aunque se realice fuera de España.
3. **Atención a las complicaciones derivadas de la MGF**. El primer paso es la valoración del grado de afectación física, psíquica y sexual para poder iniciar los tratamientos correspondientes y/o derivación a otros servicios. Existen dos situaciones a remarcar:
  - Si la mujer está embarazada o comunica su deseo de gestación, se debe valorar la derivación a ginecología de manera urgente para conocer el tipo de MGF practicada y sus posibles complicaciones en el momento del parto. En el caso de que el bebé sea una niña, se priorizaría la educación sanitaria para prevenir la MGF.
  - Ofrecer apoyo psicológico, con la derivación a los correspondientes servicios de salud mental, es otro aspecto fundamental a tener en cuenta en los casos de:
    - Mujeres con la MGF practicada que presentan complicaciones tanto físicas como psicológicas.
    - Madres en las que puede existir un sentimiento de culpa por posicionarse en contra de la práctica en la actualidad, pero que previamente han practicado la MGF a sus hijas mayores.
    - Adolescentes que han sufrido una MGF y que suelen sentirse entre dos culturas con valores diferentes. Necesitan recibir, en un ambiente de confianza, información sobre todos los aspectos de su salud y de su sexualidad, incluida la posibilidad de la reconstrucción genital.
4. **Prevención comunitaria**. Se busca informar y sensibilizar a la comunidad mediante charlas con asociaciones, talleres con hombres, mujeres y jóvenes, y otras actuaciones en las que participen figuras clave de la comunidad. La información proporcionada debe adecuarse a las creencias, costumbres y valores de la población a la que va dirigida. El hecho de trabajar con grupos, más que con individuos, facilita a las familias y personas la toma de decisiones que pueden ser contrarias a la tradición.

## 9.2. Ambito de servicios sociales

Los servicios sociales tienen un rol primordial en la intervención preventiva de la MGF mediante abordajes de sensibilización, empoderamiento y educación de las familias a las que atiende, procedentes de países donde se practica la MGF. El o la profesional puede detectar casos de MGF practicada en niñas o mujeres, generalmente a través de comunicaciones orales por parte de estas u otros familiares o personas de referencia, y detectar casos de riesgo en niñas o jóvenes.

Los servicios sociales centran su intervención individual en un contexto familiar. La decisión de realizar la MGF no la toman exclusivamente los progenitores, sino que es una decisión que puede ser adoptada por parte de la familia extensa en el país de origen, generalmente por parte de las abuelas. Se recomienda plantear el tema individualmente, generalmente con la madre a solas (o acompañada por alguna mediadora, si así se valora) y más adelante incorporar al padre en las sensi-



bilizaciones y los potenciales compromisos al respecto, fomentando el trabajo para abordar otras dificultades o necesidades.

Algunas de las funciones vinculadas a los profesionales de servicios sociales en materia de MGF son:

- **Identificar los núcleos familiares o de convivencia** que provienen de países donde se practica la MGF y que tienen niñas –especialmente menores de edad– o pueden tenerlas en un futuro próximo. Estos núcleos pueden ser foco de futuras intervenciones preventivas de la MGF.
- **Planificar y realizar intervenciones preventivas de la MGF** con estas familias a través de la sensibilización, el empoderamiento y la educación para la salud sobre las consecuencias negativas para evitar la realización de ésta.
- **Valorar la necesidad de atender a mujeres con consecuencias** físicas o psicológicas de la MGF y derivarlas a medicina familiar o psicólogos.
- **Seguir los protocolos de prevención y atención de la MGF**, cuyo primer nivel es la prevención.
- **Impulsar proyectos comunitarios y programas transversales**, especialmente los que buscan la inclusión y la participación social de mujeres y hombres, las familias y las unidades de convivencia. Es importante que la intervención se realice tanto con las mujeres como con los hombres (a valorar si conjuntamente o por separado).
- **Fomentar la comunicación y coordinación** entre profesionales de los diferentes ámbitos que intervengan en la atención a las familias en riesgo de MGF para facilitar un abordaje integral (sanitario, educativo, social...).

### 9.3. Ámbito de educación

La presencia en los distintos espacios educativos de personas que proceden de orígenes distintos y con grados diferentes de adscripción a sus propias culturas, ha puesto de manifiesto la necesidad de partir de los casos individuales y de ser prudentes en la emisión de diagnósticos generales. En este sentido, el acercamiento y la comprensión de la MGF no difiere del de otras prácticas culturales distintas.

Los y las profesionales del medio escolar pueden tener un papel fundamental tanto en la prevención de casos de MGF como en el trabajo de sensibilización frente a la práctica. Aun así, para conseguir incidir de manera real en los cambios culturales, la escuela, por sí sola, presenta un papel limitado. Por este motivo, es necesaria una coordinación general de los distintos profesionales que intervienen o pueden llegar a intervenir en casos de MGF.

Algunas claves sobre el papel de la escuela en la prevención de la MGF:

- **Aprovechar los espacios de relación con las familias** que potencien la escucha y el respeto para hablar de temas que preocupen. Estos espacios permiten dialogar informalmente, con confianza y abiertamente sobre temas del ciclo vital. Es importante no tener un papel que juzgue o estigmatice a las familias por sus creencias. Es necesario ser consciente de los prejuicios de cada uno frente a otras culturas o prácticas desconocidas, como la MGF.
- **Proponer un trabajo preventivo, regular en el tiempo**, evidenciando la necesidad de mantener reuniones, entrevistas y/o charlas con las familias. La tutoría individual en el contexto escolar desempeña un papel determinante para generar confianza y posibilidad de diálogo para detectar la situación personal y familiar de la niña.
- **Iniciar, regularizar y/o consolidar reuniones de coordinación** entre servicios que atienden a la infancia (servicios de pediatría, servicios sociales, centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz –CDIAP– y los centros de Salud Mental Infantil y Juvenil –CSMIJ–, etc.).
- El enfoque hacia la prevención de la MGF debe llegar de forma consensuada y lo más unificado posible a las familias, sin juzgar, evitando actuaciones punitivas frente a la MGF sin haberse coordinado con otros servicios.



10

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, I. (1993) «Immigració i conflictes de valors». En: *Demà*, 20:11-14.
- Bedoya, M.H. y Kaplan, A. (2004) «Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica». En: Lucas, J. y García Añón, J. (ed.). *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report*. Universidad de Valencia.
- Departamento de Bienestar Social y Familia. (2014) *Pla de ciutadania i de les migracions: horitzó 2016*. Generalitat de Catalunya, 64 pp.
- European Institute for Gender Equality (EIGE). (2013) *Good practices in combating female genital mutilation*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Fernández, M. (2011) «Cuando los árboles no dejan ver el bosque: Occidente ante las intervenciones rituales en los genitales femeninos». *Revista de Antropología Social*. Vol. 20, pp. 394-401. Universidad Complutense de Madrid. [Reseña de *Multicentered Feminism. Revisiting the «Female Genital Mutilation»*. Discourse de La Barbera, Maria Caterina]. En línea: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/63831/1/Occidente%20ante%20las%20MGF.pdf>
- Instituto Catalán de Salud (ed.). (2006) *Mutilació genital femenina: prevenció i atenció*. Barcelona: Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, 64 pp. [Realizado por el GIPE/PTP de la UAB para el ICS].
- Johnsdotter, S. y Essén, B. (2010) «Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications». *Reproductive Health Matters*, 2010; 18 (35):29-37.
- Kaplan, A. (1998a) Carta «Compromiso preventivo». [Documento no publicado. Es 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. Esta carta se ha adaptado en diferentes comunidades autónomas].
- (1998b) *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social*. Barcelona: Fundació «la Caixa» (10º Premio Dr. Rogeli Duocastella).
- (2001) *Integración social, identidad étnica y género: la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes subsaharianas: retos e implicaciones*. Comunicación del II Congreso sobre la Inmigración en España.
- Kaplan, A. et al. (2000-2003) *Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España. Retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias*. I+D Instituto de la Mujer.
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L., Seixas, A., Blanco, S., Utzet, M. (2013). «Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men». *Obstetrics and Gynecology International*, Vol. 2013. Doi: 10.1155/2013/643780.
- 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].
- Kaplan, A., Moreno, J. y Pérez, M.J. (coords.). (2010) *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra.
- Kaplan, A., 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*. N.º 19, Madrid, pp. 189-217.
- Kaplan, A, Torán, P, Moreno, J. et al. (2009) «Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence». En: *BMC Health Services Research*. N.º 9, BioMed Central, p. 11.
- 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). Proyecto IDIL (*Instruments to develop the integrity of lasses* - Instrumentos para proteger la integridad de las niñas)]. En: Comisión Europea. (2002) *Ciudadanía Carta de derechos fundamentales, racismo y xenofobia*. Bruselas, 169 final.
- Kaplan, A. y Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). (2017) *Mutilación genital femenina – Manual para profesionales*. Bellaterra, España: Universitat Autònoma de Barcelona (2ª edición).
- Kaplan, A. y López-Gay, A. (2017) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Servicio de Publicaciones Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.
- Kaplan, A. y Rislser, S. (2004) *Iniciación sin mutilación*. [DVD]. Barcelona, Ovideo, 25 minutos. Versión en castellano, catalán, inglés, mandinga, wólof, sarahole, diola y fula.
- La Barbera. (2010) «Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXV, n.º 2, pp. 465-488.



- 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 Universitat Autònoma de Barcelona [Tesis no publicada, realizada en el Máster de Investigación Etnográfica, Relaciones Interculturales y Teoría Antropológica, de la UAB].
- (2015) *Programa de prevención y atención de la mutilación genital femenina en Badalona*. Servicio de Salud Pública. Ayuntamiento de Badalona. [Documento no publicado].
- (2017) *Una mirada caleidoscópica de la MGF en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones punitivas*. Bellaterra, Departamento de Antropología Social y Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona. [Tesis doctoral]. Disponible en: [https://mgf.uab.cat/esp/publicaciones\\_cientificas.html](https://mgf.uab.cat/esp/publicaciones_cientificas.html).
- Rodríguez, D. (2002) «Las mutilaciones genitales en la población senegambiana en Cataluña y África: El debate entre universalismo y relativismo cultural». En: González, A. y Molina, J.L. (coords.) *Abriendo surcos en la tierra. Homenaje a Ramón Valdés del Toro*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, pp. 79-102.
- San Román, T. (1996) *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Madrid: Tecnos.
- UNICEF. (2013) «Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change». *Reproductive Health Matters*. Vol. 21, n.º 42. Nueva York.
- (2016) *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Nueva York. En línea: [http://www.unicef.org/policyanalysis/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](http://www.unicef.org/policyanalysis/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf). [Consultado: 15.2.2016].
- WHO. (2016) *Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Consultado en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>. ISBN 978-92-4-154964-6

## Legislación y resoluciones

- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 234, 30 de septiembre de 2003.
- Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 163, de 9 de julio de 2005.
- Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Comunidad Autónoma de Cataluña. DOGC, n.º 5123, del 2 de mayo de 2008. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 131, de 30 de mayo de 2008.
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y adolescencia. Comunidad Autónoma de Cataluña. DOGC, n.º 5641, de 2 de junio de 2010. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 156, de 28 de junio de 2010.
- Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 63, de 14 de marzo de 2014.

## Sentencias

- Audiencia Nacional, Rollo de sala n.º 6/2013, Sumario n.º 1/2013, Juzgado de Instrucción n.º 4, Sentencia n.º 5/2014.
- Audiencia Provincial de Barcelona, Rollo procedimiento ordinario n.º 3/2012, Sumario n.º 1/2011, Juzgado de Instrucción n.º 9 Vilanova i la Geltrú, Barcelona.
- Sentencias n.º 9/2013 y n.º 36/2012 de la Audiencia Nacional.
- Sentencia n.º 26/2011, Audiencia Provincial de Teruel, Rollo penal 12/2011.
- Tribunal Supremo de Madrid, Roj: STS 7827/2012, n.º de recurso: 3/2013, n.º de resolución 835/2012.

## Medios de comunicación

- Castedo, A. (2013) «El Supremo anula la condena a una madre por la ablación de su hija». *El País. Edición Catalunya*, 24 de diciembre de 2013, 35.
- Generalitat de Catalunya. (2014) «Experts en la lluita contra la mutilació genital femenina analitzen l'impacte de la jurisprudència recent». Nota de prensa del 27 de mayo de 2014. En línea: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/AppJava/notapremsavw/270851/ca/experts-lluita-mutilacio-genital-femenina-analitzen-limpacte-jurisprudencia-recent.do](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/270851/ca/experts-lluita-mutilacio-genital-femenina-analitzen-limpacte-jurisprudencia-recent.do)





- González, S. (2009) «Els Mossos viatgen a Gàmbia en la seva lluita contra l'ablació». *El Periódico de Catalunya*. Edición Cataluña, 3 de febrero de 2009, p. 27.
- Juanpere, A. (2016) «Piden 10 años de prisión para una pareja por la mutilación genital de su hija». *Diari de Tarragona*, 19 de julio de 2016, 6.

## Informes

- Departamento de Bienestar Social y Familia. (2015) *Informe sobre l'estat de serveis socials a Catalunya 2015*. Generalitat de Catalunya, 90 pp.
- Instituto de Gobierno y Políticas Públicas. (2012) *Avaluació de l'impacte social de la Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista*. Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona. En línea: [http://dones.gencat.cat/web/.content/02\\_institut/docs/pla\\_avaluacioimpsocllei.pdf](http://dones.gencat.cat/web/.content/02_institut/docs/pla_avaluacioimpsocllei.pdf). [Consultado: 29. 3.2017].
- Kaplan, A. (2004) Informe de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona. 9 pp. Barcelona, 29 de abril de 2004. [Documento no publicado, presentado el 30.4.2004 a la Honorable Consejera de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Cataluña, Sra. Anna Simó].
- Kaplan, A., Salas, N. y Mangas, A. (2015) Informe de la mutilación genital femenina en España. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: [http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF\\_definitivo.pdf](http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf)

## Protocolos

- Departamento de Interior, Relaciones Institucionales y Participación. (2008) *Protocol de prevenció i atenció policial de la mutilació genital femenina*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 6 pp.
- Dirección General de Salud Pública. (2008) *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb Salut*. Barcelona: Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, 259 pp.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015) *Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF)*. Madrid: Gobierno de España, 107 pp.
- Secretaría de Salud Pública. (2015) *Circuit de la cirurgia genital després d'una mutilació genital femenina (MGF)*. Barcelona: Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, 9 pp.
- Secretaría para la Inmigración. (2002) *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona: Departamento de Bienestar Social y Familia, Generalitat de Catalunya.
- Secretaría para la Inmigración. (2009 [2007]) *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Generalitat de Catalunya, 40 pp.





