TXOSTENA
INFORME

35

DIAGNOSTIKOA
EMAKUMEEN GENITALEN MUTILAZIOA
EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN

DIAGNÓSTICO
MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA
EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

EMAKUNDE
EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Erakunde Autonomiaduna
EUSKO JAURLARITZA
Organismo Autónomo del
GOBIERNO VASCO

DIAGNÓSTICO

Junio 2014

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

EMAKUNDE

INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

VITORIA-GASTEIZ

TÍTULO DIAGNÓSTICO: MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

EDITA Y REALIZA: EMAKUNDE-INSTITUTO VASCO DE LA MUJER.-GOBIERNO VASCO

EQUIPO TÉCNICO: FUNDACIÓN WASSU UAB.- Adriana Kaplan; Elo Mayo; Nora Salas

DESCRIPTORES: MUTILACIONES SEXUALES, ABLACIÓN, VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, NORMATIVA NACIONAL, NORMATIVA AUTONÓMICA, ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES.

FECHA: 2016

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 5

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF) 14

MARCO LEGISLATIVO ACTUAL DE LA MGF EN EL ESTADO ESPAÑOL 28

LA MGF EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI (CAE) 36

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO 47

ANTECEDENTES EN LA PREVENCIÓN DE MGF EN LA CAE 53

PLATAFORMAS, AGENTES Y CIRCUITOS PARA LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA 67

HACIA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS 78

BIBLIOGRAFÍA 85

P

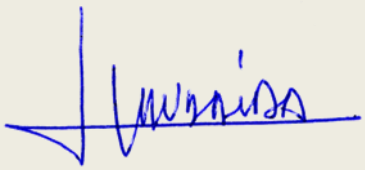
PRESENTACIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica dañina reconocida internacionalmente como una grave violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas y es una manifestación extrema de la violencia contra las mujeres cuyo origen está en las desigualdades y discriminaciones de género.

Se trata de un problema que no nos es ajeno en nuestra comunidad, en la que como consecuencia de los movimientos migratorios, viven familias provenientes de países en los que se practica la mutilación. El VI Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres recoge la necesidad de intervenir sobre formas de violencia contra las mujeres cuyas manifestaciones están emergiendo en nuestro entorno, y con este objetivo, Emakunde ha trabajado en la realización de un diagnóstico de la situación que permita a los poderes públicos abordar la prevención de esta práctica en niñas que viven en nuestra comunidad.

La prevención es una de la claves para el abordaje profesional de la MGF, como lo es también la coordinación, absolutamente necesaria, entre los ámbitos sanitario, educativo y social, siendo este un problema interdisciplinar. Quiero, agradecer, en este sentido, a todas las personas que hacen posible e impulsan la coordinación y el trabajo en red entre profesionales de distintos ámbitos.

La publicación de este diagnóstico supone un primer paso en el camino hacia la puesta en marcha del Programa de Intervención Preventiva de la MGF en la CAE y, en consecuencia, hacia la erradicación de la MGF en nuestro entorno.



Izaskun Landaida Larizgoitia

Directora de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer

1

INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos internacionales para la erradicación de la Mutilación Genital Femenina (MGF), esta práctica "sigue siendo una de las violaciones de los derechos humanos más persistentes y omnipresentes, y que además es silenciosamente tolerada" (UNICEF, 2005: 7). La MGF aún está arraigada en 28 países del África subsahariana y Oriente Medio. Se estima que 125 millones de mujeres y niñas han padecido la práctica y más de 30 millones de niñas se encuentran en riesgo de ser mutiladas durante la próxima década.

La realización de la MGF es una práctica habitual, en el contexto cultural de los ritos de paso a la edad adulta, como elemento de socialización de las niñas. También, son creencias religiosas ligadas al Islam, al cristianismo copto o a las judías falashas. Existe un entramado de tradiciones y gerontocracias que perpetúan estas intervenciones contra la integridad física y psíquica de las mujeres.

La MGF se reproduce por generaciones en un contexto de dinámicas socio-culturales que hacen que sea muy difícil que las familias o las mujeres desistan de perpetuar la práctica. Con las migraciones, la MGF ya no se restringe a países donde ha sido originariamente practicada, sino que viaja como bagaje cultural de las personas que migran.

Desde la década de los 80, España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios procedentes de diversos países del África subsahariana. El auge de la inmigración extranjera ha resultado un aporte significativo al aumento demográfico experimentado por España en los últimos años y ha influido positivamente en indicadores de fecundidad y de nupcialidad.

La incorporación a nuestra sociedad de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde la realización de MGF tiene un fuerte arraigo identitario, nos enfrenta a este tipo de prácticas tradicionales que son perjudiciales para las mujeres y niñas de aquellas comunidades que viven en nuestro país. El creciente peso demográfico de estos colectivos, la alta tasa de masculinidad que portará reagrupaciones familiares, unido a la elevada tasa de fecundidad de las mujeres

africanas, augura un fuerte incremento en nuestras consultas médicas, servicios sociales y escuelas, de niñas en riesgo de sufrir una MGF.

De acuerdo a los datos del Padrón Continuo de la Población Española a 1 de enero de 2012 y analizados en el *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*[1], en la *Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE)* residen unas 140.000 personas extranjeras, que representan el 6,9 % del conjunto de la población. De ellas, más de 11.000 proceden de países donde se practica la MGF, de las que 3.100 son mujeres, cuando en 2008 eran 1.300, lo que supone un crecimiento del 142%. En cuanto a las niñas menores de 14 años, franja de edad en riesgo de padecer la MGF, observamos que hemos pasado de 275 en 2008 a más de 800 niñas en la actualidad, con un crecimiento del 198 %.

Estos datos no sólo responden a un aumento del número de inmigrantes, sino a un segmento de población con altas tasas de natalidad, que es previsible que siga en crecimiento. De hecho, como indicativo, señalar que los últimos datos que nos han aportado los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz a junio 2014, señalan una población femenina que duplica las cifras de 2012.

El proceso migratorio constituye una oportunidad privilegiada para generar una aculturación selectiva para la integración de nuevas conductas y actitudes, que son replicadas en las sociedades de origen donde la población migrante ejerce y son consideradas personas de referencia.

El creciente aumento de mujeres y niñas procedentes de países donde se practica la MGF en la CAE, así como la atención de esta población por parte de los servicios de salud, servicios sociales y educación, ponen de relieve la urgente necesidad de formación en prevención y atención de la MGF para los y las profesionales de atención primaria. Por este motivo, Emakunde, el Instituto Vasco de la Mujer, impulsa la realización del presente

[1] KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

diagnóstico sobre la MGF en la CAE con el objetivo final de implementar un programa global de prevención de la MGF en Euskadi.

2

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

2

La Mutilación Genital Femenina (MGF)[2] es una práctica tradicional perjudicial con fuertes y **ancestrales raíces socioculturales. Es definida por la Organización Mundial de la Salud** (OMS/WHO)[3] como "todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos".

Esta práctica tradicional perjudicial viola los derechos de mujeres y niñas, perpetúa la discriminación, tiene severas implicaciones sanitarias y sociales: viola el derecho de niñas y mujeres a la integridad física, afecta directamente a su salud, derechos sexuales y reproductivos, resultando en la perpetuación de las desigualdades de género.

Distribución geográfica y prevalencia

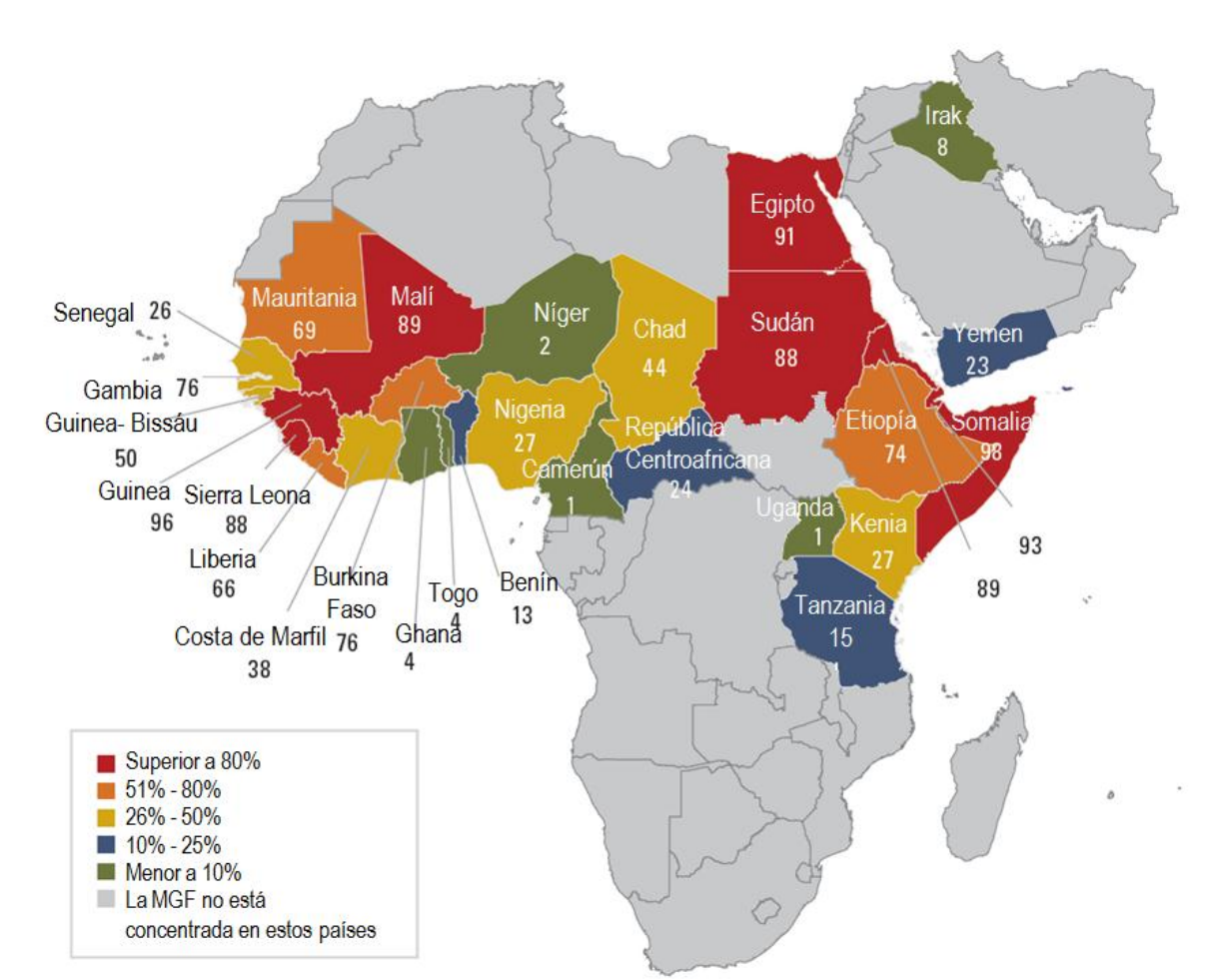
La MGF se practica en 28 países del África Subsahariana y algunos de Oriente Medio (Kurdistán Iraquí, Yemen) y Asia (Indonesia, Malasia, etc.).

Es importante tener en cuenta que no todos los grupos étnicos habitantes de un país practican la MGF, y que no todas las etnias que la practican, lo hacen de la misma forma. Si bien la MGF se mide para los contextos nacionales, lo cierto es que en los países en

[2] En este informe, nos referiremos a Mutilación Genital Femenina (MGF) por ser el término utilizado en las agendas internacionales y porque constituye una violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que perpetúa la violencia estructural de género.
[3] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS/WHO (2013) Mutilación genital femenina, disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/ (consultado: 17.02.2014).

que no está muy extendida tiende a concentrarse en regiones específicas y a estar determinada por el factor étnico, con marcadas oscilaciones entre los distintos países. Esta asociación entre MGF y la pertenencia al grupo étnico es lo que sugiere que los factores sociales -normas y expectativas de las comunidades- desempeñan un papel importante en la perpetuación de la práctica (UNICEF, 2013).

Ilustración 1. Mapa de prevalencia de la MGF en África

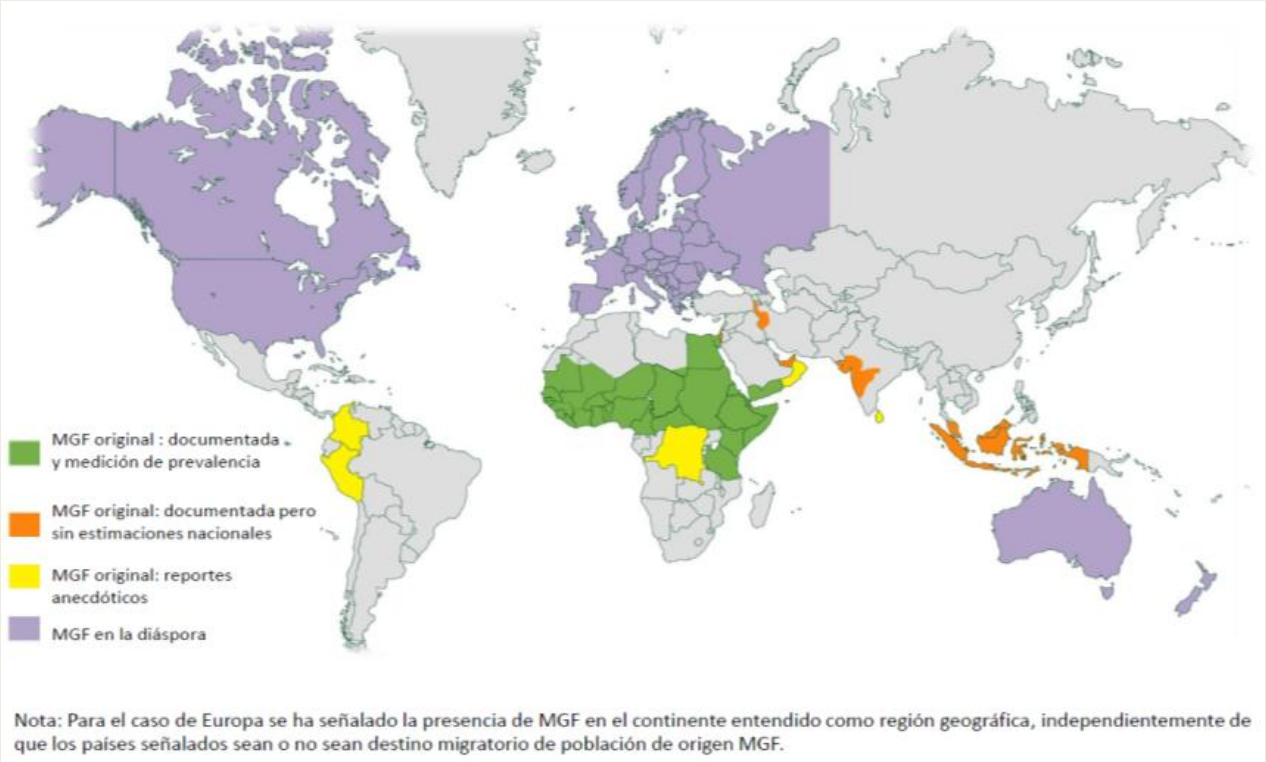


Fuente: UNICEF, 2013.

Con la globalización y la intensificación de los movimientos migratorios, la MGF está en diáspora. La migración africana, más allá de los factores económicos, tiende a seguir patrones de movilidad que reflejan los lazos establecidos en el pasado colonial. En los años 70, además de la migración económica, la guerra, el malestar social y las sequías en varios países africanos, tuvo como consecuencia la llegada de refugiados a Europa. A su

vez, los movimientos migratorios también se dirigieron a Canadá, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda (UNICEF, 2005).

Ilustración 2. Mapa de la localización de la MGF en el mundo



Fuente: GIPE/PTP - Fundación Wassu-Universitat Autónoma de Barcelona 2012

Razones que sustentan la práctica

La MGF es una práctica con fuertes raíces ancestrales y un profundo valor cultural para quienes la practican. La presión cultural y la estructura social que mantienen estas prácticas son fuertes, ya que se arraigan en una tradición ancestral, en la experiencia previa de sus madres y de sus mayores, así como en mensajes religiosos confusos. En muchos casos, se trata de un rito de paso dentro del proceso de socialización infantil, arropado 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. En definitiva, la MGF se reproduce por generaciones en un contexto de dinámicas

sociales que hacen que sea muy difícil para las familias o para las mujeres individualmente, el abandono de la práctica.

Las razones por las que se practica la MGF son diversas y según el grupo que la practique, se enfatiza en unas u otras razones, como la belleza, pureza, higiene, reproducción, control sexual, cohesión social, buena salud de las mujeres y niñas y la prevención del nacimiento de niños/as muertos/as.

Muchas veces no existe una justificación explícita para realizarla, sino que proceden directamente a la práctica. Cuando se les pregunta, una de las principales razones por las que se defiende la práctica es la higiene: una mujer circuncidada es una mujer limpia. Argumento que también es utilizado para defender la circuncisión masculina. En algunos sitios este concepto de limpieza tiene una connotación de pureza (Kaplan, 2006).

La región de Senegambia, que constituye una región geográfica debido a las características comunes que comparten Senegal y Gambia, representa el 16,6% de la población femenina de nacionalidad MGF residente en el País Vasco (16,1% representado por Senegal y 0,5% por Gambia). En esta región a una mujer no circuncidada se le llama "solima", que significa "sucia" y no se pueden beber ni ingerir alimentos que haya manipulado, porque través de su estado de impureza, contamina lo que toca. "Solima" es el peor insulto para una mujer (Bedoya y Kaplan, 2004).

Los factores higiénicos, también son una razón de peso para la continuidad de la MGF en Nigeria, la nacionalidad con mayor representación en el País Vasco, representando un 33,5% de estas mujeres. Las razones también pueden ser estéticas. En lugares como Malí, Somalia, Egipto, Kenia y Chad, la idea de los genitales no modificados es rechazada por considerarlo antiestético, incluso indignante e "inhumano" (Shweder, 2000: 219).

Entre las razones sanitarias, algunas etnias de Nigeria, al igual que en Ghana, sostienen que la MGF es una "cura" para la infertilidad. Los Mossi de Burkina Faso y Bambara de Mali, creen que el clítoris puede hacer impotente a los varones y los Wala de Ghana creen que el clítoris puede impedir la concepción (Leye, 2008).

Si bien la MGF muchas veces se asocia a la religión musulmana, no es una obligación que

emana de “El Corán”. La MGF es una “sunna”, lo que significa que tiene carácter recomendatorio y no obligatorio, a diferencia de la circuncisión masculina que tiene carácter obligatorio (Kaplan, 1998). Las diferentes Escuelas Islámicas presentan diferentes enfoques sobre la obligatoriedad de la práctica. Sin embargo, políticos y líderes religiosos de casi 50 estados musulmanes se reunieron en 2005 en la P*rimera Conferencia Islámica para la Infancia de Rabat*[4], de la que surgió la Declaración de Rabat, en la que se manifestó que la MGF constituye, entre otras, una práctica contraria al Islam, haciendo un llamado a los estados islámicos para su erradicación.

A su vez, la MGF también es practicada en poblaciones de religión cristiana (como las Coptas en Egipto, Etiopía o Sudán) y Judía (como las Judías Falashas en Etiopía); (Bedoya y Kaplan, 2004).

A menudo la MGF forma parte de las reglas que dicta la tradición y está ligada a la pertenencia. Una vez que se establece como norma social evocada porque así lo dicta la tradición, existe la obligación de cumplirla, constituyendo un factor de inclusión/exclusión a la vez que un prerrequisito para contar con oportunidades matrimoniales.

En algunas partes de Nigeria, también la encontramos ligada a razones legales de los grupos, no se puede heredar bienes si no han sido circundidadas (Okeke, Anyaehie y Ezanyeaku, 2012).

Es un evento clave para la construcción de la identidad étnica y de género, junto a la entrada en el mundo de la maternidad. A menudo, la MGF forma parte de un rito de paso. En estos casos, como se ha documentado extensamente, en la región de Senegambia (Kaplan, 1998 y 2004), la MGF está asociada al ritual de iniciación que permite un cambio de estatus dentro de los grupos de edad, tanto para los niños como para las niñas. La significación de estos ritos iniciáticos es compleja, representan el paso de la infancia a la pubertad, primer estadio de la vida adulta, donde se dan las tres fases del rito de paso: separación, marginación y agregación (Kaplan, 1998; Bedoya y Kaplan, 2004).

[4] Rabat Declaration on Children in the Islamic World, 2005, disponible en http://www.unicef.org/childrenandislam/downloads/declaration_english.pdf (Consultado: 22.06.2013)

Van Gennep (1986) afirma que los ritos de iniciación no son ritos de pubertad física porque no coinciden con la pubertad fisiológica, sino con una pubertad social cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, de la localización espacial de éstas y de la densidad demográfica de los grupos, siempre antes de la primera menstruación.

En la primera fase, de separación: los/las niños/as son separados/as de la comunidad y circuncidados/as. Se realiza el corte que marca la ruptura con la etapa anterior. El corte implica la pérdida de la dualidad sexual, definiendo los genitales de acuerdo al sexo, lo que marca el pasaje a la adultez y otorga, claramente, identidad de género.

En la segunda fase, de marginación, su duración está ligada al tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de los/las iniciados/as. Este período se caracteriza por estar rodeado de tabúes y normas estrictas, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento en general. Es en esta fase, donde se lleva a cabo el aprendizaje por parte de los/as iniciados/as. Es muy importante en este período la transmisión de conocimientos clave para la construcción de la identidad de género. Son transmitidas las enseñanzas que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo: se les transmiten valores morales, normas de comportamiento, las relaciones entre diferentes grupos étnicos. Niñas y niños adquieren conocimientos que les permitirá ser aceptados/as por la sociedades secretas de las mujeres o de los hombres, que están claramente diferenciadas. De manera que se les trasmite un importante lenguaje no verbal que solo puede ser interpretado por quienes pertenecen al mismo grupo.

En la tercera fase, de agregación: se celebra una gran fiesta donde se presenta públicamente a los/as iniciados/as como miembros en una nueva condición en cuanto a sus roles y categorías sociales. Y de esta forma, también son públicamente reconocidos/as y legitimados/as en su nuevo estatus en la comunidad.

La marca física que llevarán de por vida simboliza la unidad al grupo, se trata de una cuestión de cohesión social y de pertenencia al grupo. Cuando la madre se niega a que se le practique la MGF a su hija, la abuela paterna tiene derecho a hacer que la nieta cumpla con el rito, es una obligación que proviene de la tradición y que debe ser cumplida.

En general, en estas sociedades en que la MGF es el rito de paso a la pubertad en las mujeres, se establece en un paralelismo con la circuncisión masculina. De hecho, en todas las sociedades en las que la MGF es practicada, la circuncisión masculina también se lleva a cabo (Johnsdotter, 2012).

La preservación de la virginidad, que está relacionada indirectamente con las oportunidades matrimoniales, fue una de las razones más citada en Mauritania, Gambia, Senegal, Malí y Nigeria (UNICEF, 2013), nacionalidades que corresponden al 65,7% del total de la población femenina residente en la CAE.

Se cree que la MGF preserva la castidad, la purificación, lo que implica el honor familiar. En algunas partes de Nigeria, una vez practicada la MGF, se untan las secreciones de caracol en el corte de los genitales externos, ya que se cree que, al tratarse de un animal lento, esto influiría en que la niña "irá lento" en lo que se refiere a su futuro sexual (Okeke, Anyaehie y Ezanyeaku, 2012).

Sin embargo, en un estudio realizado entre estudiantes universitarias nigerianas, las chicas "iniciadas" se sentían más maduras sexualmente y tenían relaciones sexuales antes que las que no habían padecido la MGF (Dibieamaka y Iwesim, 2003). Señala Guerra un interesante punto de este estudio: la dificultad de que las mujeres no mutiladas comprendieran que se trata de una práctica perjudicial y el daño que representa. La MGF fue resignificada como un elemento positivo de su identidad, ligada al inicio de las relaciones sexuales (Guerra, 2008).

Si bien se sostiene que la MGF se realizaría porque provocaría un mayor placer sexual en los hombres, estudios realizados (Lightfoot-Klein, 1989; OMS, 1998 en Bransfield, 2004) muestran que la MGF produce ansiedad en éstos. Las dificultades en la penetración y el temor de provocar daño a la pareja, causan a menudo disfunción eréctil e impotencia en los hombres.

Por tanto, la MGF presenta razones diversas y que muchas veces son resignificadas. De modo es que la intervención preventiva requiere de una actitud de apertura, de una escucha sin prejuicios, de manera que se logre comprender cuáles son las razones que motivan a las personas a perpetuar la práctica. De esta forma, el/la profesional, a través

del diálogo, podrá desmontarlas, haciendo prevalecer un motivo que constituye un poderoso puente entre ambas culturas: la salud y el bienestar de las niñas.

Prácticas perjudiciales en occidente: el caso de la cirugía genital cosmética

Si bien este tipo de intervención se realizaba para la reparación de genitales con alteraciones anatómicas, o bien como una intervención para el cambio de sexo, progresivamente se ha popularizado la cirugía genital aplicada a la alteración de los genitales con fines cosméticos, para que parezcan "más bellos". Se solicita la modificación de formas y tamaños porque "no son normales", con el objetivo de adaptarlo a estereotipos idealizados de genitales, alimentada por una sobrexposición a este tipo de imágenes. En un artículo publicado en 2005, los/as autores/as demuestran que hay mayor diversidad en los genitales femeninos que lo que se había documentado previamente en textos médicos, en contraposición a las descripciones sobre las diversas características de los genitales masculinos que han sido publicados ya en 1899. Los autores señalaban que incluso, libros de anatomía publicados recientemente (uno de ellos publicado en 1986) no incluían el clítoris al representar los genitales femeninos. Con este estereotipo de genitales femeninos, los/as médicos/as han trazado las líneas estéticas básicas, normalizadas, en la reconstrucciones de genitales. (Lloyd, Crouch, Minto, Liao y Creighton, 2005).

Actualmente, se ofrece una serie de prácticas de cirugía genital cosmética. La *American College of Obstetricians and Gynecologists* revela que se está promocionando una serie de prácticas de cirugía plástica vaginal como el "rejuvenecimiento vaginal" y "vaginoplastia de diseño".

En 2007, un artículo publicado en BMJ, ya denunciaba la creciente preocupación por las demandas de este tipo de intervenciones que implicaban la reducción del tamaño o proporciones de la vulva. Las autoras señalan que en google se producían alrededor de 490.000 resultados cuando se introduce "labial reduction", de los cuáles, 47 de los primeros 50 resultados encontrados, eran anuncios de clínicas en el Reino Unido y Estados Unidos que ofrecen la cirugía genital cosmética (Mei y Creighton, 2007).

A pesar de la popularización de diferentes procedimientos, no se han hecho estudios adecuados, por lo que no se cuenta con datos debidamente validados sobre las consecuencias de los procedimientos en sí, y sobre todo, las consecuencias para la salud que tienen estas prácticas a medio y largo plazo.

La aplicación de conocimientos médicos y técnicas quirúrgicas para adaptar los cuerpos a modelos de belleza hegemónicos, poniendo en riesgo la salud, ha implicado una doblegación de la medicina a los intereses del mercado, construyendo lo que autoras como Guerra (2008: 66), denominan «medicina del deseo». Sin duda, como señala Puppo (2013), hay grandes implicaciones éticas al asociar la diseminación del conocimiento científico, relacionado a la salud, al marketing y a los intereses de un tipo de negocio, especialmente, cuando se trata del personal médico que lo lleva a cabo.

Si bien la cirugía estética cosmética (excluimos la cirugía reparadora dentro de esta categoría), no es considerada tipo IV, sin duda que si atendemos a las definiciones, podría ser considerada de este modo. El punto que en general genera mayor controversia es cuando se trata de mujeres adultas que solicitan este tipo de intervenciones. Sin embargo, sí que existe consenso sobre este tipo de práctica en las niñas "no defendemos en ningún caso esta costumbre [la MGF], por entender que afecta a los derechos humanos individuales de las mujeres, en una etapa de su vida, la niñez, en la que no tienen libertad para decidir por sí mismas" (Vázquez, 2010: 124).

Sin embargo, en 2012, el periódico británico Daily Mail, publicó un artículo señalando que en el Reino Unido, en los 6 años anteriores, se habían realizado 343 operaciones de cirugía estética vaginal entre niñas menores de 14 años (Hope, 22 de noviembre 2012).

Tipología

En 1995, la OMS establece cuatro tipos de MGF:

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

En 2007, la OMS revisa esta clasificación, integrando algunos matices y subclasificaciones. Dentro del tipo I distingue si se afecta al clítoris o solo al prepucio del mismo, y dentro del tipo II, si la mutilación afecta al clítoris, a los labios mayores o a los labios menores. En relación al tipo III, enfatiza el estrechamiento de la abertura vaginal más que en la eliminación de órganos, y propone subdivisiones según si se mutilan los labios mayores o menores en el procedimiento.

Impacto y consecuencias para la salud

La MGF presenta consecuencias negativas, inmediatas y a largo plazo, para la salud de las mujeres y las niñas. Entre las complicaciones agudas destacan dolor severo, shock, hemorragia o infecciones, con posible riesgo vital para la niña. Entre sus consecuencias a largo plazo, que se desarrollan generalmente en la edad adulta, aumenta el riesgo de complicaciones durante el parto y puede producir sufrimiento fetal y muerte del recién nacido, afectando gravemente a la salud materno-infantil. También tiene consecuencias

para la salud psicosexual de la mujer. Como implica la resección y daño del tejido genital femenino normal y sano, interfiere con la función natural del organismo.

En las tablas siguientes, se enumeran las complicaciones agudas, subagudas y a largo plazo que puede producir la práctica de la MGF:

COMPLICACIONES AGUDAS	**COMPLICACIONES SUBAGUDAS**
- Dolor severo - Shock - Hemorragia - Retención urinaria - Infecciones de la herida - Tétanos, sepsis, gangrena - Llagas abiertas y otras lesiones de los tejidos genitales adyacentes - Fracturas - Stress traumático	- Anemia - Contagio Hepatitis B y C - Contagio VIH/SIDA - Infecciones urinarias de repetición - Retraso en el crecimiento en niñas con déficit nutricional de base - Abcesos, úlceras, escarificaciones - Retraso en la cicatrización de la herida - Miedo, angustias, stress post-traumático

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO (MANIFESTACIÓN EN LA EDAD ADULTA)

- Genitourinarias: insuficiencia renal por infecciones urinarias de repetición, incontinencia urinaria, dismenorrea, hematocolpos, salpingitis, inflamación pélvica.
- Sexuales: estenosis introito-vaginal, dispareunia, disminución del deseo sexual, anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anómalas de la sexualidad.
- Reproductivas: infertilidad.
- Obstétricas: dificultad durante el parto (dilatación), desgarros, fístulas, sufrimiento fetal.
- Salud mental: sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, trastornos de ansiedad y depresión.
- Cicatrización anómala: queloides, quistes dermoides, neuromas, fibrosis, etc.

Fuente: KAPLAN, A.; TORAN, P.; BEDOYA, M. H. et al. (2006) "Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales" en Revista Migraciones Nº 19, Madrid. pp. 189-217.

No hay duda de que todos estos factores asociados a la práctica de la MGF perjudican gravemente a la salud, ponen en riesgo la supervivencia de mujeres y niñas, afectan a su salud psicosexual y perpetúan la desigualdad y discriminación de género.

Nuevas tendencias en la práctica de la MGF [5]

Las nuevas tendencias en la práctica de la MGF, muestran una reducción en la edad de la intervención. La MGF se practica a las menores de 0 a 14 años, pudiéndose realizar desde el séptimo día de su nacimiento hasta la pre pubertad. La edad varía según los grupos étnicos, aunque siempre se realiza antes de la primera menstruación. En este sentido, aunque los datos sugieren que la edad del corte se ha mantenido bastante estable en la mayoría de los países, encontramos que en los lugares donde se ha producido un cambio en su prevalencia, apuestan por la realización de la intervención en edades más tempranas. En esta línea, la MGF tiende a convertirse en un procedimiento puramente físico, y es posible que, para algunos, pierda su sentido cultural y social más amplio. También se percibe en los países que han variado su prevalencia, una tendencia hacia el tipo I, de menor extensión anatómica.

Es preocupante la medicalización de la práctica, que es promovida y ejercida por profesionales de la salud en centros públicos y privados, sustituyendo a las circuncidadoras tradicionales, "asegurando" que se realiza en condiciones sanitarias y haciendo uso de materiales desechables para prevenir una posible infección.

Por otro lado, se observa un patrón de disminución en la práctica de la MGF. Los cambios de tendencias auguran que la efectiva transmisión del conocimiento sobre sus consecuencias, reduce su prevalencia.

Un factor clave en los cambios de tendencias es el proceso migratorio y su influencia en las decisiones familiares en origen. Si se ha realizado un trabajo de sensibilización con las familias en destino, éstas son portadoras de conocimiento y multiplicadoras de información. Por tanto, el trabajo que realizamos aquí conlleva efectos significativos en la decisión de realizar o no la práctica de la MGF.

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

3

MARCO LEGISLATIVO ACTUAL DE LA MGF EN EL ESTADO ESPAÑOL

MARCO LEGISLATIVO ACTUAL DE LA MGF EN EL ESTADO ESPAÑOL [6]

3

La MGF, cualquiera que sea el tipo practicado, constituye un Delito de Lesiones en el Código Penal, de acuerdo con la reforma introducida en la *Ley Orgánica 11/2003*, de 29 de septiembre, *de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros,* publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) Nº 234 de martes 30 septiembre 2003.

> ***"Artículo 149 del Código Penal":***
>
> *1. El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años.*
>
> *2. El que causare 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. "*

[6] Agradecemos la revisión de este apartado a Maria Helena Bedoya, jurista experta en extranjería, Doctora en Antropología Jurídica y miembro del Grupo Interdisciplinar para el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la Universitat Autónoma de Barcelona.

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, y comprende:

a) La integridad corporal o física la cual puede entenderse como el estado del cuerpo en su concreta plenitud anatómico/funcional interna y externa. Ésta 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 un bien jurídico protegido en los delitos de lesiones, ha merecido una amplia acogida tanto doctrinal como jurisprudencial.
c) Integridad y salud personal, tanto física como mental del ser humano, según la definición de "salud" de la OMS.
d) Desarrollo psíquico y físico del menor.

La aplicación en el ordenamiento penal español del principio de Justicia Universal en relación a la MGF[7]

En cuanto a la persecución del delito, la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, legislación consolidada[8] introdujo en su redacción dada por Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, del Poder Judicial, **la competencia de la justicia española**, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.

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.

Exposición de motivos de la Ley:

[7] Fundación Wassu-UAB se reunió el pasado 22 de abril de 2014 con el jurista Sr. D. 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 a la MGF.
[8] https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-11863

"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 para modificar los comportamientos sociales y culturales y acabar así con los perjuicios 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. "
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-7061#analisis

Ley Orgánica 4/2013, de 28 de junio, de reforma del Consejo General del Poder Judicial, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-2709

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.

Rango: Ley Orgánica

Fecha de disposición: 13/03/2014

Fecha de publicación: 14/03/2014

Entrada en vigor el 15 de marzo de 2014.

El cambio legislativo en relación a la MGF que se introduce a partir de la aprobación de la *Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo de 2014*, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal (BOE nº 63 del viernes 14 de marzo de 2014), debe interpretarse de la siguiente manera:

> «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 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:
>
> 1 El procedimiento se dirija contra una persona española;
> 2 El procedimiento se dirija contra una persona extranjera que resida habitualmente en el Estado Español; o,
> 3 El delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en el Estado Español, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo, se encuentre en España. […]

El artículo 38 del Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 relativo a la MGF es el siguiente:

> ***"Artículo 38 – Mutilaciones genitales femeninas***
>
> *Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:*
>
> *a) la escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer;*
>
> *b) el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin;*
>
> *c) el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin."*

De todos modos, hay que tener presente que en el artículo 149 del Código Penal continúa apareciendo la MGF como delito de lesiones. En la modificación actual de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial no aparece explícitamente la MGF, pero vemos que a través de la letra l) del apartado 4 del artículo único, llegamos a la MGF.

Es necesario hacerse una idea de cómo afectará dicha modificación cuando se aplica la ley a casos concretos. A continuación, comentamos los casos más frecuentes con los que nos encontramos en el Estado Español y cómo podría afectar la nueva ley:

- ✓ En caso de viaje de una niña residente en el Estado Español, que viaja al país de origen y se le practica la MGF, se continuaría aplicando la extraterritorialidad, ya que la víctima estaría residiendo en el Estado Español (según el número 3 de la letra l))
- ✓ Si se imputa a los padres de la niña, y estos residen en el Estado Español o tienen nacionalidad española, también se los inculparía (según el número 1 y 2 de la letra l))
- ✓ Pongamos por ejemplo, el caso de una familia de Gambia con nacionalidad española en que la niña viaja a Gambia y vuelve mutilada. Si el autor o autora de los hechos no se encuentra en el Estado Español no se le juzgaría. Si la niña está en Gambia, la quieren mutilar y ella se niega, podría buscar protección en el consulado español como ciudadana española. Sin embargo, al tratarse seguramente de una menor de edad, quedaría desprotegida.
- ✓ En el caso de una niña reagrupada, que llega mutilada al Estado Español, se duda que se pueda juzgar el delito, ya que esta niña no era residente en el Estado Español en el momento de los hechos. Esto supondría que no se juzgaría a los casos de niñas reagrupadas mutiladas.

Desde nuestro punto de vista, la propuesta de la LO 1/2014, de 13 de marzo de 2014, aunque no mencione directamente la MGF, puede resultar una mejora. En el caso de las niñas reagrupadas ya mutiladas no se podría juzgar a los padres, puesto que en el momento de realizarse la MGF no tenían nacionalidad española, ni residencia habitual en el Estado Español, por lo que se podría aplicar el *error de prohibición*. En este caso, si el padre es residente en el Estado Español y reagrupa a madre e hija, no tiene porqué saber que su hija llega mutilada (*presunción de inocencia*), aunque si lo sabe, tiene que conocer que según la ley es delito en el Estado Español. La manera en que se juzguen casos similares dependería del juez que lleve el caso.

Para el caso de la madre, que era residente en Gambia y previa a la reagrupación, por mucho que estaba en el país en el momento de la MGF, se podría aplicar el *error de prohibición invencible*, puesto que no conocía el marco jurídico del país en el que iba a vivir. Además, si se denuncia el caso de una menor reagrupada que ya venía con la MGF resultaría difícil condenar a la madre, puesto que no se puede comprobar la autoría de los hechos, la madre podría manifestar que no ha sido ella, o que se ha realizado sin su consentimiento y se produjo en un momento que ella no estaba, etc.

No quedan claros los términos "que resida habitualmente" usados en el redactado de la modificación de la ley, tanto en relación a los padres como a las niñas, no se especifica. Será un hecho que interpretaran las y los jueces. En general, la nueva ley se limita a más particularidades aunque hay puntos en los que será decisión del juez o jueza quien determine de qué manera afectan a cada caso en concreto.

4

LA MGF EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE EUSKADI (CAE)

LA MGF EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI (CAE)

4

Con las migraciones, la práctica de la MGF ya no se restringe a países donde ha sido tradicionalmente llevada a cabo, sino que viaja como bagaje cultural de las personas que migran. Lo local hoy es global y la MGF está en diáspora.

Si bien la prevalencia de los países donde la MGF se practica originariamente se mide a través de encuestas específicas como *Demographic and Health Surveys (DHS)* y *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*, en los países de la diáspora africana suele utilizarse un acercamiento demográfico, como los datos del padrón, ya que los registros sanitarios no siempre son válidos, puesto que no siempre se registra la MGF[9]. Esto es debido a una falta de formación para la atención y la prevención de la práctica.

En el Estado Español se cuenta con una fuente de información privilegiada: el Padrón Continuo de la Población Española, que se ha convertido en una buena fuente estadística para el estudio de la población inmigrante por posibilitar su registro independientemente de que su situación jurídico-administrativa esté regularizada. A su vez, desde 2006, se aplica el procedimiento de caducidad de las inscripciones padronales de los extranjeros no comunitarios sin autorización de residencia permanente. Este procedimiento obliga a todos los individuos que reúnan esos criterios a renovar su inscripción en el padrón cada

[9] EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (EIGE) (2013) *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*, Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

dos años, lo que permite mantener un reflejo actualizado de este tipo de movimientos de población.

De acuerdo a los datos del Padrón Continuo de la Población Española a 1 de enero de 2012, analizados en el *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012* (Kaplan y López, 2013), de las 224.000 personas procedentes de países en los que se practica la MGF que habitan en el Estado Español, 11.000 residen en la *Comunidad Autónoma de Euskadi*. A su vez, estas nacionalidades constituyen el 6,9% de los 140.000 extranjeros/as que residen en la comunidad autónoma.

Euskadi es la séptima comunidad autónoma con mayor población procedente de países en los que se practica la MGF, y junto a Cataluña, Madrid, Andalucía, la Comunitat Valenciana, Aragón y Canarias, CAE e Illes Balears son las regiones con más de 10.000 personas provenientes de países en los que se practica la MGF.

Desde 2008, la población femenina de nacionalidad MGF ha crecido especialmente, doblando su población, en la CAE y en Castilla-La Mancha. En cuanto a la población femenina menor de 15 años, la CAE ha triplicado su población, igualada por Cantabria y Castilla-La Mancha, y solamente superada por el Principado de Asturias. En las ilustraciones 4 y 5 al final de este apartado, podemos observar el crecimiento de la población total de nacionalidad MGF por nacionalidad y sexo, y las diferencias entre 2008 y 2012.

Más de 3.000 mujeres de estas procedencias habitan en la CAE, representando el 5,5% de las más de 57.000 mujeres de nacionalidad MGF que residen en el Estado Español. La población femenina ha experimentado un crecimiento relativamente intenso en los últimos años. En el periodo 2008-2012 esta población ha aumentado en más de 1.800 habitantes, un 142,1%, frente a un crecimiento relativo del 40% a nivel nacional para este colectivo, durante el mismo periodo. En el periodo 2005-2008, este crecimiento se ha intensificado considerablemente, representado un 68,4% en la población femenina que habita en la CAE. La población femenina menor de 15 años es de más de 800 niñas, con un destacado crecimiento de un 198,5% respecto a 2008, aumentando en más de 500 habitantes, superando ampliamente el ritmo de crecimiento del 61,4% registrado en el Estado Español.

En lo que se refiere al total de la población de estas nacionalidades, Senegal ocupa el primer lugar, con más de 3.000 personas, seguido por Nigeria, con más de 2.000. Aproximadamente 1.000 personas proceden de Mauritania, Camerún, Ghana y Malí. Sin embargo, las poblaciones procedentes de estas nacionalidades tienen diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo, de manera que al referirnos a la población femenina, Nigeria constituye la nacionalidad con mayor representación, dejando a Senegal en segundo lugar, siguiendo la tendencia a nivel español. Le siguen Mauritania, Camerún y Ghana. Una peculiaridad de la CAE es que la población femenina de Mauritania, Camerún y Guinea-Bissau está sobrerrepresentada relativamente. Entendemos por sobrerrepresentación relativa cuando la proporción de mujeres de un origen determinado que residen en una comunidad, respecto al total de la población de ese origen, está por encima del peso de la población total (MGF) de esa comunidad en el conjunto del Estado Español. Al observar el origen nacional, la población femenina procedente de Nigeria ha aumentado de 400 a más de 1.000 mujeres; Senegal, de 175 a más de 500; Mauritania, de 150 a unas 350; Camerún, de 125 a unas 300; Ghana, de 60 a 180; República Democrática del Congo, de 75 a casi 150; Guinea Bissau, de 100 a casi 150; y Malí, de 40 a unas 140. El resto de nacionalidades tiene menos de 100 mujeres empadronadas en los municipios de la CAE.

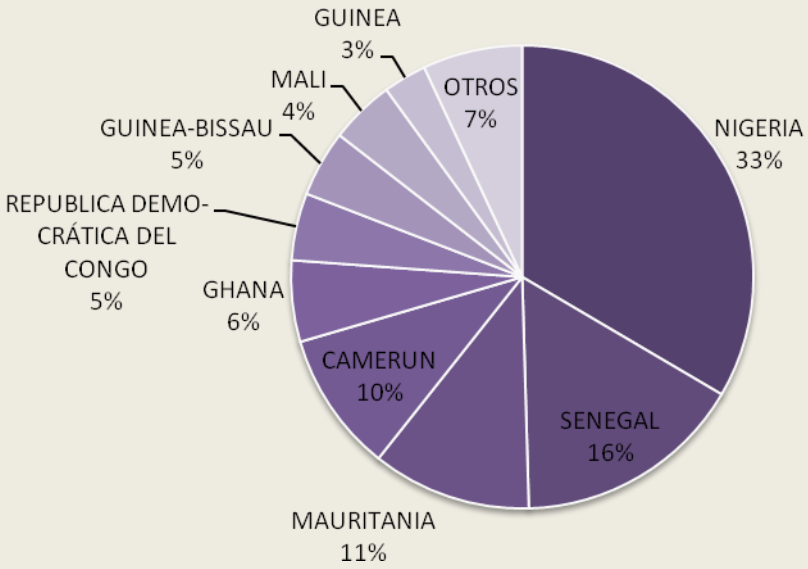
La población femenina menor de 15 años sigue la tendencia de la población femenina en general, en cuanto a la representación por nacionalidad. Desde 2008, las niñas de nacionalidad nigeriana se han multiplicado por cuatro, contando un total de casi 270 niñas, las senegalesas se han triplicado y ahora son casi 150, mientras que las mauritanas son el doble y ahora suman casi 100.

Bizkaia nuclea el 58% (unas 1.800) de las mujeres procedentes de países en los que se practica la MGF, en Araba/Álava el 31% (casi 1.000) y el restante 11% se encuentra en Gipuzkoa. La población femenina menor de 15 años tiene una distribución similar. Véase la tabla 2 con la distribución territorial de la población femenina en la CAE y la tabla 1 con los municipios con mayor número de población femenina de nacionalidad MGF.

En cuanto a los municipios, en Vitoria-Gasteiz y Bilbao residen aproximadamente el 55% de las mujeres empadronadas en la CAE. Ambas albergan población de todas las nacionalidades, pero en los dos casos, las mujeres nigerianas multiplican por tres a las

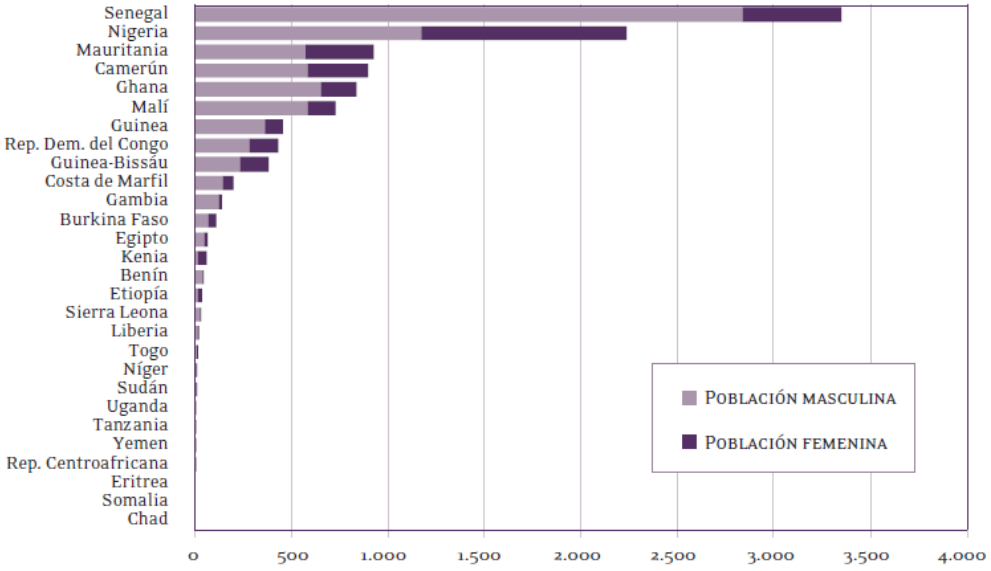
originarias de Senegal. En Vitoria-Gasteiz, hay una importante concentración de población mauritana. En Bilbao, Guinea-Bissau y la República Democrática del Congo son el segundo y tercer origen, dos nacionalidades que apenas están presentes en el resto de la región. Durango y Barakaldo superan el centenar de mujeres y tienen una notable diversidad de orígenes. Sestao, Irún, Donostia-San Sebastián, Basauri y Markina-Xemein son el resto de municipios con más de 50 mujeres. En Sestao residen más mujeres de Nigeria; en Irún y Basauri, de Camerún; en Donostia-San Sebastián, de Senegal; y en Markina-Xemein, casi la totalidad de los habitantes procedentes de países donde se practica la MGF son de Senegal.

Ilustración 3. Porcentaje de población femenina por nacionalidad en relación al total de las mujeres procedentes de países en los que se practica la MGF en el País Vasco, 2012



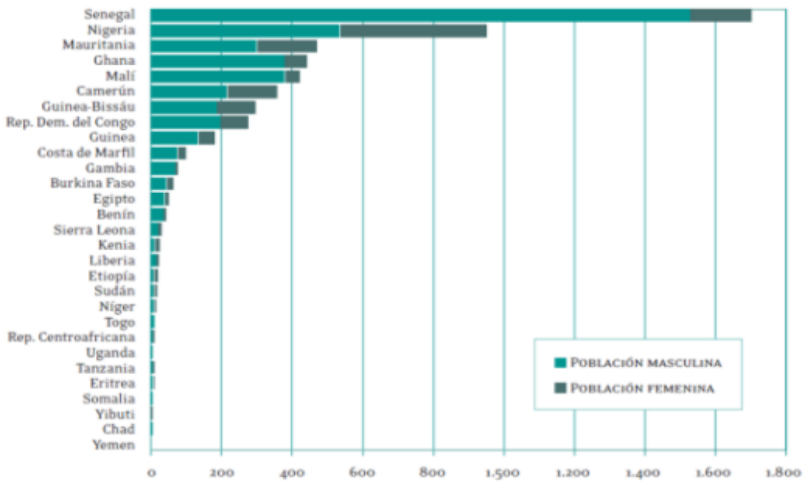
Fuente: elaboración propia a partir de UNICEF, 2013 y Kaplan y López, 2013

Ilustración 4. Población total procedente de países donde se practica la MGF, según nacionalidad y sexo. CAE, 2012



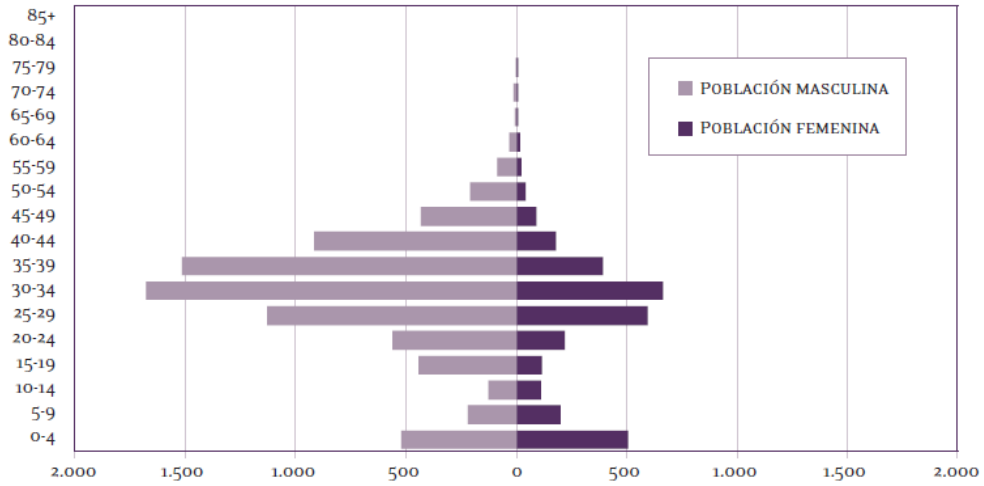
Fuente: Kaplan y López, 2013. Basado en datos del Padrón de población a 1 de enero de 2012

Ilustración 5. Población total procedente de países donde se practica la MGF, según nacionalidad y sexo. CAE, 2008



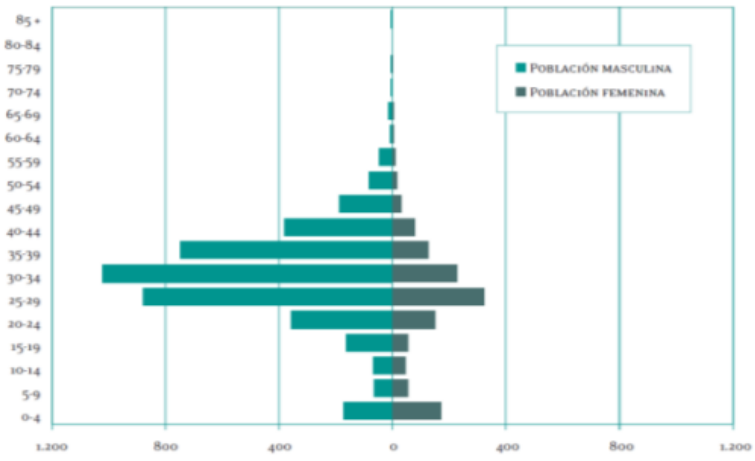
Fuente: Kaplan y López, 2010. Basado en datos del Padrón de población a 1 de enero de 2008

Ilustración 6. Estructura de la población procedente de países en donde se practica la MGF. CAE, 2012



Fuente: Kaplan y López, 2013. Basado en datos del Padrón de población a 1 de enero de 2012

Ilustración 7. Estructura de la población procedente de países en donde se practica la MGF. CAE, 2008



Fuente: Kaplan y López, 2010. Basado en datos del Padrón de población a 1 de enero de 2008

Tabla 1. Distribución territorial de la población femenina según provincia de residencia – CAE

Nacionalidad	Álava	Guipúzcoa	Vizcaya	Total	Diferencia 2012-2008
Nigeria	383	81	597	1.061	649
Senegal	83	112	315	510	337
Mauritania	173	28	152	353	185
Camerún	80	47	184	311	172
Ghana	55	19	106	180	121
República Democrática del Congo	14	0	135	149	73
Guinea-Bissáu	3	0	144	147	42
Malí	57	6	80	143	105
Guinea	28	15	53	96	54
Costa de Marfil	31	5	16	52	32
Kenia	29	9	10	48	37
Burkina Faso	31	6	1	38	21
Egipto	7	6	5	18	10
Etiopía	1	5	11	17	8
Gambia	2	0	14	16	12
Benín	3	0	6	9	3
Sierra Leona	0	2	3	5	0
Sudán	1	0	2	3	-2
Uganda	0	2	1	3	3
Níger	0	0	3	3	1
Liberia	1	1	1	3	-2
Yemen	0	1	1	2	2
Togo	0	0	2	2	2
Tanzania	0	0	1	1	0
República Centroafricana	1	0	0	1	-2
Resto de nacionalidades	0	0	0	0	-2
Total general	**983**	**345**	**1.843**	**3.171**	**1.861**
Diferencia 2012-2008	**615**	**185**	**1.061**	**1.861**	

Fuente: Kaplan y López, 2013. Basado en datos del Padrón de población a 1 de enero de 2012

Tabla 2. Municipios de la CAE con mayor número de población femenina procedente de países donde se practica la MGF.

	NIGERIA	SENEGAL	MAURITANIA	CAMERUN	GHANA	REPUBLICA DEMO-CRÁTICA DEL CONGO	GUINEA-BISSAU	MALI	GUINEA	COSTA DE MARFIL	KENIA	BURKINA FASO	EGIPTO	ETIOPIA	GAMBIA	BENIN	SIERRA LEONA	SUDAN	UGANDA	NIGER	LIBERIA	YEMEN	TOGO	TANZANIA	REPUBLICA CENTROAFRICANA	TOTAL GENERAL
Vitoria-Gasteiz	371	78	104	76	54	14	3	57	26	26	26	29	7		2	3		1			1				1	879
Bilbao	313	71	48	96	54	102	111	13	21	10	1		4	3	8	6	1	2	1				1	1		867
Durango	54	35	1	4	21		4	19	5								2									145
Barakaldo	55	18	14	29	5	1	12	1	3					1	3								1			143
Sestao	48	5	4	8	2	2			8																	77
Irun	11	14	2	29	5				1	3		3														68
Donostia-San Sebastián	10	16	7	9	3			1	2	1	1	3	4	2					1							60
Basauri	7	8		16		7	5	3	5					3												54
Markina-Xemein		47						2			1															50
Iurreta	28	4	1		9			6		1																49
Santurtzi	11	2	5	6		6	5		1																	36
Amorebieta-Etxano	8	4	3	1	3	7	1							2	1					3						33
Ermua	3	9		2				18																		32
Errenteria	16	1	1	5	2																					25
Elorrio		18	1					2	1		3															25
Hondarribia	1	19		1					1					2							1					25
Arrigorriaga	12	1	2	5	1																					21
Salvatierra/Agurain	5		13		1					2																21
Amurrio	1	3	17																							21
Portugalete	12		4	1		1	1							1												20
Abadiño	7	6			2			5																		20
Bermeo	1	5	10		1					2																19
Berriz	6	4	2		3			3																		18
Lasarte-Oria	8				2				1		5															16
Balmaseda	4		9						2				1													16
Ondarroa		10	2		2					2																16
Pasaia	3	8	1										1				2									15
Lekeitio		10									4															14
Alonsotegi	3	2	5	2		1																				13
Laudio/Llodio	2		9											1												12
Berriatua		11										1														12
Galdakao		3	1	3		3		2																		12

	NIGERIA	SENEGAL	MAURITANIA	CAMERUN	GHANA	REPUBLICA DEMO-CRÁTICA DEL CONGO	GUINEA-BISSAU	MALI	GUINEA	COSTA DE MARFIL	KENIA	BURKINA FASO	EGIPTO	ETIOPIA	GAMBIA	BENIN	SIERRA LEONA	SUDAN	UGANDA	NIGER	LIBERIA	YEMEN	TOGO	TANZANIA	REPUBLICA CENTROAFRICANA	TOTAL GENERAL
Getxo	1	3	3		1		1								1							1				11
Güeñes	4		3	1		3																				11
Getaria		10																								10
Leioa	5	1				2									1						1					10
Mutriku	2	5	3																							10
Beasain	1	6						3																		10
Zalla	3	3		4																						10
Eibar		6	3																							9
Villabona	7	2																								9
Gernika-Lumo	1	3	2	2																						8
Zaldibar		4		2				2																		8
Azkoitia	1	3							1		3															8
Urkabustaiz			7																							7
Zumaia		4							2													1				7
Urnieta	5	1							1																	7
Ordizia	3		2	2																						7
Derio			6										1													7
Andoain	3				3					1																7
Igorre	1	4	2																							7
Lapuebla de Labarca			6																							6
Etxebarria		6																								6
Tolosa	1	2	1		2																					6
Elgoibar		6																								6
Valle de Trápaga-Trapagaran	2							1	2																	5
Zaratamo			2				1		2																	5
Erandio	2	2	1																							5
Campezo/Kanpezu			5																							5
Bergara		2	2										1													5
Urduña/Orduña		2	3																							5
Iruña Oka/Iruña de Oca			4								1															5
Total municipios con menos de 5 niñas	19	23	32	7	4	0	3	5	11	4	4	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	115
Total general	1061	510	353	311	180	149	147	143	96	52	48	38	18	17	16	9	5	3	3	3	3	2	2	1	1	3171

5

OBJETIVOS Y METODOLOGIA DEL DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

5

El presente diagnóstico sobre la MGF pretende generar el conocimiento necesario para llevar a cabo la implementación de un *Programa Global de Prevención de la MGF* en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Se plantean los siguientes objetivos:

- ✓ Identificar los antecedentes de trabajo en materia de prevención de la MGF que existen en la CAE.
- ✓ Dar a conocer a todas las instituciones vascas la problemática de la MGF y el motivo de la necesidad de un abordaje preventivo dentro de ésta comunidad.
- ✓ Identificar a los y las agentes clave sobre los que es necesario una formación en la materia, con el fin de generar una intervención preventiva coordinada, que ayude a las familias con nacionalidad MGF a evitar la práctica.

La metodología empleada ha consistido en la recopilación de información a través de entrevistas (individuales y colectivas) realizadas a personas de las Instituciones Vascas, Organizaciones No Gubernamentales y profesionales significativos/as, que han tratado el tema de la MGF. Las propias instituciones han sido las encargadas de designar a las personas interlocutoras para la realización de las entrevistas, ajustándose el equipo de la

Fundación Wassu-UAB a la disponibilidad de cada una de ellas. El trabajo de campo tuvo su punto de partida a través de la carta de presentación del Programa que en fecha de 25 de marzo de 2014, la Directora de Emakunde, Izaskun Landaida Larizgoitia, dirigió a los máximos responsables de las instituciones de la CAE

Se han realizado entrevistas con las siguientes instituciones y áreas:

- **Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales.**
  - **Dirección de Política familiar y desarrollo comunitario**
    - Inmigración
    - Asuntos Sociales
    - Igualdad
    - Biltzen. Servicio Vasco de Integración y Convivencia Intercultural.
- **Gobierno Vasco. Dirección de Salud.**
    - Dirección de Salud Pública y Adicciones.
- **Gobierno Vasco. Dirección de Innovación Educativa del Departamento de Educación, Departamento de Educación, Política Lingüística y Cultura.**
    - Berritzegune Nagusia
- **Diputación Foral de Álava**
    - Promoción Social
    - Instituto Foral de Bienestar Social
- **Diputación Foral de Gipuzkoa**
    - Igualdad
    - Protección a la Infancia e Inserción Social
    - Inserción Social, Atención a Mujeres Víctimas de violencia machista y Urgencias Sociales
- **Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social**
    - Igualdad
    - Infancia
    - Mujer e Intervención Familiar

- **Ayuntamiento de Bilbao.** A través de la participación en la sesión de trabajo del *Grupo Interdisciplinar de Prevención en materia de MGF* (7 de abril de 2014) por iniciativa del Área de Igualdad, Cooperación y Ciudadanía del Ayuntamiento de Bilbao.
- **Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.**
    - Servicios Sociales
    - Infancia y Familia
    - Unidad de Interculturalidad - Norabide
    - Servicio de Igualdad.
- **Ayuntamiento de Donostia.**
    - Servicio de Igualdad
    - Servicio de Inserción socio-laboral y migraciones
    - Servicio de diversidad cultural
    - Servicio de atención a víctimas de violencia machista.

Además, se han mantenido entrevistas con las organizaciones:

- Médicos del Mundo
- Haurralde Euskadi
- Cear Euskadi

Y con la pediatra, Maite Aranzabal.

En las entrevistas se han tratado los siguientes aspectos:

- ✓ Explicación del Programa sobre Prevención de la MGF iniciado por Emakunde con la colaboración de la Fundación Wassu-UAB. Objetivos y propuesta de trabajo.
- ✓ Conceptos básicos de la MGF.
- ✓ Fundación Wassu-UAB. Metodología de trabajo en África y en el Estado español.
- ✓ Datos y situación de la MGF en los distintos territorios de la CAE.

- ✓ Identificación de agentes clave para la sensibilización e intervención preventiva de la MGF en los distintos servicios.

La metodología llevada a cabo ha permitido recoger información cuantitativa y cualitativa de cada institución, así como generar debate y contraste de opiniones, sentando las primeras bases para proceder a la implementación del programa de intervención preventiva. Muchas de las personas entrevistadas era la primera vez que se acercaban al tema de la MGF, lo que requería una mayor explicación del fenómeno. Se ha debatido sobre el porqué es importante abordar el tema en ésta comunidad autónoma. En este punto, se ha procedido a valorar la importancia de la implicación de cada institución en la prevención de la MGF y la necesidad de identificar correctamente la situación de cada territorio, así como los y las profesionales que deben intervenir en este programa.

En todo caso señalar que entendemos este diagnóstico como un proceso continuado y participativo, que debe ser enriquecido con posteriores aportaciones con el fin de que en todo momento sea un documento vivo y útil para la acción.

6

ANTECEDENTES EN LA PREVENCIÓN DE MGF EN LA CAE

ANTECEDENTES EN LA PREVENCIÓN DE MGF EN LA CAE

6

Si bien no existe un programa de intervención para la prevención de la MGF en la CAE, han sido varias las intervenciones que se han realizado en el territorio.

A modo de resumen, recogemos los siguientes apartados:

6.1. Actividades de divulgación y/o sensibilización.

6.2. Actividades de formación a profesionales de la salud.

6.3. Actividades propias de las ONGDs.

6.4. Iniciativas institucionales.

6.5. Casos de intervención documentados.

6.1. Actividades de divulgación y/o sensibilización

Este tipo de actividades han sido iniciativas de diferentes organizaciones sociales, principalmente del movimiento feminista, así como de las técnicas de Igualdad de los diferentes Ayuntamientos vascos, las tres Diputaciones Forales, colectivos de inmigrantes, y otros colectivos sociales.

El 12 de noviembre de 2002, Adriana Kaplan realizó el primer acto divulgativo de la MGF en la CAE. La ponencia titulada "Mutilaciones genitales femeninas: avances interdisciplinares", se realizó dentro de las jornadas "Las mil caras de la violencia contra las mujeres" de la mano de la Asamblea de Mujeres de Araba/Álava en Vitoria-Gasteiz. Su presencia en la CAE ha sido continua desde entonces, participando en distintas actividades de divulgación organizadas por varios colectivos. Entre éstas se encuentran actividades en la Escuela de Empoderamiento de la Mujer (Getxo y Basurto), en UNESCO Etxea, y en Hegoa - Universidad del País Vasco (UPV). Su actividad de transferencia de conocimiento sobre la MGF, ha permitido dar a conocer una realidad hasta entonces desconocida.

6.2. Actividades de formación a profesionales de la salud

En la CAE, han sido pediatras del Servicio Vasco de Salud quienes han impulsado la inclusión de la MGF dentro de la problemática de cuidados de la salud de las niñas inmigrantes que viajaban a sus países de origen.

En concreto, desde el *Grupo de Cooperación Internacional, Inmigración y Adopción* de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, varios pediatras comienzan a preocuparse por el peligro que corren las niñas que viven en nuestra comunidad cuando viajan a países en los que se practica la MGF. A través de diferentes plataformas comparten materiales sobre la MGF entre profesionales sanitarios/as para acercarse a esta problemática. A la vez, se integra este problema dentro de la formación que se imparte de manera continua en la Asociación de Pediatría, tanto a nivel estatal, como en nuestra comunidad.

- ✓ **Experiencia en Bilbao**

En Osakidetza, y dentro de la formación que se imparte desde hace ocho años sobre violencia de género, el tema de la MGF se ha introducido como una manifestación más de la violencia contra las mujeres.

En el año 2011, desde el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Basurto, se detectaron algunas mujeres mutiladas entre sus pacientes del África Subsahariana. Ante este descubrimiento, se planteó el caso entre los y las colegas de profesión, comenzando a debatir conjuntamente una situación ante la que eran conscientes de la absoluta carencia de información y formación. Por ello, se ponen en contacto con la Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia, la Diputación Foral de Bizkaia y el Ayuntamiento de Bilbao.

El Ayuntamiento de Bilbao pone en conocimiento que en el módulo psicosocial Auzolan, conocido por su trabajo con mujeres subsaharianas, ya se ha detectado algún otro caso de MGF.

Para intentar analizar conjuntamente esta nueva problemática a la que se enfrentan los y las profesionales e impulsado por la demanda que se plantea, el Ayuntamiento de Bilbao ofrece una formación sobre MGF de la mano de Adriana Kaplan en octubre de 2013. En dicha formación participan profesionales de la salud, ginecología, pediatría, enfermería, matronas, trabajadores/as sociales y comienzan a preocuparse sobre cómo poder abordar este tema con mayor profundidad.

La línea de trabajo que se plantea es formar grupos de empoderamiento con estas mujeres, para que cuando vayan a sus países de origen, tengan una opinión formada así como herramientas adecuadas para afrontar el problema. Esta línea es compartida por los y las profesionales sanitarios/as, quienes participan activamente en la formación impulsada por el Ayuntamiento de Bilbao, integrando el grupo piloto y el grupo motor.

En estos momentos, profesionales de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto están trabajando en la elaboración de un "protocolo sanitario inicial", con el objetivo de pautar posteriormente este proceso, para todo el personal sanitario de la CAE.

6.3. Actividades propias de las ONGDs

Son varias las ONGDs que trabajan la sensibilización de la MGF:

- ✓ **Médicos del Mundo:**

En la CAE, comienzan a trabajar en sensibilización de la MGF a finales del año 2012. También trabajan en Cataluña, a través de un protocolo de actuación, y en Navarra, mediante la intervención directa con mediadoras interculturales.

En 2012, realizan un mapeo sobre la situación de la MGF en la CAE, basándose en los datos del EUSTAT del 2011 para situar en el mapa a las mujeres y niñas según su país de origen objetivo del estudio es conocer la preparación, conocimientos y actitudes del personal sanitario y social sobre la MGF. Lanzan la encuesta con la ayuda de los Colegios Profesionales, obteniendo 816 respuestas. Posteriormente, realizan 60 entrevistas individuales con personas clave del ámbito sanitario y social, detectando un gran desconocimiento y falta de formación. La última fase, se completa con entrevistas a mujeres y hombres de países africanos donde persiste la práctica de la MGF. A pesar de que las entrevistas fueron realizadas por personal africano de sus mismas etnias, fue muy difícil obtener respuestas. En estos momentos se está procediendo a divulgar los resultados a la ciudadanía vasca.

Su objetivo es continuar centrándose en labores de sensibilización, a través de diferentes medios:

- ✓ Exposición titulada" Un viaje con compromiso: el valor de la prevención en la lucha contra la Mutilación Genital Femenina", iniciativa de Médicos del Mundo a nivel estatal adaptada a la realidad de Euskadi.
- ✓ Campañas y mesas redondas, en las que cuentan con personas expertas de otros territorios y con Biltzen. Además utilizan dos documentales procedentes de Médicos del Mundo de Navarra y Cataluña, como material de acompañamiento.

No se plantean intervención directa.

- ✓ **CEAR EUSKADI:**

CEAR-Euskadi se centra en reivindicar el derecho de asilo como medida de protección internacional para las personas perseguidas por motivos de género, así como en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, en su interpretación como derechos

fundamentales. La prioridad de CEAR en materia de asilo y género, es el reconocimiento, valoración y dignificación de las mujeres refugiadas, así como la promoción de su empoderamiento e igualdad de derechos y oportunidades. También defienden una mayor incidencia en la política de asilo, en la persecución por motivos de género, así como una mayor sensibilización de los agentes estratégicos de la sociedad vasca, en torno a la necesidad de reivindicar la garantía en el acceso y ejercicio del derecho de asilo de las personas refugiadas por estos motivos.

En la línea de intervención, concretamente en la atención jurídica, CEAR manifiesta que han atendido a lo largo de estos años, a algunas mujeres que han manifestado haber sufrido algún tipo de mutilación genital, e incluso que han huido de su país por temor a sufrirla o a que la sufrieran sus hijas. En estos casos, CEAR les ha acompañado en la tramitación de la solicitud de protección, a fin de lograr su reconocimiento como persona refugiada o merecedora de protección subsidiaria, y ha puesto a su disposición los servicios de atención social y psicológica con los que cuenta la entidad.

En cuanto a otros procesos de intervención social o laboral se refiere, han sido muy escasas las ocasiones en las que las mujeres han manifestado haber sido víctimas de MGF, aunque al no haberse puesto la mirada en la prevención, tampoco ha sido un aspecto tratado en las actuaciones que llevan a cabo los y las educadores/as y/o trabajadores/as sociales. Con los hombres no se ha trabajado este tema en los talleres realizados sobre igualdad.

CEAR-Euskadi en el año 2013 recibió a 1.763 personas extranjeras en su oficina de Bilbao, de las cuales 499 fueron mujeres y 1264 hombres. Y a 1.092 personas (692 hombres y 400 mujeres) en la oficina de Vitoria-Gasteiz, donde se realizan atenciones jurídicas**.** En ambos casos, más de un 50% de mujeres son de procedencia africana. Consideramos que estos datos son relevantes de cara al futuro trabajo que pudiera hacerse en materia de prevención.

- ✓ **HAURRALDE:**

Haurralde Fundazioa trabaja en el compromiso con los derechos de las mujeres. Tiene una relación muy estrecha con el *Inter-African Committee on Traditional Practices* (IAC)[10] desde el año 1999. Su objetivo es contribuir a la lucha contra la violencia de género y vulneración de los derechos humanos. Potencian estrategias colectivas de trabajo con activistas de derechos humanos del Sur para erradicar la MGF en sus comunidades y prevenir la práctica en los países del Norte.

Se realizan actividades de sensibilización en Euskadi con presencia de mujeres que provienen del Comité Interafricano señalado anteriormente (IAC) desde Etiopia, Nigeria, Liberia, Mali,

Somalia y Ginebra, además de un grupo de mujeres de Barcelona con las que tienen contacto.

Han realizado un documento de sistematización de su trabajo y recomendaciones de actuación. También un vídeo documental sobre MGF titulado "FGM"; premio en el Festival de Derechos Humanos de Donostia.

6.4. Iniciativas institucionales

- ✓ **Diputación Foral de Álava:**

En el año 2008, y en el marco de la colaboración y coordinación en materia de Cooperación al Desarrollo y Derechos Humanos, las tres Diputaciones Forales de la CAE realizaron conferencias divulgativas en cada una de sus capitales, con la presencia de la Dra. Adriana Kaplan. Dichas conferencias se realizaron el 22 de abril en Bilbao, el 24 en Donostia y el 18 de junio en Gasteiz.

A partir de ese momento, la Diputación Foral de Álava comenzó a trabajar junto con Adriana Kaplan y la organización Wassu Kafo Gambia, firmando un convenio el 10 de agosto de 2009 para la ejecución de la primera fase del proyecto "Observatorio y nuevas estrategias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en Gambia: conocer para actuar".

[10] Comité Interafricano sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de mujeres y niñas.

Desde entonces y hasta la actualidad, se han suscrito convenios anuales para el desarrollo del proyecto, localizado en Gambia, cuyo objetivo es generar conocimientos científicos sobre las consecuencias de la MGF en la salud, así como transferir estos conocimientos a los agentes clave de la sociedad, implementando una nueva estrategia para la prevención de la práctica, a través del sistema nacional de salud, y de esta forma, mejorar las condiciones de vida de las niñas y mujeres gambianas. El proyecto se presentó mediante la comparecencia de Adriana Kaplan, en Juntas Generales de Álava, el 18 de junio de 2009. En el marco de este convenio, en 2010, se realizó una conferencia abierta a la ciudadanía alavesa, y un encuentro con trabajadoras del Instituto Foral de Bienestar Social, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y Gobierno Vasco, en la que participaron profesionales del ámbito de los servicios sociales. **Como consecuencia de ese proceso, se trabajó con la idea de definir una estrategia de abordaje de la prevención de MGF en el territorio alavés.**

Para ello, se trasladan a Vitoria-Gasteiz durante dos días, varias integrantes 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, para desarrollar diferentes acciones:

- ✓ Actuaciones abiertas al público.
- ✓ Reunión Inter-Institucional entre la Diputación Foral de Álava, Gobierno Vasco (Emakunde, Inmigración y Cooperación al Desarrollo) y Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- ✓ Encuentros con profesionales que trabajan en los ámbitos de los servicios sociales de base, jurídicos, sanitarios y educativos, así como con asociaciones de inmigrantes, en los que además se compartieron materiales para la prevención de la MGF.
- ✓ Encuentros con el grupo de pediatras/enfermeras de la comarca Álava y otro con Trabajadoras sociales del IFBS y del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Esta segunda fase del trabajo de prevención en el territorio histórico de Álava y las acciones que conllevan, se plasmaron en un nuevo convenio firmado en el 2011 por la Diputación Foral de Álava, a través de la Dirección de Promoción Social y la Fundación Autónoma Solidaria, titulado: "Observatorio y nuevas estrategias para la formación de los/as profesionales sobre la mutilación genital femenina en Álava: "Conocer para actuar en Álava". En este caso, el objetivo del proyecto es promover el cambio hacia actitudes favorables para la intervención educativa, que permita un abordaje preventivo de la MGF en Álava, desde la atención primaria en salud, servicios sociales y educación.

Para ello, se comienza por la creación de un grupo piloto interdisciplinar de profesionales de atención primaria en salud, servicios sociales y educación de Álava. Se identifican profesionales de referencia en estos sectores, realizándose en 2011 una formación específica, con el fin de proporcionar a los y las profesionales, conocimientos, herramientas y alternativas, para poder trabajar con las familias desde el conocimiento, el respeto, y la sensibilidad con que requiere ser tratado el tema. El grupo se configura con la participación de 32 profesionales: Emakunde, Biltzen, IFBS, Ayuntamiento Vitoria-Gasteiz, junto con los y las profesionales de los sectores implicados.

En este primer encuentro del grupo piloto de Álava, se recogieron las fortalezas y debilidades del mismo, las acciones a implementar, las cuestiones de organización, y se fijó una fecha de reunión para el mes siguiente, con el fin de comenzar a trabajar en los puntos que se establecieron. Dicha reunión quedó anulada después de que el nuevo equipo de Gobierno de la Diputación alavesa decidiera no renovar este Convenio y por tanto interrumpir este proceso de trabajo.

La Diputación continúa con el Convenio de Cooperación directa con la organización Wassu Gambia Kafo, apoyando el Proyecto denominado: "Observatorio y nuevas estrategias para la prevención de la mutilación genital femenina en Gambia: Conocer para actuar II".

- ✓ **Ayuntamiento de Bilbao:**

El Área de Igualdad, Cooperación y Ciudadanía del Ayuntamiento de Bilbao, aborda la prevención de la MGF a través del programa "Mujer, Salud y Violencia". Este programa tiene como objetivo la prevención de la violencia a través del empoderamiento de las mujeres, apuntando especialmente a la población femenina latinoamericana, y también a las mujeres de otros colectivos provenientes de países de África, de China, de Rumania, o de etnia gitana. Los tres grandes ejes del programa son: salud sexual, salud reproductiva, y prevención de la violencia de género.

Dentro de las líneas de intervención del programa, podemos destacar la cuarta:

> *"4. **Intervención piloto en materia de MGF**. Se llevan a cabo talleres dirigidos a mujeres provenientes de países en los que se practica la MGF, con el objetivo de generar un espacio de reflexión y aprendizaje en torno a las pautas y conductas sobre las que se socializa y educa a las mujeres subsaharianas en general.*

Se conforma un grupo de reflexión, constituido por mujeres de procedencia de países con prevalencia en MGF, formadas como Agentes de Empoderamiento, que serán agentes clave en el trabajo con las mujeres africanas procedentes de estos países. El Ayuntamiento ha planteado esta intervención desde el Protocolo en el área sanitaria de Bilbao en materia de Violencia de Género de septiembre de 2012.

A partir de 2012, se crea un grupo con el objetivo de elaborar un protocolo para el abordaje de la MGF, detectando diferentes visiones sobre el tema. Por ello, se plantea una formación cuyo objetivo es aunar visiones sobre el tema y tomar la decisión de cómo elaborar un protocolo de intervención.

En octubre de 2013, el *Grupo Interdisciplinar para la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP)* dirigido por Adriana Kaplan, realiza una formación, con el objetivo de crear un "Programa de intervención preventiva en el contexto de Bilbao", y para ello se pretende configurar un grupo piloto interdisciplinar de profesionales que llevarán a cabo la intervención preventiva en el contexto de Bilbao. Dicho grupo deberá tener formación específica y contar con asesoría en esta fase preliminar de cara a valorar un posible proceso de trabajo de coordinación e

implementación conjunta en materia de prevención de MGF. En abril de 2014, se realiza el primer encuentro del *Grupo Interdisciplinar en materia de MGF* con el objetivo de diseñar y poner en marcha un programa de atención y prevención de la MGF en Bilbao, mediante la participación coordinada de los servicios sanitarios, educativos, sociales y de igualdad, así como la colaboración del tejido asociativo. El programa tomará como ámbito de referencia, al menos en una primera fase, los barrios de Bilbao la Vieja, San Francisco y Zabala, por ser ésta la zona donde reside la mayor parte de ciudadanas y ciudadanos de los países donde se practica la MGF. Se ha constituido un grupo motor en el que participan las personas más significativas de los diferentes sectores sociales de intervención en el barrio. En junio, se realizó un segundo encuentro del grupo interdisciplinar en el cuál se debatieron los circuitos de coordinación de la intervención preventiva, habiéndose reunido previamente el grupo piloto para tal fin.

- ✓ **BILTZEN. Servicio Vasco de Integración y Convivencia intercultural**

El Gobierno Vasco cuenta con un Servicio de Integración y Convivencia intercultural, dependiente del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Biltzen. Se trata de una herramienta para trabajar a favor de la integración social y el enriquecimiento cultural de la población, entendiendo la diversidad cultural como una fuente de riqueza para la sociedad vasca. A la vez, y siendo conscientes de los inevitables conflictos que surgen, Biltzen pretende ser un instrumento para la gestión y el abordaje de esos conflictos. Uno de los objetivos de Biltzen es trabajar a favor del diálogo entre las diferentes comunidades que existen en nuestra sociedad, asesorando en materia de mediación y educación intercultural a los diferentes servicios públicos y privados. Por ello, Biltzen ha sido referente a la hora de abordar los casos de MGF detectados en la CAE, colaborando con los servicios sociales de cada zona cuando así han sido requeridos. En este sentido, su trabajo ha consistido en asesorar al personal de Servicios Sociales, realizando labores de interlocución con la familia, y elaborando un sistema de valoración de riesgo. Biltzen ha participado en la formación que se ha realizado en la CAE, fundamentalmente por la antropóloga Adriana Kaplan. También ha integrado el tema de la MGF, dentro de la formación específica que realizan.

6.5. Casos de intervención documentados

Excepto algunos casos de MGF registrados por los servicios sociales de los diferentes territorios, no existe un registro fiable de casos en la CAE, lo cual no quiere decir que no se hayan producido o detectado. La falta de información y formación sobre este tema en los y las profesionales dificulta el llevar a cabo una buena intervención. A pesar de ello, en todas las entrevistas se señalaba el conocimiento de casos detectados por profesionales sanitarios, de servicios sociales, educadores de calle, y escuelas. Sin embargo, la mayoría no han tenido seguimiento, y de muchos de ellos, sólo se ha tenido conocimiento mucho tiempo después de haberse producido.

Estos son algunos de los casos en los que se ha intervenido y que hemos podido recoger:

- ✓ Familia senegalesa de etnia mandinga que, tras largo tiempo, regresaba a su país de vacaciones. En este caso, fue Biltzen, el Servicio Vasco de Integración y Convivencia intercultural, quien, a solicitud de los Servicios de infancia de una Diputación Foral, realizó una intervención. Dicha intervención consistió en coordinar e intercambiar información estable con los equipos de intervención social, con el fin de conocer la situación de la familia y el grado de integración social de la misma. A la vez, trabajaron con la familia para abordar el tema de la MGF, comprobar su postura contraria a la práctica, y desarrollar conjuntamente una estrategia de intervención que les sirviera para al llegar a su país de origen, impedir la práctica. También se realizan a la niña exploraciones pediátricas antes y después del viaje, para comprobar que no ha sido sometida a ninguna mutilación.
- ✓ Niña de origen guineano que, tras un viaje a su país de origen, comenta a los/las educadores/as de calle haber sido sometida a la práctica de la MGF. Ni el padre ni la madre conocían lo sucedido (cosa bastante habitual, ya que son las abuelas las que la practican y no tienen por qué pedir permiso a los padres) y se muestran absolutamente contrarios a la práctica. En este caso, los servicios sociales conocían el hecho de que la niña iba a viajar, pero no eran conscientes del riesgo que corría debido al desconocimiento sobre el tema. Los servicios sociales municipales elevaron el caso a la Fiscalía.
- ✓ Familia procedente de un país donde se practica la MGF. Se abordó el problema en el mismo momento del viaje, obligando a la familia a firmar el documento de compromiso preventivo. La familia nunca regresó a la CAE.

Hay profesionales de la salud que conocen de la existencia de algún caso y no quieren comentarlo por secreto profesional.

7

PLATAFORMAS, AGENTES Y CIRCUITOS PARA LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

PLATAFORMAS, AGENTES Y CIRCUITOS PARA LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

7

Como se ha expuesto en el apartado anterior, han sido varias las intervenciones para la atención y prevención de la MGF que se han realizado en la CAE. Esto se valora positivamente, reflejando el interés y compromiso de los y las profesionales de diferentes áreas de intervención que se enfrentan a un problema, nuevo y desconocido, ante el que sienten que no pueden ni quieren permanecer indiferentes.

Por otro lado, existen aspectos negativos que se han manifestado claramente en las entrevistas. Tras ponerse en marcha iniciativas puntuales que se desarrollan con el entusiasmo y la implicación de profesionales de distintas áreas, se interrumpe el proceso iniciado, al no otorgarle a éste la continuidad y el apoyo necesarios, dejándolo sin la legitimidad y recursos para su desarrollo. Como consecuencia, estas iniciativas acaban por desaparecer junto con la ilusión y el ánimo de los y las profesionales para implicarse nuevamente en éstas. También hay proyectos que se solapan entre servicios que trabajan descoordinadamente. El problema sigue existiendo y no es abordado adecuadamente. Esta situación es evidenciada con claridad en la experiencia interrumpida puesta en marcha en Álava.

Una petición común por parte de todas las personas entrevistadas, es la necesidad de un **Programa Unificado de Intervención en la CAE**, que ampare y dé cobertura a las iniciativas que de manera local se están llevando a cabo. Un programa que tenga en cuenta las características territoriales y competenciales, y por tanto, la distinta necesidad de intervenir según las mismas. Un programa que integre las propuestas que están en marcha, para aprender de las mismas de forma ejemplarizante, y que aproveche los recursos y las personas, para poder trabajar de forma unificada en un mismo enfoque.

En resumen, el trabajo de campo pone en evidencia lo siguiente:

- ✓ Existe interés por parte de los y las profesionales de la CAE en la realidad de las familias procedentes de países donde se practica la MGF, por conocer y profundizar más en la problemática, así como por adquirir formación para abordar y prevenir la MGF desde su ámbito profesional de actuación.

- ✓ Estos mismos profesionales, en distinto grado, detectan una falta de información y formación en la materia. Por ello, una de las principales demandas es la formación en MGF, con el fin de conocer los motivos a los que responde esta práctica, y adquirir conocimientos y herramientas para poder intervenir trabajando desde la atención y la prevención, promoviendo actitudes favorables para su erradicación.

- ✓ Existen intervenciones que se han realizado de manera puntual, y otras cuya finalidad ha sido estabilizar la intervención por parte de algunas instituciones y profesionales. Estos antecedentes son importantes y hay que tenerlos en cuenta de cara a promover una propuesta que unifique las iniciativas, e implique un trabajo común en una misma línea.

Ámbitos de intervención preventiva en la CAE

El programa pretende que se intervenga desde la prevención, y por tanto, apostando por la formación de los y las profesionales de la salud, servicios sociales y educación que tienen contacto directo con las niñas, mujeres, o familias, de países donde se practica la MGF.

Ámbito de la Salud

Los y las profesionales de atención primaria de la salud, medicina de familia, y pediatría, son quienes más proximidad tienen con las familias y niñas que proceden de estos países, y por lo tanto, tienen una posición privilegiada a la hora de poder intervenir de una manera continuada con esta población desde una perspectiva preventiva. Es decir, incorporando el tema de la MGF dentro de su trabajo, sobre la preocupación por la salud de las niñas en los casos que proceda, al provenir de esas comunidades.

También debería tomarse en cuenta la salud de las mujeres adultas ya mutiladas, algunas de las cuales, que no todas, tienen importantes secuelas tanto físicas como psíquicas, como consecuencia de esa práctica, y de los conflictos culturales que se encuentran al llegar a nuestra comunidad.

Es importante que los y las profesionales sanitarios tengan formación suficiente para identificar los problemas de los que estamos hablando, y para trabajar en la línea de intervención que debe ser prioritaria: la prevención.

Experiencia pionera en la sanidad vasca:

En estos momentos, profesionales sanitarios de pediatría, ginecológica, matronas, trabajo social y comité de bioética de la OSI[11] Bilbao-Basurto, junto con el Ayuntamiento de Bilbao, Delegación Territorial de Salud, Dpto. de Educación y Módulo Auzolan, están trabajando en la elaboración de un protocolo inicial sobre prevención de mutilación genital femenina, con el objetivo de la puesta en marcha de un sistema coordinado de intervención en la prevención de MGF.

El objetivo del protocolo, es identificar a las niñas en riesgo de padecer MGF para, a través de esa identificación, coordinar actuaciones de atención integral por medio de los/las diferentes profesionales, buscando la implicación de todos los agentes involucrados, al objeto de dar una respuesta coordinada y efectiva.

[11] Organización Sanitaria Integrada (OSI)

El protocolo se está debatiendo, ensayando y consultando con la Fundación Wassu-UAB, de tal forma que una vez aprobado, se pueda generalizar en toda la CAE. Una herramienta importante de cara a esta coordinación, es la Historia Clínica de cada paciente, a la cual tendrán acceso los y las diferentes profesionales: medicina de familia, matrona, ginecología, urgencias y, en general, todos los y las profesionales de la salud. Esta Historia Clínica se detecta como una buena herramienta para facilitar el traspaso de información y la coordinación de actuaciones entre los diferentes servicios y profesionales que trabajan directamente con las mujeres y niñas.

La nueva estructura organizativa de Osakidetza, denominada OSI, facilita la puesta en marcha de este tipo de experiencias, al coordinar en una misma estructura organizativa, los servicios sanitarios de atención primaria y especializada, dentro de una demarcación geográfica determinada. De esta forma, se facilita el trabajo en equipo, compartiendo protocolos de actuación e información clínica de pacientes atendidos/as en una misma zona, por diferentes profesionales.

Los y las profesionales que han recibido formación por parte de la Fundación Wassu-UAB a través de la oferta formativa puesta en marcha por el Ayuntamiento de Bilbao, verbalizaron en las entrevistas que estarían en condiciones de ofrecer formación al resto de profesionales sanitarios de la CAE.

Por lo tanto, en el caso del ámbito sanitario, la propuesta de trabajo iría en la siguiente dirección:

- ✓ Apoyar el proceso de fortalecimiento y debate del grupo piloto OSI Bilbao-Basurto.
- ✓ Apoyar la elaboración del protocolo inicial puesto en marcha en esta comarca, con el fin de poder generalizarlo posteriormente al ámbito del resto de OSIS de la CAE.
- ✓ Ofrecer la formación y apoyo que este grupo de profesionales precise para fortalecer su propio proceso y acompañarles en el mismo.
- ✓ Trabajar en la identificación de los y las profesionales de OSIS del territorio vasco, que deberían integrarse en cada territorio, en colectivos similares a la experiencia puesta en marcha en Bizkaia.

Ámbito de Educación

Con frecuencia, son los centros escolares los que primero conocen cuándo una alumna procedente de algunos de los países donde se practica la MGF viaja de vacaciones a su país de origen. También, cuando después de un viaje, las niñas manifiestan cambios o problemas en su comportamiento debido a las consecuencias de la práctica. Por tanto, los y las profesionales de la educación son conscientes de la importancia de un abordaje preventivo en las escuelas y de la necesidad de promover acciones de formación para que el profesorado conozca la temática y tenga herramientas para su abordaje.

El Gobierno Vasco ha puesto en marcha el *"Plan Director para la coeducación y la prevención de la violencia de género en el sistema educativo"*. Dentro del mismo y en el marco de la "detección precoz para la atención eficaz," ya se contempla la existencia de algunas situaciones y/o colectivos que, por estar en mayor vulnerabilidad, requieren una atención de prevención más urgente para evitar daños posteriores.

Así, consta:

> ***"Niñas en riesgo de mutilación genital femenina:*** *Los centros se encuentran con situaciones de violencia contra las mujeres hasta hace poco no detectadas, pero en las que su detección precoz es imprescindible, tales como los casos de niñas con riesgo de práctica de mutilación genital."*

Por lo tanto, este marco de trabajo recogido en el Plan Director, facilita la intervención en formación en MGF dentro de los centros escolares, como uno de los ejes de trabajo en coeducación y prevención de violencia de género.

Dentro del Plan, y entre otras actuaciones, el Departamento de Educación tiene previsto durante 3 cursos convocar a 250 centros para que hagan proyectos para trabajar la coeducación y la prevención de la violencia en los centros. En este momento son 50 los centros públicos que han participado en la convocatoria y están asistiendo a seminarios zonales, junto a otros 70 centros.

Asimismo, un número similar de personas representantes de igualdad de los consejos escolares de los centros han participado en sesiones formativas.

Berritzegunes:

Dentro del ámbito de la Educación en la CAE, la figura encargada de la formación son los Berritzegunes. Éstos son servicios de apoyo para la innovación y mejora de la educación, en los niveles de enseñanza no universitaria. Se crean con el fin de dinamizar, innovar y mejorar la intervención en educación, ocupándose del impulso de los principales programas priorizados por el Departamento de Educación. Es fundamental su labor de cara a la planificación, asesoramiento y evaluación de los proyectos formativos en cada centro, impartiendo enseñanzas al profesorado, e impulsando todas aquellas acciones y programas que se consideren importantes en el sistema educativo.

En la CAE existen 18 Berritzegunes: 10 en Bizkaia, 6 en Gipuzkoa y 2 en Álava. Durante este curso, y de acuerdo al Plan Director, se ha organizado un seminario en cada zona dinamizado por la asesora o asesor responsable de coeducación. Cada seminario ha trabajado estrategias, herramientas y materiales de sensibilización, diagnóstico de los centros, y plan de intervención de centro para trabajar la coeducación y la prevención de la violencia de género. Estos seminarios se coordinan entre ellos a través de las asesoras de los Berritzegunes (cada mes o mes y medio).

Además de los seminarios zonales, las personas responsables de coeducación de los centros han participado en dos sesiones conjuntas de formación durante este curso, una sobre redes sociales, y otra sobre diversidad afectivo-sexual y cultural, donde se incluyó la MGF. También han acudido a estas sesiones las personas que realizaron la formación de representantes de consejos escolares.

Por lo tanto, desde el ámbito de la educación, se considera que ya existen los medios para introducir la MGF en los centros escolares. Los y las profesionales consideran que cuentan con personal preparado para ello, ya que se han ido formando en las sesiones de trabajo impulsadas por el Ayuntamiento de Bilbao. Habría que profundizar más con el profesorado de los centros en los cuales, según el *Mapa de MGF 2012*, acuden niñas en riesgo de padecer la práctica.

La propuesta de trabajo desde el ámbito de la educación, iría en dos sentidos:

- ✓ Profundizar en las líneas de trabajo en coeducación y prevención de violencia recogidas en el Plan director de educación, donde encontramos la prevención de la MGF.
- ✓ Realizar un trabajo de acercamiento, con el *Mapa de MGF 2012*, para localizar los centros escolares donde están las niñas cuyas familias provienen de países donde se realiza la MGF, y realizar formación específica en los mismos.

Ámbito de Servicios Sociales

Las y los profesionales de los servicios sociales se han acercado de manera muy tímida a esta realidad en Euskadi, la mayoría de las veces, a raíz de casos concretos que se han visto obligados a abordar. El desconocimiento sobre la significación cultural de esta práctica en las familias africanas, genera en el colectivo profesional que interviene, desconcierto e inseguridad a la hora de afrontarlo. Manifiestan dilemas importantes a la hora de intervenir, especialmente cuando se encuentran ante el caso de una niña que anuncia un viaje inminente al país de origen de su familia. Falta formación para detectar cuáles son los países en los que se practica la MGF, y dentro de ellos, qué etnias son las que realizan la práctica. Se han dado casos en los que se han llevado a cabo intervenciones con familias africanas que no practicaban la MGF, creando la estigmatización de la familia inmigrante y generando una alarma social injustificada.

El dilema en el caso de detectar a una niña que ha regresado de un viaje mutilada, es todavía mayor. Los y las profesionales se enfrentan a la obligación de interponer una denuncia ante fiscalía, sabiendo las graves consecuencias que ello puede acarrear, para la familia y para la niña, que puede ser separada de ésta. Muestran también preocupación por la estigmatización que estos temas implican para las familias africanas cuando aparecen en los medios de comunicación, a menudo de forma sensacionalista y generalizadora, que no ayudan a una mayor comprensión del problema.

La totalidad de los profesionales de las Instituciones Vascas (Diputaciones Forales y Ayuntamientos) precisan de formación para abordar este problema desde el respeto, el diálogo y la preocupación por la integridad y la salud de las niñas. Además, la realidad de

sobrecarga de trabajo impide a menudo poder abordar situaciones complejas, para las que no se tiene preparación suficiente. Otro de los problemas detectados es la barrera idiomática, dificultad importante para abordar temas tan delicados como el que nos ocupa.

Así pues, los equipos profesionales de servicios sociales demandan:

- ✓ Información, concienciación y sensibilización sobre la problemática de la MGF.
- ✓ Formación, asesoramiento y mediación intercultural, para trabajar desde la vía pedagógica de la prevención.
- ✓ Formación especializada sobre la intervención desde los servicios sociales (infancia, servicios de base, interculturalidad e igualdad) para abordar, cada cual desde su ámbito de actuación, de forma coordinada, qué tipo de intervención es la más adecuada en estas situaciones, tanto para las niñas afectadas, como para su entorno familiar.

La formación requerida se diferencia en dos niveles:

- ✓ Una formación genérica de información y sensibilización, dirigida a los y las profesionales implicados en estos sectores, con el fin de que obtengan un conocimiento básico sobre el tema. Se trata de promover una conciencia colectiva de la situación, y la oferta se extendería a trabajadores/as sociales, educadores/as de calle, educadores/as familiares, personal interno de las administraciones, etc.
- ✓ Una formación más especializada con profesionales que tienen habitualmente contacto directo con esta población, y por lo tanto, mayor necesidad de formación para la intervención. Fundamentalmente serían trabajadores/as sociales, educadores/as, psicólogos/as, técnicos/as de intervención, personal de atención en primera instancia, personal de las empresas contratadas por las administraciones, etc. La selección de este grupo se realizaría teniendo en cuenta la representación de todos los ámbitos dónde se pueda actuar para la prevención y todas las zonas geográficas de mayor porcentaje de población subsahariana.

Por último, apuntar que las diferentes Áreas de Diputaciones y Ayuntamientos, han identificado los colectivos profesionales que deberían participar en las diferentes formaciones solicitadas en los servicios de sanidad, educación y servicios sociales.

8

HACIA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

HACIA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

8

Las experiencias internacionales nos han enseñado que, para trabajar por la erradicación de la MGF, hacen falta estrategias que caminen hacia una comprensión adecuada del problema, empoderando a las mujeres y las niñas con el conocimiento necesario sobre los riesgos y las consecuencias de padecer la práctica. En la CAE, existen posibilidades reales de un trabajo pionero con un enfoque culturalmente respetuoso, en el que se impliquen los y las profesionales del ámbito de la salud, la educación, los servicios sociales y los colectivos de personas inmigrantes, trabajando conjuntamente en un mismo objetivo prioritario: conseguir que ninguna niña sea mutilada cuando viaja a sus países de origen.

Se trata de abordar el tema de la MGF desde un enfoque social, sanitario y antropológico que comprenda los motivos tradicionales, culturales y religiosos por los cuales se sigue realizando esta práctica, respetando las costumbres y tradiciones, siempre velando para que se reconozcan las graves consecuencias que esta práctica tiene para las niñas y las mujeres, trabajando, por lo tanto, desde un acercamiento transcultural para su erradicación en los países de origen.

El programa de intervención tiene relación con los siguientes aspectos:

Desarrollo Humano. La intervención propuesta tiene directa relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio 3, 4 y 5:

a) promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer;

b) reducir la mortalidad infantil;

c) mejorar la salud materna;

d) prevenir la transmisión del VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas;

La perspectiva base es la de los Derechos Humanos, y la preocupación por el desarrollo de cada uno/a en su individualidad e integridad, independientemente de las circunstancias dadas, promoviendo el empoderamiento de las personas, para que sean capaces de revertir las situaciones de desigualdad o agresión.

Género. En el caso de la MGF, hay una circunstancia definitoria: se trata de mujeres, situadas en un escenario de desigualdad de género, que está en la raíz misma de estas prácticas perjudiciales. Esto no implica que sean las mujeres, los únicos agentes con quien trabajar en prevención, sino que el proyecto aspira a sensibilizar a hombres y mujeres para tomar una postura crítica ante la MGF, trabajar de manera conjunta en su prevención y gradual en su erradicación.

Educación para el desarrollo. Las acciones formativas contemplan la actual diáspora africana en el mundo de acuerdo a la circularidad África - España de investigación y prevención, en la que la ONG Wassu Gambia Kafo trabaja desde sus inicios. Por tanto, se incluye un componente de análisis global, a la formación técnica médica necesaria para atender y prevenir la MGF. Junto con el conocimiento generado a través de la investigación y los materiales producidos en el contexto del proyecto, se completa esta tarea de transferencia, que favorece la postura de la ciudadanía, tanto en los agentes africanos, como europeos de este enfoque circular.

A través del presente diagnóstico, se ha pretendido detectar iniciativas y colectivos que deberían implicarse en el diseño e implementación de un programa sobre prevención en MGF en la CAE:

1. Políticas de igualdad de mujeres y hombres.
2. Políticas de educación para la salud.
3. Políticas de protección a la infancia.
4. Políticas de inmigración e integración intercultural.
5. Atención primaria en salud.
6. Atención primaria desde los servicios sociales.
7. Educación primaria y secundaria.
8. ONGs de inmigrantes y de atención a la inmigración.
9. Madres y padres de niñas de 0-14 años residentes en la CAE**,** procedentes de países en donde se practica la MGF.

En líneas generales, existe sensibilidad y ganas de aprender por parte de los y las profesionales. Hay demanda de información, sensibilización y formación para poder intervenir de una manera adecuada. Se necesitan herramientas para entender la problemática y trabajar, conjuntamente y coordinadamente. A través de este diagnóstico, se han identificado tanto a los agentes clave con los cuales poder intervenir, como a los y las profesionales que pueden hacerlo.

Hay diversas opciones de cara a plantear la intervención. Desde Sanidad, apuestan por realizar un trabajo de formación entre los diferentes profesionales que parta de ellos mismos y del trabajo iniciado al respecto. Desde Educación, también consideran que la oferta formativa debe partir de los Berritzegunes, e integrarla dentro de los planes de formación que se ofrecen a los centros escolares. Dentro de Servicios Sociales, las posibilidades de intervención, deberían ajustarse a las particularidades de cada institución y de cada territorio.

En general, la apuesta va en la línea de realizar un trabajo interdisciplinar en el que los ámbitos sanitarios, educativos y sociales estén integrados trabajando de forma coordinada. Álava plantea trabajar en las Cuadrillas de Álava, realizando un llamamiento

en cada una de ellas a los agentes implicados. Es necesario y posible establecer un programa coordinado de actuación, que recoja las particularidades de cada territorio, y se concrete en un Protocolo unificado de actuación en la prevención de MGF en la CAE. Hay coincidencia en la necesidad de realizar un trabajo interdisciplinar y coordinado, que permita diseñar estrategias para afrontar este problema. La población afectada es limitada y está localizada, lo que permite una mejor intervención, sin alarmismos ni estigmatizaciones. Por otro lado, si bien no era el objetivo en este momento, se plantea como una cuestión pendiente poder contactar con todas las asociaciones que trabajan con población procedente de estos países (Ver Anexos). Trabajar con estos colectivos es una buena oportunidad para generar un espacio de reflexión dónde la MGF se integre a otros elementos de debate desde los cuales poder interactuar con las mujeres de estos países desde una óptica de respeto y entendimiento con sus culturas y tradiciones, empoderándolas con herramientas para que sean ellas mismas las líderes de este proceso.

En nuestra opinión, no tienen sentido campañas publicitarias destinadas a la ciudadanía en general, sino localizadas y focalizadas según los ámbitos de intervención. Todos/as los y las profesionales plantean la vía penal como el último recurso al que poder acudir en caso de que la prevención falle. Sin embargo, la experiencia catalana nos dice que, cuando existe un trabajo preventivo previo, no es necesario acudir a estas vías. Allí no se ha dado un solo caso de mutilación cuando se ha trabajado previamente con la familia de manera adecuada.

A modo de conclusión

1. Implementar un **Programa de Intervención Preventiva de la MGF en la Comunidad Autónoma de Euskadi**, de forma coordinada entre profesionales de la salud, educación y servicios sociales.

2. Formar y sensibilizar a los y las profesionales de la salud, educación y servicios sociales capacitándoles/as para el conocimiento, detección, intervención preventiva y atención de la MGF en niñas en situación de riesgo de padecer la

práctica, y en mujeres que ya la hayan padecido. El Área de Igualdad, Cooperación y Ciudadanía del Ayuntamiento de Bilbao ha empezado a formar a los y las profesionales con el asesoramiento de la Fundación Wassu-UAB.

3. A nivel sanitario, apoyar y fortalecer la propuesta de trabajo de la OSI Bilbao-Basurto en la creación de un protocolo de intervención preventiva de la MGF. Esta iniciativa se podría replicar en el resto de OSI de la CAE.

4. En educación, según el planteamiento de Berritzegune Nagusia, formar a los y las profesionales de los centros escolares con mayor prevalencia de niñas procedentes de países donde se practica la MGF.

5. de países donde se practica la MGF a través de los servicios de interculturalidad que existen en algunos Ayuntamientos vascos, ONGs de apoyo a inmigrantes, grupos de mujeres y otros servicios existentes, para abordar conjuntamente esta problemática.

6. En servicios sociales, facilitar dos niveles de formación a todos/as los y las profesionales: información básica y sensibilización, y mayor profundización e intervención preventiva.

7. Trabajar con los colectivos procedentes Enfocar las intervenciones desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización hacia las culturas y prácticas tradicionales de las familias. El objetivo es empoderarlas con conocimiento, dando lugar a la reflexión y a la toma de decisiones informadas. Sólo si ellas mismas pueden pensar su realidad, sus justificaciones y las presiones culturales y estructuras sociales que mantienen estas prácticas, serán capaces de liderar un proceso de cambio dirigido al abandono de la MGF.

8. Desde Emakunde, se planteará la coordinación general de todas estas propuestas, que se materializará en un **Protocolo Integral de Intervención Preventiva de la MGF en la Comunidad Autónoma de Euskadi**.

9

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

9

Bibliografía general

BEDOYA, M. H. Y KAPLAN, A. (2004) “Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica”, en DE LUCAS, J. (Ed.) *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM.* Spanish Report, Valencia, Universitat de Valencia.

BERMÚDEZ, K. Y KAPLAN, A. (2005) “Mujeres, Diversidad y Diálogo: de caminos y fronteras” en *Asparkia*, *Género y multiculturalidad*, Universitat de Castellón.

BRANSFIELD, E. (2004): *Female Genital Mutilation*, disponible en: http://www.users.globalnet.co.uk/~lavie/fgm/dissertation.html (Consultado: 30.05.2013).

DIBIEAMAKA, S. Y IWESIM, A. (2003) “Female genital mutilation: implications for female sexualitiy”, en: *Women’s International Forum,* Vol. 26, Noviembre-Diciembre, 575-580.

EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (EIGE) (2013) *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*, Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

GUERRA, M.J. (2008): “Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres”, en *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. N.º 38, Enero-Junio, 2008, 61-76.

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

KAPLAN, A.; LÓPEZ, A. (2013) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*, Antropología Aplicada 2, Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

KAPLAN, A; FORBES, M; BONHOURE, I; UTZET; M; MARTÍN M; MAMEH, M; CEESAY, H. (2013) “Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn” en International Journal of Women’s Health, 2013:5, 323-331.

KAPLAN, A.; HECHAVARRIA, S.; MARTIN, M.; BONHOURE, I. (2011) “Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action”, en *Reproductive Health Journal*, Vol. 8:26

KAPLAN, A. (2006) “Un estudio sobre la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio de las mujeres migratorias senegambianas”, en *Género e Inmigración*. Bilbao, Bilbao Harresiak Apurtuz, 109-120.

KAPLAN, A. (2004) "Salud y derechos sexuales y reproductivos en la población senegambiana: Tradición, identidad e integración social", en CHECA, F.; CHECA, J. C., ARJONA, A. (eds.) *La integración social de los inmigrados. Participación social y Derechos Humanos.* Almería, Universidad de Almería, 203-226.

KAPLAN, A. y RISLER, S. (2004) “*Iniciación sin Mutilación”* video-documentary 26’ Ovideo Producciones, Barcelona.

KAPLAN, A. (1998): *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social*, X Premio de Investigación en Ciencias Sociales Dr. Rogeli Duocastella. Barcelona, Fundación “La Caixa”.

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

LLOYD, J., CROUCH, N. S., MINTO, C. L., LIAO, L.-M.; CREIGHTON, S. M. (2005), “Female genital appearance: ‘normality’ unfolds” en *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112: 643–646. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00517.x, disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2004.00517.x/full (Consultado 19.11.2013)

MEI, L. M.; CREIGHTON, S. M. (2007) Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond? En BMJ. 2007 May 26; 334(7603): 1090–1092, DOI: 10.1136/bmj.39206.422269.BE, disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1877941/ (Consultado 19.11.2013)

OKEKE, T.C.; ANYAEHIE, U.S.B; EZANYEAKU, C.C.K. (2012) “An Overview of Female Genital Mutilation in NigeriaAn Overview of Female Genital Mutilation in Nigeria” en *Annals of Medical & Health Sciences Research* Enero-Junio; 2(1): 70–73. DOI: 10.4103/2141-9248.96942

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2013) http://www.who.int/ (Consultado 08.04.2013)

PUPPO, V. (2013) "Can Female Genital Cosmetic Surgery Be Considered or Classified as Female Genital Mutilation Type IV?" en *Gynecologic and Obstetric Investigation*
DOI: 10.1159/000347150

RODRÍGUEZ, D. (2002): "Las mutilaciones genitales en la población senegambiana en Cataluña y África: El debate entre universalismo y relativismo cultural" en GONZÁLEZ, A. Y

MOLINA, J. L. (coords.) *Abriendo surcos en la tierra. Homenaje a Ramón Valdés del Toro*, Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 79-102.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, REPARADORA Y ESTÉTICA (SECPRE) (2010) *La realidad de la Cirugía Estética en España*, Capítulo de Estética de SECPRE.

SHWEDER, R. A. (2000), "What about "Female Genital Mutilation"? And Why Understanding Culture Matters", en *The MIT Press* Vol. 129, Nº 4, 209-232.

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

UNICEF (2005) Cambiar una convención social prejudicial: la ablación o mutilación genital femenina. UNICEF, Siena.

VAN GENNEP, A. (1986) Los ritos de paso, Madrid, Ed. Taurus.

VÁZQUEZ, C. (2010) *Inmigración, diversidad y conflicto cultural. Los delitos culturalmente motivados cometidos por inmigrantes (especial referencia a la mutilación genital femenina)*. Colección Estudios de criminología y política criminal, Madrid, Editorial Dykinson.

Boletines **Oficiales del Estado**

LEY ORGÁNICA 11/2003, de 29 de septiembre, *de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración de los extranjeros*. BOE núm. 234 de 30.09.2003.

LEY ORGÁNICA 3/2005, de 8 de julio, del Poder Judicial, *para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.* BOE núm. 163 de 09.07.2005.

Sentencias

AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA, Rollo procedimiento ordinario Nº3/2012, Sumario Nº 1/2011

AUDIENCIA PROVINCIAL DE TERUEL, Rollo penal Nº12/2011, Sumario Nº3/2010, Sentencia Nº26

AUDIENCIA NACIONAL DE MADRID, Roj: SAN 1323/2013, Nº de recurso: 13/2011, Nº de resolución 36/2012. Sentencia Nº9/2013

AUDIENCIA NACIONAL DE MADRID, Roj: SAN 3429/2012, Nº de recurso: 13/2011, Nº de resolución 36/2012. Sentencia Nº36/2012

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

Encuestas *Demographic and Health Surveys (DHS)* y *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*

AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (ANSD) [SENEGAL]; ICF INTERNATIONAL (2012) *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011*. Calverton, Maryland, USA: ANSD y ICF International, disponible en: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR258/FR258.pdf (Consultado: 14.12.2013).

NATIONAL POPULATION COMMISSION (NPC) [NIGERIA] AND ICF MACRO (2009). *Nigeria Demographic and Health Survey 2008.* Abuja, Nigeria: National Population Commission and ICF Macro, disponible en: http://www.unicef.org/nigeria/Multiple_Indicators_Cluster_Survey_4_Report.pdf (Consultado: 14.12.2013).

OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE (ONS) Y UNICEF (2008) *Mauritanie. Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2007*. Global MICS 3 UNICEF, disponible en: http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html (Consultado: 14.12.2013).

Artículos de prensa

HOPE, J. “Hundreds of girls aged 14 or under are having 'designer vagina' surgery on the NHS 343 operations performed on under 14s in six years” en *Daily Mail*, 22 de noviembre 2012.