



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**Posgrado Oficial en  
Estudios de Género y Políticas de igualdad.**

**Trabajo fin de máster.**

**MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:  
UNA FORMA DE VIOLENCIA  
CONTRA LA MUJER  
SOCIALMENTE ACEPTADA.**

Alumna: Yessica de Arriba González.

- Bajo la dirección de:
  - Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dñ<sup>a</sup> Nieves Sanz Mulas.
  - Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dñ<sup>a</sup> Laura Zúñiga Rodríguez.

## AGRADECIMIENTOS.

Agradecer a la Directora y Coordinadora del Máster, D<sup>a</sup> Ángela Figueruelo Burrieza, todos los conocimientos que nos ha transmitido, así como por su gran labor a favor de la igualdad de género entre mujeres y hombres.

También quiero agradecerlo a mis tutoras y profesoras, D<sup>a</sup> Laura Zúñiga Rodríguez y D<sup>a</sup> Nieves Mulas Sanz. A D<sup>a</sup> Nieves Mulas Sanz, quisiera agradecerle en especial, la oportunidad que me ofreció a la hora de realizar este trabajo, que me permitió avanzar aún más en mis conocimientos sobre las diferentes formas de violencia de género que sufrimos las mujeres en todo el mundo.

Por último, quiero dedicar este trabajo a mi familia y a mi pareja, ya que gracias a su apoyo incondicional he conseguido llegar hasta este tramo.

## PARTE I

### LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN EL MUNDO

<b>I.</b>	<b>EL PORQUÉ DE LA ELECCIÓN DE ESTE TEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>II.</b>	<b>FUNDAMENTOS DE LA MGF.....</b>	<b>14</b>
1.	Introducción histórica. Especial referencia a África.....	14
2.	Aspectos que inciden en la práctica de la MGF.....	16
	<i>a) Educación.....</i>	<i>16</i>
	<i>b) Lugar de residencia.....</i>	<i>18</i>
	<i>c) Religión.....</i>	<i>19</i>
	<i>d) Edad.....</i>	<i>20</i>
	<i>e) Riqueza.....</i>	<i>21</i>
3.	Fundamentos por los que se establece y se consolida la MGF.....	21
	<i>a) Identidad cultural.....</i>	<i>22</i>
	<i>b) Identidad sexual.....</i>	<i>22</i>
	<i>c) Control de la sexualidad de la mujer y de sus funciones reproductivas...</i>	<i>23</i>
	<i>d) De higiene y estética.....</i>	<i>23</i>
	<i>e) Basadas en la religión y en la mitología.....</i>	<i>24</i>
	<i>f) Socioculturales.....</i>	<i>24</i>
<b>III.</b>	<b>TIPOS Y CONSECUENCIAS DE LA MGF.....</b>	<b>27</b>
1.	Introducción.....	27
2.	Tipos de MGF.....	27
3.	Efectos de la práctica de la MGF.....	33
	<i>a) Efectos físicos.....</i>	<i>33</i>
	<i>b) Efectos psicológicos.....</i>	<i>35</i>
	<i>c) Efectos sobre la sexualidad.....</i>	<i>37</i>
	<i>d) Efectos obstétricos y sobre el recién nacido.....</i>	<i>38</i>
<b>IV.</b>	<b>LEGISLACIÓN Y ORGANISMOS INTERNACIONALES QUE LUCHAN CONTRA LA MGF. EL DERECHO DE ASILO A NIVEL INTERNACIONAL.....</b>	<b>40</b>

1.	Legislación internacional y organismos internacionales contra la MGF.....	40
2.	Legislación africana contra la MGF y organismos africanos que combaten la MGF.....	50
3.	El Derecho de asilo a nivel internacional.....	58
	a) <i>Introducción</i> .....	58
	b) <i>Definición de refugiado o refugiada y de asilo</i> .....	58
	c) <i>Derecho de asilo a nivel internacional</i> .....	63
	i) Convención de Ginebra de 1951.....	65
	ii) El Protocolo de Nueva York de 1967.....	67
4.	Regulación en África. La Convención de la Organización de la Unidad Africana en la que se regulan los aspectos específicos de problemas de los refugiados en África.....	68
5.	El derecho de asilo en la Unión Europea.....	69

## PARTE II

### LA SITUACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL

#### FEMENINA EN ESPAÑA

<b>V.</b>	<b>EL ACTUAL INTERÉS ESPAÑOL POR LA LUCHA CONTRA LA MGF</b> .....	73
<b>VI.</b>	<b>HERRAMIENTAS LEGISLATIVAS ESPAÑOLAS QUE COMBATEN LA MGF</b> .....	82
1.	Introducción.....	82
2.	Herramientas penales contra la MGF. La reforma del art. 149.2 del CP.....	82
	a) Fundamentación de la reforma.....	83
	b) Aspectos jurídicos y médicos del concepto “órgano principal”.....	84
	c) Elementos del tipo objetivo (bien jurídico, objeto material del delito, sujetos activo y pasivo y conductas delictivas.....	84
	d) Penalidad.....	86
	e) Inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad como pena impuesta a los progenitores de las menores.....	86
3.	Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que modifica la ley 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de	

la mutilación genital femenina.....	88
4. Ley 1/1996, de Protección Jurídica del Menor.....	90
5. El derecho de asilo en España.....	91
a) Introducción.....	91
b) Causas de persecución.....	91
c) Etapas de derecho de asilo en España.....	93
<b>VIII. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR CONTRA LA MGF.....</b>	<b>102</b>
1. Introducción.....	102
2. Motivos de atención y riesgo e indicadores de sospecha.....	103
3. El rol que se asigna a los y las profesionales en materia preventiva de la MGF.....	105
4. Cómo se actúa antes de que se realice un viaje al país de origen.....	109
5. Utilización del compromiso preventivo como primera herramienta contra la MGF.....	110
6. Prevención e intervención desde los Servicios de Salud.....	111
a) Intervención en la edad pediátrica.....	113
b) Intervención en la salud reproductiva.....	116
7. Prevención e intervención desde los Servicios Sociales.....	120
8. Prevención e intervención en el centro escolar.....	124
9. Intervención de los Cuerpos y Fuerzas de seguridad del Estado.....	125
10. Intervención con asociaciones que trabajan en materia de prevención de la MGF.....	126
<b>IX. CONCLUSIONES.....</b>	<b>128</b>
<b>X. ANEXO LEGISLATIVO.....</b>	<b>131</b>
<b>XI. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>133</b>

## ABREVIATURAS

AMSOPT: Asociación Maliense para el Seguimiento y la Orientación de las Prácticas Tradicionales.

ACNUR: Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados.

CAMS: Comisión para la Abolición de la Mutilación Sexual.

CIAF- IAC: Comité Interafricano sobre prácticas que Afectan a la Salud de Niños y Mujeres.

CC: Código Civil.

CC.AA: Comunidad Autónoma.

CP: Código Penal.

EBASP: Equipos Básicos de Atención Social y Primaria.

GIPE-PTP: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales y Perjudiciales.

LOPJ: Ley Orgánica del Poder Judicial.

MGF o MGF/A: Mutilación Genital Femenina, o Mutilación Genital Femenina/Ablación.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización No Gubernamental.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

RD: Real Decreto.

SAN: Sentencia de la Audiencia Nacional.

SS.SS: Servicios Sociales.

TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

## **PARTE I.**

### **LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN EL MUNDO.**

#### **I: EL PORQUÉ DE LA ELECCIÓN DE ESTE TEMA.**

Quisiéramos comenzar este punto del trabajo haciendo referencia a la experiencia vivida por Waris Dirie<sup>1</sup>, autora de su autobiografía, bajo el nombre de “flor del desierto”, que años más tarde protagonizó la película basada en el mismo, con el mismo título. Tanto el libro, como la película narran como su vida cambió el día en el que la practicaron la infibulación, el tipo más grave de mutilación genital femenina, consistente en la amputación del clítoris, de los labios mayores y menores, y posteriormente la realización de un estrechamiento o cosido de ambos lados ambos de la vagina, dejando un orificio minúsculo para miccionar y para que el flujo de la menstruación pueda salir. Se lo realizaron cuando tenía tan sólo cinco años. Su madre la llevó a un lugar apartado del poblado, donde se encontraba la mujer que la iba a practicar la MGF. Entre las dos agarraron a la niña y la mujer sacó una hojilla oxidada con la que le cortó, después sacó la aguja y el hilo con la que la cosió. Después de realizar esta práctica, la dejaron allí echada a la espera de que cicatrizara la herida, acercándose diariamente para alimentarla e hidratarla.

También cuenta que ella tuvo suerte, pero dos de sus hermanas, a las que también se les practicó la MGF murieron, una murió desangrada instantes después de que se la realizara y la otra murió en el momento del parto, cuando su bebé aún se encontraba dentro de ella, provocando también la muerte del mismo o de la misma. En la película se puede observar como después de haber contado cómo la mutilaron, abandona el lugar donde se ha concertado la entrevista y se enfoca a la periodista llorando al haber escuchado una situación tan violenta contra esa mujer.

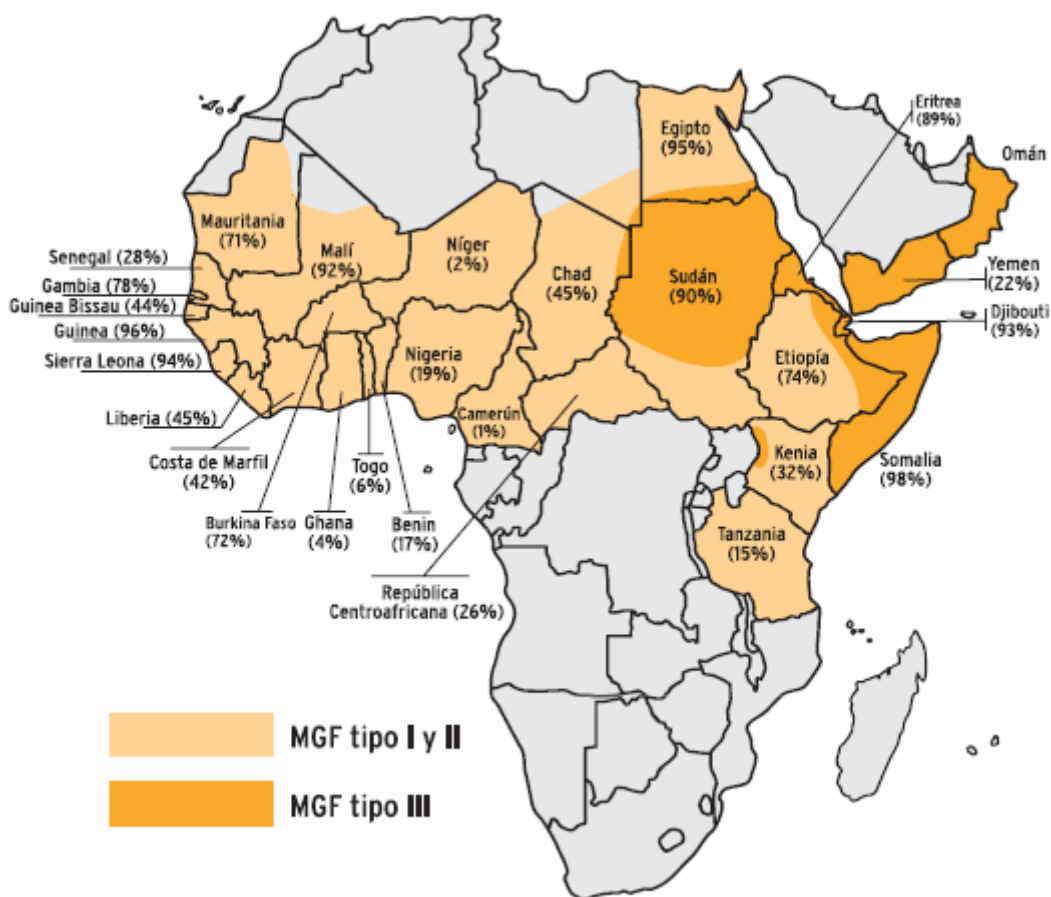
---

<sup>1</sup> Su nombre significa Flor del Desierto de ahí el nombre, tanto del libro como de la película. Nació en Somalia en 1965. Desde 1997 hasta 2003 ha sido embajadora de la ONU para luchar contra la mutilación genital femenina. En 2002, creó su organización, bajo el nombre de Waris Dirie Foundation, de ahí hemos extraído toda esta información, para luchar por erradicar la MGF.

Este tipo de prácticas constituyen una de las formas de discriminación más graves que pueden sufrir las mujeres<sup>2</sup>, ya que esta discriminación tiene su fundamento, en una forma de violencia socialmente aceptada en las comunidades en las que se practica. En total, alrededor de ciento treinta y cinco millones de mujeres y niñas han sufrido alguno de los tres tipos de MGF que existen, en todo el mundo. Además se calcula que casi dos millones de mujeres y de niñas corren el riesgo de sufrirla cada año. Concretamente, seis mil niñas son víctimas de alguno de los tipos de mutilación genital, al día en África. En España, alrededor de diez mil niñas corren el riesgo de sufrirla.

A continuación, adjuntamos un mapa de África donde se detallan los países africanos donde se practica y el porcentaje de prevalencia de estas prácticas, según datos de 2008:

**Distribución geográfica, tipología de la MGF y prevalencia en países africanos**



Fuente: GIPE/PTP-UAB: a partir de dato del Demographic & Health Survey 2008

<sup>2</sup> Mutilación genital femenina y derechos humanos. *Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Amnistía Internacional.



El problema que genera la MGF es la concepción errónea que ha surgido respecto a esta práctica. Esta creencia, mantenida hasta hace sesenta años por las personas que vivían en los países industrializados, sostenía que estas prácticas sólo se llevaban a cabo en países africanos y que se realizaba porque así lo exigía su religión<sup>3</sup>. Pero a raíz del aumento de los flujos migratorios provenientes de países africanos, los máximos organismos internacionales comprendieron que la llegada de personas que provenían de países africanos donde se practicaba la MGF estaba ocasionando el aumento de estas prácticas en sus respectivos países. Por ello, decidieron estudiar porqué se realizan estas prácticas y concluyeron que se debían frenar este tipo de prácticas porque constituían una violación de los derechos humanos fundamentales reconocidos para todas las mujeres del mundo, además constituía una vulneración de la integridad física y moral de la mujer.

Ante todo hay que destacar que nos encontramos, una vez más, con una discriminación por razón de género<sup>4</sup> en estas sociedades. La discriminación que viene determinada por la imposición de los valores patriarcales en las comunidades donde se practica la MGF. Además constituye una violación de los derechos humanos que le han sido reconocidos a las mujeres en la Declaración Universal de derechos Humanos, que constituye la base legal sobre la que se reconocen todos los derechos de la mujer. A raíz de la entrada en vigor de esta Declaración, han ido apareciendo una serie de textos que protegen a las mujeres y a las niñas contra estas prácticas perjudiciales para su salud, tanto directa como indirectamente, como pueden ser: la Convención de las Naciones Unidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, tratos inhumanos o degradantes, la Convención sobre los Derechos del niño, o la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. También a nivel africano<sup>5</sup>, algunos países han creado leyes específicas que prohíben la MGF, otros en cambio, han incluido alguna disposición en su legislación, bien en la relacionada con la protección del menor o en su Código Penal.

Hay que destacar que este tipo de prácticas está socialmente legitimado<sup>6</sup>, incluso las familias obligan a los progenitores a practicarles a sus hijas la mutilación genital, para que puedan formar parte de la comunidad en la que residen. En el caso de que las

---

<sup>3</sup> *Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina*. Lucas, B.

<sup>4</sup> *Cuestiones de género en el fenómeno de las migraciones*. García-Mina, A; Carrasco, J.

<sup>5</sup> *A Fifteen year Review of the Implementation of the Beijing platform for Action in Africa*. UNECA.

<sup>6</sup> *Mutilación genital femenina. Más que un problema de salud*. Medicusmundi Andalucía.

propias niñas o mujeres, o incluso cuando las madres de éstas menores se nieguen a realizarles esta práctica, tienen como castigo, no poder manipular ni alimentos ni agua, tocar animales, estar en contacto con los demás miembros de la comunidad, o incluso se las expulsa de la misma, ya que las mujeres que no están mutiladas genitalesmente son consideradas mujeres sucias y se las denomina en algunos lugares como “prostitutas”.

Los fundamentos en los que se basan estas prácticas son muy diversos, se estudian desde una perspectiva multidisciplinar<sup>7</sup>, en la cual subyacen factores higiénicos y estéticos, considerando que los órganos genitales femeninos al ser abultados pueden ir creciendo a la medida que crecen los órganos genitales masculinos y por ello, se deben cortar, para que el cuerpo de la mujer gane en feminidad. También se fundamentan en razones sexuales, entendiendo la MGF como una práctica que permite controlar la sexualidad de la mujer ya que reduce el deseo sexual de la mujer y facilita la fidelidad de ésta a su marido. También se cree que es necesaria porque aumenta el placer sexual del hombre, porque si el clítoris no es cortado y entra en contacto con el pene podría atraparlo y provocar la muerte de éste. En cuanto a fundamentos reproductivos se sostiene como razón fundamental que si se le ha practicado la MGF a la mujer facilita el parto y además previene que si el niño o la niña roza el clítoris puede morir. Aunque se pueda pensar, en un primer momento, que esta práctica tiene su origen en un razonamiento religioso, es erróneo totalmente, ya que ni el Corán, ni otros manuscritos religiosos, reflejan en ninguna de sus partes ninguna mención sobre la MGF.

La fundamentación que más peso tiene entre las comunidades que practican la MGF son las razones socioculturales<sup>8</sup>. Esto quiere decir que la realización de esta acción supone la adquisición de una identidad cultural. En la mayoría de las ocasiones, la adquisición de esta identidad viene enmarcada dentro de un rito de iniciación compuesto por tres fases: la primera de ellas es la fase de separación en la cual las niñas son separadas de la comunidad y se les practica la MGF. En la segunda fase, la de marginación, cuya duración dependerá del tiempo que necesite el cuerpo de la niña para cicatrizar. Suele oscilar entre las dos y las ocho semanas. En esta fase es donde la niña adquiere los conocimientos sobre el rol que desempeñará en su comunidad, que será el rol doméstico y reproductivo. Por último, la tercera fase es denominada fase de agregación, que

---

<sup>7</sup> *Cambiar una convención social perjudicial: La ablación o mutilación genital femenina*. UNICEF.

<sup>8</sup> *Los ritos de iniciación*, Van Gennep, A.

supone la integración de la niña en la comunidad a través de una gran ceremonia con muchos regalos, mediante la cual se nombra a la niña miembro de la comunidad.

Además esta discriminación se lleva a cabo a través de una violencia física, psicológica y sexual sobre la mujer. La realización de la MGF<sup>9</sup> y sus efectos varían dependiendo del tipo de MGF que se le practique a la mujer o a la niña. El primer tipo, denominado excisión, consiste en un pequeño corte del clítoris. El segundo tipo consiste en el corte total o parcial del clítoris y de los labios menores. Por último, el tercer tipo se denomina infibulación, y constituye la extirpación total del clítoris, de los labios menores y mayores y la realización de un cosido o estrechamiento posterior juntando ambos lados de la vagina.

Las edades en las que se practica la MGF oscilan entre instantes después del parto y antes del primer embarazo. En la mayoría de los casos se practica entre los cuatro y los ocho años. Actualmente hemos asistido a una variación respecto a la edad de realización, llevándose a cabo en niñas de dos y tres años, con el fin de mutilarlas genitualmente antes de que sus familias emigren a países donde estas prácticas están prohibidas legalmente.

Los efectos que produce son de cuatro tipos<sup>10</sup>. En primer lugar se encuentran los efectos físicos, los más visibles, caracterizados por un dolor intenso instantes después de la realización, acompañado de hemorragias abundantes, ya que en la parte del clítoris que se corta se encuentra la arteria clitoral; estado de shock producido por la visión de la sangre y el dolor producido por el corte, ya que en ninguno de los tres tipos de MGF se utiliza anestesia; retenciones de orina, infecciones de orina, entre otros. Estos efectos, se acompañan de la transmisión de enfermedades tales como el tétanos, la hepatitis B o incluso el VIH, producidos por la utilización de instrumental, tales como cuchillas, navajas, tijeras, cuchillos y demás objetos cortantes y punzantes, no esterilizados en varias niñas o mujeres consecutivamente. En segundo lugar, se encuentran los efectos psicológicos, menos visibles, estudiados a través de las experiencias narradas por las víctimas, en las que todos los relatos coinciden con sentimientos de miedo, terror, ansiedad, estrés, depresión. Produce un cambio en la personalidad de la mujer o de la niña, convirtiéndola en una persona más dócil, sumisa. También incluye la pérdida de

---

<sup>9</sup> *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación.* Amnistía Internacional.

<sup>10</sup> *Female genital mutilation.* Karlene Davis, D; McCafferty, C:

autoestima, del apetito, provoca insomnio, pánico, entre otros muchos. En tercer lugar tenemos las consecuencias sobre la sexualidad de la mujer o de la niña, son muy graves, ya que consiguen que la primera relación sexual de la niña o la mujer sea horrible y muy dolorosa, incluso puede ser muy peligrosa en el caso de una niña o mujer infibulada ya que se la practica la desinfibulación, es decir, se la “descose” para mantener la relación sexual, y una vez finalizada ésta se la vuelve a coser de nuevo. Las mujeres a las que se le practica la MGF no obtienen placer sexual de esas relaciones sexuales ya que con la extirpación del clítoris, zona que acumula el placer sexual de la mujer, evitan que ella pueda disfrutar sexualmente. Por último, provoca efectos en el embarazo, en el parto y en el recién nacido o en la recién nacida. Provoca una mayor necesidad de realizar cesáreas en el momento del parto; hay una mayor mortalidad materna, los recién nacidos y las recién nacidas necesitan, en mayor número, reanimación tras el parto, entre otras consecuencias.

La situación en nuestro país es diferente a la del resto de países industrializados. Mientras que en el resto de Europa el aumento de flujos migratorios de población<sup>11</sup> procedente de países donde se practica la MGF se produjo hace sesenta o setenta años, en España se produjo hace veinte años. De ahí, que la primera norma que prohibiese la MGF sea el Código Penal en su reforma de 2003.

La MGF en nuestro país constituye un delito de lesiones tipificado en el artículo 149. 2 del CP, incluida en la ley 11/2003 de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social, en la cual, una de las disposiciones se establecía una regulación específica contra la MGF por la cual se impone una pena de prisión de seis a doce años a quien obligue o someta a otra persona a la mutilación genital. Y en el caso en el que se someta a la MGF una menor o a una persona incapaz se le retirará la patria potestad durante un período de tiempo de cuatro a diez años, dependiendo en todos los caso de la gravedad de la lesión ocasionada. Esta medida sólo tiene validez para aquellos padres y aquellas madres que sometan a sus hijas a estas prácticas dentro del territorio español. Fue la primera norma básica que se introdujo en esta materia, pero no era suficiente, ya que los progenitores de las menores aprovechaban un período vacacional de la menor, mayoritariamente el de verano por su larga duración, para trasladarla a sus países de origen y se le practicara allí la MGF. Por

---

<sup>11</sup> *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009*. Kaplan Marcusan, A; López Gay, A.

ello, la jurisdicción española actuó aprobando la ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio que modifica la ley 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. Esta reforma, introduce en su artículo 23. 4 g) la persecución fuera de nuestras fronteras de quien someta a una menor a la práctica de la MGF, imponiéndole como pena la inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad.

Una vez definidas estas prácticas como delitos surge el dilema sobre ¿Qué hacer cuando una víctima huye de su país y se refugia en un país industrializado? Pues bien, para responder a estas preguntas hay que centrarse en el derecho de asilo, que pueden solicitar las mujeres víctimas de MGF y por la cual, una vez concedido es irrevocable, lo que garantiza la permanencia de estas mujeres en los países en los que se instalan y favorece su seguridad y su protección.

La normativa básica sobre la que se regula este derecho a nivel internacional<sup>12</sup> es la Convención de Ginebra de 1951 y el Protocolo de Nueva York aprobado en 1967. Ambas normas han sido ratificadas por España también, aunque a nivel nacional<sup>13</sup>, está en vigor la Ley 12/2009 de 30 de octubre de 2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria.

---

<sup>12</sup> *Inmigración, extranjería y asilo*. Linde Paniagua, E; Moreno Díaz, J. A.

<sup>13</sup> *El derecho de asilo en la Constitución española*. Santolaya Machetti, P

## II: FUNDAMENTOS DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.

### 1. Introducción histórica. Especial referencia a África.

La mutilación genital femenina, de adelante MGF, es una práctica muy antigua, anterior incluso a la aparición de las religiones monoteístas. Ni su origen ni su lugar de nacimiento están del todo claros. Algunos historiadores han establecido que en el antiguo Egipto<sup>14</sup> se practicaba la excisión, entre los años 5000 y 6000 a. C, durante la época de los faraones, de ahí que se la denomine también “circuncisión faraónica”. Se practicaba como forma de diferenciar a las mujeres que provenían de la clase social alta. Algunos expertos han podido encontrar órganos sexuales mutilados en cuerpos de mujeres momificadas.

En cambio, el nombre específico de infibulación tiene su origen durante la antigua Roma<sup>15</sup>, y proviene de la palabra “fibula”, cuyo nombre recibía el broche con el que se cerraban las togas las mujeres romanas. La interpretación que podría otorgarse a esta definición significaría el cierre de los órganos genitales femeninos para evitar la preocupación tan grande que tenían los padres y las madres por conseguir que su hija llegase virgen al matrimonio. Por ello, de esta forma conseguían que ella no mantuviese relaciones sexuales con nadie que no fuera su marido, y además se reducía su deseo sexual y evitar que fuera infiel a su esposo.

En Europa y en Estados Unidos<sup>16</sup> también se practicó la MGF por cuestiones supuestamente médicas. En concreto, se practicó durante los s. XVIII y XIX, incluso podríamos englobar también algunos casos que se dieron a principios del s. XX. En Inglaterra se practicó durante el s. XIX, si bien se produjeron ciertos debates sobre si la realización de de esta práctica realmente podía curar a personas que padecían histeria, masturbación “excesiva”, epilepsia o migraña. En Estados Unidos se siguió practicando hasta entrado el s. XX.

---

<sup>14</sup> *Female genital mutilation*. Dame Karlene Davis y Christine McCafferty.

<sup>15</sup> *Mutilación genital femenina. Más que un problema de salud*. Medicusmundi Andalucía. Se puede ver también a través de: [www.luchamgf.org](http://www.luchamgf.org) y en [www.medicusmundi.es/andalucia](http://www.medicusmundi.es/andalucia).

<sup>16</sup> *Mutilación genital femenina y derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Amnistía Internacional.

Por último, es cierto que estas prácticas han sido realizadas por todas las comunidades y etnias a lo largo de la historia, con fines muy diferentes en algunos casos, pero con ello se comprueba que no sólo dependen de una religión o de una cultura única que se practica en África, sino que es una pluralidad de causas las que concurren justificando la realización de este tipo de prácticas.

En el caso de África, como hemos mencionado anteriormente, la MGF tiene su origen en Egipto<sup>17</sup> y de ahí se fue propagando por el resto de África. Antes de su colonización, África estaba compuesta por una gran cantidad de grupos étnicos que poseían su propia autonomía y soberanía. Fue una vez colonizada, cuando se formaron los denominados Estados Naciones, que tenían como objetivo alcanzar una homogeneidad nacional, pero que chocaba con las tradiciones y costumbres de las diferentes culturas y grupos étnicos africanos. Por ello, los africanos y las africanas se aferraron a sus costumbres, como una manera de preservar así la identidad cultural que habían desarrollado a lo largo de su historia. Para ellos y ellas, estas costumbres se pueden equiparar a nuestras leyes, las acatan como si fueran leyes, porque tienen un valor muy alto para su comunidad.

Estas costumbres tienen tanto peso para los individuos, porque con ellas tienen la concepción de que forman parte de una comunidad, no son personas individuales, sino miembros de una misma comunidad, que sin la comunidad no existirían. Y si ellos no cumplen lo que les impone su comunidad, estarían atentando contra los y las restantes miembros de la misma comunidad y deberían ser castigados, incluso con la muerte, dependiendo de cuál sea el delito que han cometido. Es por ello que es tan difícil conseguir que estos pueblos acaten lo establecido por la Carta de Derechos Humanos y así evitar que se violen los derechos de las mujeres y que se las maltrate a través de las prácticas tradicionales tan perjudiciales que realizan, ya que en la mayoría de los casos lo establecido en nuestras normas lucha contra los valores de sus comunidades.

Estos valores propios<sup>18</sup> de cada comunidad son tan fuertes porque todos los miembros se interrelacionan entre sí. Cada miembro posee una función específica, pero la división de género está muy presente:

---

<sup>17</sup> Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina. *Lucas B.*

<sup>18</sup> *Mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación.* Amnistía Internacional.

- En el caso de las mujeres, las funciones que se le asignan son dos: la función reproductora y la de conservar lo producido, es decir, alimentar y cuidar a los miembros de su familia. En cambio, la función de los hombres es el trabajo en la agricultura, la ganadería, defendiendo a su comunidad, etc. Se ve esa división de roles tan marcada debido a que viven dentro de una sociedad patriarcal en la que el hombre protege a la comunidad y a su familia, mientras que la mujer queda relegada al ámbito reproductor y doméstico. Ahora bien, las funciones que ejerce la mujer son vitales para la supervivencia de la comunidad y por ello están muy controladas por los demás miembros de la misma. Es más, las propias mujeres contribuyen en la violencia sobre las niñas y demás mujeres en su comunidad debido a la realización de las prácticas perjudiciales, como por ejemplo empleando la mutilación genital femenina, u obligando a que las niñas y adolescentes contraigan matrimonios forzosos con los hombres mayores de la comunidad para conseguir una dote para facilite el bienestar de su familia.
- Otra función asignada a las mujeres, pero no a todas sino a las que por herencia se les atribuye el cargo, es la de las iniciadoras.

## **2. Aspectos que inciden en la práctica de la mutilación genital femenina.**

Estos factores nos servirán para realizar una delimitación espacial, educativa, económica y social, que nos permita entender mejor cuáles son las características de las comunidades que realizan estas prácticas, así como de sus miembros. Además, también nos servirá para entender mejor los fundamentos que llevan a estos grupos a pensar y considerar cuales son los argumentos por los que realizan la MGF, ya que para ellos, dicha defensa es el epicentro de los valores de toda su cultura. Los aspectos o factores que inciden en la MGF son los siguientes:

### *a) Educación<sup>19</sup>:*

Se ha demostrado que cuanto mayor es el nivel educativo de las mujeres dentro de una comunidad, menor es el riesgo de que expongan a sus hijas para que se les practique la mutilación genital femenina. Por ello, se suele asociar este tipo de prácticas a

---

<sup>19</sup> *Female genital mutilation/cutting. A statistical exploration.* UNICEF.



comunidades a las que la educación no ha llegado al nivel deseado, por tanto son comunidades analfabetas.

Es significativo como en algunos países en los que la prevalencia de estas prácticas continúa siendo muy alta, podemos observar como al carecer de un nivel educativo adecuado y por lo tanto no habiendo obtenido toda la información necesaria para prevenir que practiquen la MGF a sus hijas, éstas deciden mutilar a sus hijas. A modo de inciso, hay que destacar que este hecho no se da en la totalidad de los países que mostraré a continuación, sino en algunas ciudades o pueblos donde ha sido imposible integrar este tipo de educación. Los países<sup>20</sup> en los que se da son:

i) En África oriental y meridional; En los países en los que se produce son:

- Eritrea: El 89% de las mujeres entre 15 y 49 años han sufrido MGF, y el 63% de esas mujeres cuando se convirtieron en madres mutilaron genitualmente al menos a una de sus hijas.

- Etiopía: Con una prevalencia del 74% de mutilaciones genitales a mujeres entre 5 y 49 años. Las madres que mutilaron genitualmente a sus hijas constituyen el 38% de los casos.

- Somalia: Tiene una de las tasa más altas y se trata del 98% de las mujeres, quiénes mutilaron genitualmente a sus hijas en un 49% de los casos.

ii) En África occidental y central; Es la parte de África en la que más mujeres son mutiladas genitualmente y más países practican la mutilación genital. Los países en los que se practica son:

- Burkina Faso: Tiene una tasa de mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años que han sido mutiladas genitualmente del 73%, y las madres que fueron mutiladas y que han autorizado que a sus hijas se les practicara es de un 25%.

- Gambia: Con una tasa de mujeres mutiladas genitualmente del entre 15 y 49 años del 78%, y madres que dejan mutilar a sus hijas del 64%.

---

<sup>20</sup> Datos extraídos de la tabla denominada “Indicadores de protección de la infancia” apartado dedicado al estudio de la ablación o mutilación genital femenina 1997-2007, página 46. *Informe Progreso para la infancia. Un balance sobre la protección de la niñez. 8 de septiembre de 2009.* UNICEF.

- Guinea: Es el segundo país con mayor tasa de mujeres víctimas de mutilaciones genitales de África, con un 96% de mujeres mutiladas genitualmente. En cambio, la tasa de madres que autorizan que mutilen a sus hijas se sitúa en el 57% de los casos.
- Mali: Con una tasa de mujeres mutiladas con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años es del 85%. En este caso, la tasa de madres que permiten que mutilen a sus hijas es muy alta en comparación con otros países ya que se sitúan en el 69% de los casos.
- Mauritania: con una tasa de mujeres mutiladas genitualmente del 72% de la población femenina. La situación varía muy poco respecto a la tasa de madres que permiten la mutilación genital de sus hijas, cuya tasa que se encuadra en el 66 %.
- Sudan: Tiene una tasa de mujeres mutiladas genitualmente del 94% de la población femenina. En cambio, las madres que autorizan la mutilación genital de sus hijas se engloban tan sólo en el 34% de la población.

Con esto queremos mostrar cómo en algunos países africanos aún cuando el nivel educativo es muy bajo, como por ejemplo, en países como Sierra Leona, Somalia, Eritrea y Guinea, se necesita, además de la imposición de un buen sistema educativo que permita a las mujeres acceder a la educación formal y en el cual además de que se introdujeran materias destinadas a la prevención de estas prácticas, sus gobiernos deben crear medidas legislativas muy restrictivas, para rebajar estas tasas de mutilación tan catastróficas.

*b) Lugar de residencia<sup>21</sup>:*

Se ha demostrado que la población que vive en el medio rural tiene unas tasas de prevalencia de la realización de la MGF más alta que las poblaciones que viven en el medio urbano. Por ello, las migraciones de los medios rurales a los medios urbanos, está consiguiendo que las mujeres que viven en aldeas y que han sufrido MGF, hayan recibido una información suficiente para evitar que a sus hijas también se las mutile genitualmente, con lo que la tasa de MGF en los medios urbanos está decayendo notablemente. En todo caso, no se puede generalizar, ya que hay países como Nigeria,

---

<sup>21</sup> *Female genital mutilation/cutting. A statistical exploration.* UNICEF.

en los cuáles la tasa de madres que mutilan a sus hijas es alta tanto en zonas rurales como urbanas, pero en la mayoría de los casos es tal cual lo hemos explicado gracias a los procesos migratorios hacia las zonas urbanas.

Los datos referidos<sup>22</sup> a las mujeres africanas que han sido sometidas a la MGF en áreas rurales tienen mayores porcentajes en Mali con un 83%, frente al 55% en medio urbano; Sudán con un 82% en el medio rural, frente al 72% en las ciudades; Egipto con un 82% al igual que Sudán en el medio rural, y un 72% en las áreas urbanas; al que le sigue Guinea con un 75% frente al 55 en las ciudades. Estos países, al ser países con una tasa de prevalencia muy elevada, no se perciben demasiado las diferencias entre el medio rural y las ciudades, y ello porque estas prácticas están muy arraigadas en todo el país. En cambio, es significativo que sólo Yemen y Nigeria poseen una tasa más elevada de mutilaciones genitales femeninas en las áreas urbanas frente a las áreas rurales. Yemen se sitúa con un 22% en el medio urbano frente al 20% del medio rural, como podemos observar que apenas hay diferencia entre ambas áreas; mientras que Nigeria sí nota esta diferencia, ya que en el medio urbano tiene una tasa del 16% y en el medio rural del 9%.

*c) Religión<sup>23</sup>:*

No se puede establecer una religión única, como ocurre en este caso con el Islam, para explicar porqué se realiza la mutilación genital femenina ya que no existe ninguna relación directa entre alguno de los tipos de religión y esta práctica, pero al ser el islam la religión mayoritaria en todo el continente africano, este hecho se refleja en las estadísticas.

Por ello los países<sup>24</sup>, cuya religión mayoritaria es la musulmana, que tienen una tasa de mujeres mutiladas genitales son: en primer lugar Mali, con un 81% de mujeres que profesan la religión musulmana frente al 61% en mujeres cristianas; en segundo lugar Sudán, con un 79% de mujeres víctimas musulmanas frente al 42% de mujeres cristianas; en tercer lugar nos encontramos con Etiopía, con una tasa de mujeres musulmanas del 76% frente al 58% en mujeres cristianas; y, en cuarto lugar, nos

---

<sup>22</sup> Datos extraídos de la tabla 22 referidos al porcentaje de mujeres que sufren la mutilación genital femenina, según su lugar de residencia. Extraído del Informe titulado “*Female genital mutilation/cutting. A Statistical Exploration*”, UNICEF.

<sup>23</sup> Véase nota a pie de página anterior.

<sup>24</sup> Datos extraídos de la tabla 23 referidos al porcentaje de mujeres que sufren la mutilación genital femenina, según su religión. Extraído del Informe titulado “*Female genital mutilation/cutting. A Statistical Exploration*”, UNICEF.

encontramos con Eritrea, que se sitúa con una prevalencia del 73% para víctimas de estas prácticas que profesan la religión musulmana, frente al 32% de mujeres cristianas.

Sea como fuere, nos parece llamativo resaltar que hay dos países, que aunque tienen una tasa de mutilación muy baja, se practica más en mujeres cristianas que musulmanas. Estos países son: en primer lugar, Kenya, con un 26% de mujeres cristianas, frente al 15% de mujeres musulmanas, y en segundo lugar, Nigeria, con un 16% en mujeres cristianas frente al 7% de mujeres musulmanas.

Aunque los datos estadísticos muestran que hay una diferenciación sustancial entre mujeres víctimas de mutilaciones genitales musulmanas y cristianas, estos datos nos han servido para erradicar el mito de que la práctica de la MGF es cuestión del Islam, eso es incierto porque pues como hemos podido comprobar, estas prácticas se llevan realizando mucho antes de que se instaurase el Islam como religión.

#### *d) Edad<sup>25</sup>:*

La edad, sin duda, es un factor determinante, debido a que la educación que se les está ofreciendo a las mujeres adultas y jóvenes que aún no han tenido ni hijos ni hijas está funcionando, ya que se está demostrando que los niveles de MGF han descendido en los grupos jóvenes con edades comprendidas entre 15-19 y 20-24 años.

Los grupos de edad, cuya prevalencia en los países en los que se practica la MGF es mayor, va descendiendo progresivamente desde un 52% en el grupo de edad de 45-49 hasta llegar a un 38% en el grupo de edad de 15 a 19 años.

En África oriental y meridional se muestra como va descendiendo el porcentaje desde un 52% en el grupo de edad de 45 a 49 años, hasta un 34% en el grupo de edad entre 15 y 19 años. En cambio, en Oriente Medio y África del Norte la prevalencia ha descendido muy poco, situándose los datos de la siguiente manera: en primer lugar se encuentran con un total del 86% de la población femenina mutilada genitualmente el grupo de edad entre 45 y 49 años, seguido con el 85% los grupos de edad entre 40 y 34 años, para terminar en un 80% en el grupo de edad entre 15 y 19 años.

---

<sup>25</sup> Datos extraídos de la tabla denominada “Indicadores de protección de la infancia” apartado dedicado al estudio de la ablación o mutilación genital femenina 1997-2007. *Informe Progreso para la infancia. Un balance sobre la protección de la niñez. 8 de septiembre de 2009.* UNICEF. La fuente de la que se extrae es “Encuestas de indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales, 1997-2007.”

Luego cabe afirmar que las medidas adoptadas no están unificadas, sino que cada país las acata de la forma en que cree precisa, aunque en muchos casos el problema principal reside en que los gobiernos de algunos de ellos no están concienciados con los efectos que produce este tipo de prácticas.

Por último, la decisión de las madres de mutilar a sus hijas depende de varios factores que hayan experimentado ellas en su propio proceso. En primer lugar, depende de la edad a la que fuera mutilada genitualmente, ya que si no tuvo conciencia del proceso no se enfrentará a las tradiciones de su comunidad y entregará a su hija para que se la practiquen; en cambio, si ella sufrió y recuerda el sufrimiento que pasó al realizársele esta práctica será más reacia a que le practiquen a su hija ese ritual. También depende de si la madre cuenta con apoyos que la protejan en caso de no someter a su hija a la mutilación genital. Igualmente hay que tener en cuenta los demás factores que hemos conocido antes, tales como el medio en el que está ubicado su lugar de residencia, si es urbano o rural, si pertenece a un grupo étnico permisivo o más restrictivo, la educación que ha recibido, etc.

*e) Riqueza<sup>26</sup>:*

Está demostrado que en los hogares cuyo nivel de riqueza es mayor el índice de MGF es menor que en los hogares pobres.

El análisis de este tipo se lleva a cabo a partir de quintiles de ingresos<sup>27</sup>, que consiste en dividir a la población en cinco partes o quintiles, desde los más pobres a los más ricos.

En el caso de África se incluyen dentro de estos quintiles, las propiedades del hogar, tales como una televisión, un coche, etc, y se adjuntan a las restantes instalaciones de la vivienda, así como también el saneamiento de las mismas, etc, y en toda ella se enmarcan a los individuos a partir de las características de todas las propiedades que poseen. Por ello, en países como Chad, Benin, Kenia y Mauritania se comprobó que en el 60% de los hogares donde se les había practicado la MGF a las mujeres de la familia, eran hogares pobres.

### **3. Fundamentos por los que se establece y se consolida la MGF.**

---

<sup>26</sup> "Female genital mutilation/cutting. A Statistical Exploration, 2005. UNICEF.

<sup>27</sup> Definición extraída del portal Babylon, a través de la dirección <http://www.babylon.com/definicion/Quintil/Spanish>

Los fundamentos abarcan temas de diferente índole. Van desde las tradiciones culturales, pasando por la religión, hasta por causas estéticas o higiénicas. Para ello, se debe profundizar en cada uno de estos fundamentos, para intentar comprender qué es lo que les mueve a ellos a llevar a cabo estas prácticas sin pensar en lo perjudicial de su realización. Estos razonamientos son:

*a) Identidad cultural<sup>28</sup>:*

La identidad cultural se compone de los conocimientos aprendidos por las costumbres y las tradiciones de la comunidad a la que pertenece la mujer o la niña. Por ello, es quizás el fundamento que más caracteriza a la MGF. Ya que muchos expertos explican que a las mujeres que se les practican estas mutilaciones se convierten en miembros del grupo, incluso una prueba evidente de ello es el rito de iniciación al que someten a las niñas en algunas comunidades, dentro del cual se integra el acto de la mutilación genital, además de una gran ceremonia para introducirlas dentro de su comunidad. A las mujeres o niñas que no se someten a este proceso se las define como “marginadas” o “extranjeras”, incluso se las llega a denominar prostitutas.

Es por tanto, muy normal el hábito de practicar la MGF a las niñas, ya que sin esas prácticas no llegarían nunca a ser adultas para la comunidad y no podrían vivir dentro de la misma.

*b) Identidad sexual<sup>29</sup>:*

La adquisición de esta identidad, va unida a la identidad anterior, ya que ambas se producen en el momento de la ceremonia de iniciación.

Para que una niña pueda llegar a ser una mujer adulta completa, se necesita que se le practique la mutilación genital, ya que así se marca la diferencia respecto de los hombres y de esa forma, adquirirá el rol asignado para cumplirlo a lo largo de toda su vida y dentro de su matrimonio, es decir, el rol de ama de casa y el de madre.

Por último, creen que los órganos genitales femeninos, al ser abultados, son partes masculinas en el cuerpo de la mujer y por eso es necesario extirparlos, o coserlos, de esta forma la mujer ganará feminidad. Por eso, los traumas que ocasionan la realización

---

<sup>28</sup> *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación.* Amnistía Internacional.

<sup>29</sup> Véase nota a pie de página anterior.

de esta práctica en niñas pequeñas, consigue modificar su personalidad y se vuelven más dóciles, sumisas e incapaces de ser infieles a sus maridos, ya que mantener relaciones sexuales con ellos supone unos dolores horribles. Además, los ritos de iniciación van acompañados de unas enseñanzas específicas sobre el rol que debe desempeñar la mujer dentro de su comunidad, por ejemplo, como debe portarse con su marido, como cuidar a sus hijos e hijas, como actuar ante el resto de la sociedad, etc.

*c) Control de la sexualidad de la mujer y de sus funciones reproductivas<sup>30</sup>:*

En la mayoría de las comunidades donde se realiza la MGF se cree que esta práctica reduce considerablemente el deseo sexual de la mujer, y por lo tanto, el marido no debe preocuparse de que su mujer le sea infiel. Se realizan estas prácticas porque los hombres no creen que las mujeres vayan a serles fieles por voluntad propia.

En comunidades como Egipto, Sudán o Somalia, creen necesario extirpar los genitales a sus hijas ya que de la preservación de la virginidad y del himen de las mismas depende el honor y la honra de toda su familia.

En los casos de la infibulación, estos fundamentos van más allá, ya que cosen y descosen a la mujer dependiendo de la necesidad sexual del marido. Por ello, las comunidades que practican mayoritariamente la infibulación son sociedades donde el patriarcado está muy arraigado.

Otra circunstancia mediante la cual justifican la realización de la MGF es que admiten que es necesario para la vida sexual del matrimonio porque gracias a ello se contribuye a aumentar el placer sexual del hombre. Incluso en algunas comunidades, se cree que mantener relaciones sexuales con una mujer que no ha sido sometida a la mutilación genital puede ser muy peligroso para el hombre, porque el clítoris podría provocar la muerte del hombre si éste tiene contacto con su pene. Pero la realidad es muy diferente, ya que los mismos hombres opinan que disfrutan más manteniendo relaciones sexuales con mujeres que no han sido mutiladas.

Por otro lado, se cree que facilita el parto debido a que si en el momento del parto el niño o la niña rozase el clítoris de la madre, éste o ésta podría morir instantáneamente.

*d) De higiene y estética<sup>31</sup>:*

---

<sup>30</sup> Mutilación genital femenina-MGF- .Información general. Medicusmundi Andalucía.

La limpieza y la higiene son dos factores que se muestran de forma sistemática al referirse a la mutilación genital de la mujer como un rito de purificación. Los términos que se utilizan para referirse a la purificación, de ahí su nombre, en Egipto es denominada *tahara* y en Sudán *tahar*, o puede deberse a una sentimiento de limpieza. Entre los bambaras un grupo étnico de Mali lo denominan *sili-ji*.

En algunas comunidades, a las mujeres que no han sufrido la mutilación genital se las considera mujeres sucias y se las prohíbe manipular alimentos o agua, ya que se supone que podría intoxicarlos o envenenarlos.

Otra razón por la que extirpan los órganos genitales femeninos, es que los consideran feos y voluminosos. Incluso, en algunas comunidades se cree que le pueden ir creciendo progresivamente y colgarle de las piernas, y de la única forma en la que no pasará eso es cortando el clítoris, de esta forma la mujer ganará en feminidad siendo también más femenina para su esposo.

*e) Basadas en la religión y en la mitología<sup>32</sup>:*

No existe una relación directa entre la religión y la MGF, pero con el paso del tiempo ha ido adquiriendo un protagonismo mayor. De hecho, las mujeres o niñas que se niegan a someterse a la mutilación genital son rechazadas por la comunidad, y no pueden, entre otras cosas, ir a rezar. Pero estos preceptos no vienen expuestos ni en el Corán ni en ningún otro manuscrito religioso. En cambio, algunos proverbios que se le atribuyen a Mahoma, sí que hacen referencia a la misma.

Este problema ha persistido a lo largo de la historia y muchos misioneros han hecho el intento de frenarla, pero su arraigamiento es tan grande, que han tenido que desistir, e incluso en algunos casos, aprobarlo.

En el caso de la mitología, existen muchos mitos que hacen referencia a al origen de la MGF. Un ejemplo de ellos, son los *bambara*, que como se ha citado anteriormente, son un pueblo de Mali. Ellos creen que en el clítoris se alberga un espíritu maligno, y que al cortarlo este espíritu desaparece y la mujer puede purificarse.

---

<sup>31</sup> *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación.* Amnistía Internacional.

<sup>32</sup> *Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina.* Lucas B.



f) *Socioculturales*<sup>33</sup>:

En la mayoría de las ocasiones, el contexto social cultural en el que se enmarca esta práctica es el paso de las niñas a la pubertad. Según Van Gennep<sup>34</sup>, estos ritos no se corresponden con el inicio de la pubertad física, ya que no se observa ningún cambio fisiológico, por tanto se trata de una pubertad social, en la que la edad de iniciación varía dependiendo de la etnia, de la localización del país y de la densidad demográfica.

El significado de estos ritos es de una complejidad extraordinaria, debido a las diferencias entre las tribus que lo realizan, del país en el que se lleve a cabo y las tradiciones de cada grupo. En lo que respecta a los componentes que intervienen en el proceso, y que son los elementos de iniciación, los personajes y los contenidos específicos del ritual, poseen una homogeneidad que nos ha servido para estudiar las fases de estos rituales.

En el caso de las mujeres, el nombre con el que se denomina esta iniciación es *ñyaka* y las fases que componen este rito son tres<sup>35</sup>:

- En la primera fase, que se denomina de separación, las niñas son separadas de la comunidad y es donde se las practica la MGF. Esta fase se caracteriza por la realización del tipo de mutilación que cada tribu o cada madre designe para su hija y está marcada por la amputación del clítoris, o del clítoris y los labios, dependiendo de la tipología que se le aplique, así como de la sangre y el dolor que padecen las niñas en los instantes después de haberseles amputado sus órganos genitales.
- La segunda fase, la fase de marginación, no tiene una duración fija, sino que depende de la duración de la cicatrización de la herida, que a su vez depende del tipo de operación al que haya sido sometida, y del tiempo que necesite la iniciada, es decir, la víctima de la mutilación, para asimilar todos los aprendizajes transmitidos por la *Ngnangsimbah*, pero nunca sobrepasa las ocho semanas.

---

<sup>33</sup> Véase nota a pie de página anterior.

<sup>34</sup> *Los ritos de paso*. Arnold Van Gennep. Ed. Alianza. 2008. Es una traducción del libro "The rites of passages" publicado en 1960, se volvió a publicar en 2004.

<sup>35</sup> Véase nota a pie de página anterior.

Esta es sin duda, la fase más complicada y peligrosa. Está llena de tabúes, de normas estrictas que se deben cumplir en su totalidad, de prescripciones y prohibiciones sobre los cuidados, el alimento, la ropa y los movimientos que realicen. Además, esta fase se caracteriza porque aquí es donde se transmiten todos los conocimientos que ofrecen las iniciadoras sobre la riqueza cultural de su pueblo, así como los derechos y libertades que tienen al adquirir el reconocimiento.

- Por último, la fase de agregación, supone el reconocimiento público de la niña iniciada. Se la presenta públicamente en una gran fiesta en la que se la dota de numerosos regalos y es el centro de atención de la velada. Además de ser reconocidas como adultas, también se las acepta, se las legitima y se las asigna el rol que van a seguir el resto de su vida.

### III: TIPOS Y CONSECUENCIAS DE LA MGF.

#### 1. Introducción.

Este violento ritual constituye una práctica ancestral en los países africanos que se ha ido arraigando con el paso de los siglos hasta llegar a ser hoy en día un grave problema que afecta a diversas áreas de la vida de la mujer, violando directamente los derechos humanos que le son reconocidos a ésta. Se ha practicado, y se sigue practicando hoy en día, en numerosos países africanos, pero a diferencia de lo que todos y todas pensamos, no se trata únicamente de una tradición social o cultural, sino que, dependiendo del pueblo que la realice, su razonamiento es muy diferente, puede variar si son factores culturales, sociales, religiosos, para favorecer las relaciones sexuales, o incluso, se realiza por cuestión de estética o belleza, como he mencionado anteriormente.

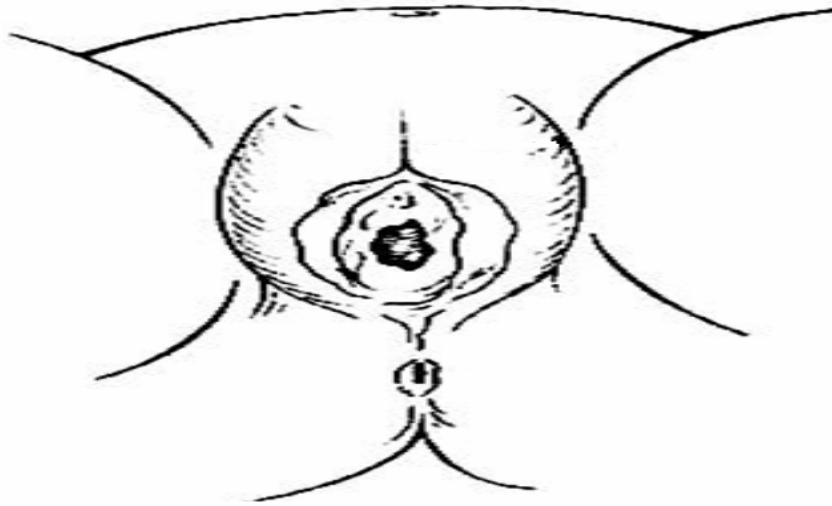
#### 2. Tipos de MGF.

Como definición de esta práctica, según define la OMS, la MGF consiste en la extirpación total o parcial de los órganos genitales femeninos externos. Puede que afecte a un solo órgano o a varios, dependiendo del tipo que se le practique a la víctima. A continuación detallaré cuales son los tipos de mutilación que se practican:

- En primer lugar, tenemos el tipo denominado *excisión*<sup>36</sup>. Es el tipo menos grave y violento. Consiste en un corte circular del prepucio clitoridiano, aunque esto no conlleva el corte del clítoris, es decir, consiste en cortar el tejido que cubre el clítoris y cosiendo posteriormente la zona cortada, por ello, cortando este tejido se aseguran que la mujer no obtendrá ni deseo sexual ni tendrá relaciones sexuales satisfactorias.

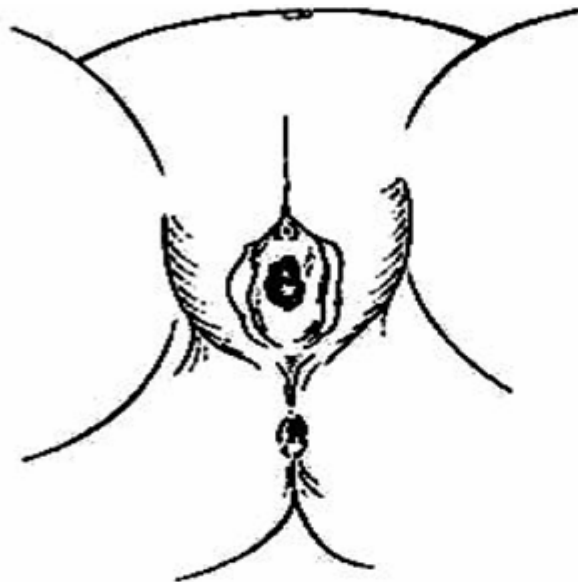
---

<sup>36</sup> Female "circumcision" in Africa. Culture, controversy and change. Shell- Duncan, B. Herlund Y.



Fuente: Extraída del informe de mutilación genital femenina de Medicusmundi Andalucía. Información General.

- En segundo lugar tenemos la práctica denominada “clitoridectomía”<sup>37</sup>. Este tipo es más grave que el anterior ya que consiste en un corte parcial o tal del clítoris, en el que se incluye también otro corte total o parcial de los labios menores. Por último se procede al cosido de la zona cortada.



Fuente: Extraída del informe de mutilación genital femenina de Medicusmundi Andalucía. Información General.

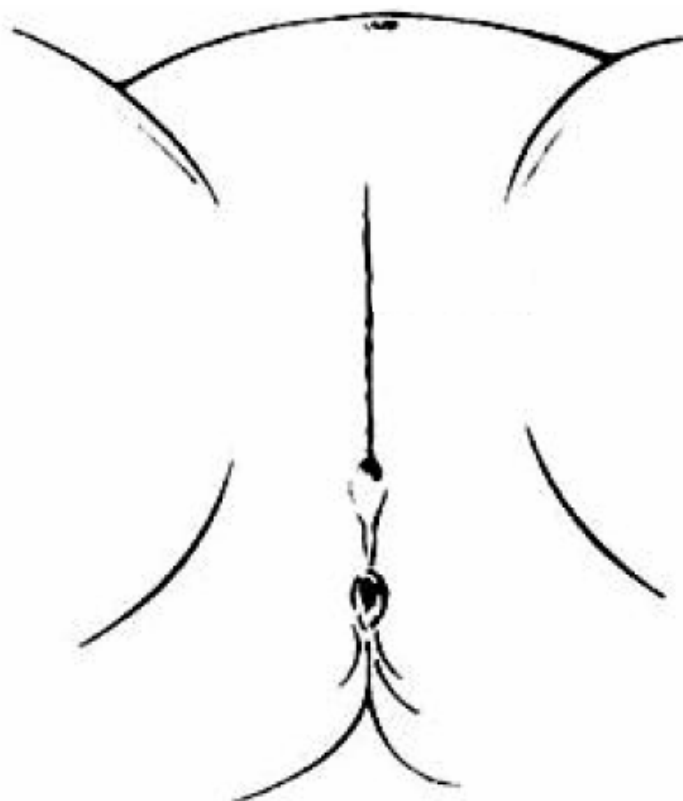
---

<sup>37</sup> *Cambiar una convención social perjudicial: La ablación o mutilación genital femenina.* UNICEF.

- En tercer lugar tenemos el tipo más grave que se denomina “infibulación”<sup>38</sup>. Este tipo consiste en una extirpación total tanto del clítoris como de los labios menores y mayores, al que le sigue una sutura de los costados de la vagina mediante el cual se deja un orificio diminuto para el paso de la orina y de la sangre menstrual. Constituye una verdadera aberración contra la vida y la salud de la mujer. No es la forma más frecuente de mutilación genital, y sólo se corresponde generalmente con el 20% de los casos conocidos, aunque este porcentaje varía dependiendo del país en el que se le practique a la víctima, ya que por ejemplo en el sur de Mali es el único tipo que se practica, como también en el noroeste de Nigeria. Los países que suelen practicar este tipo de mutilación genital, además de los dos citados anteriormente son mayoritariamente Sudán, Somalia, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia y Kenia, aunque en estos países también se alterna con la práctica de los dos tipos anteriores. Ahora cabe hacerse la pregunta de ¿entonces no tienen hijos o hijas? y la de ¿no pueden mantener relaciones sexuales con sus maridos? Pues bien, sí que tienen hijos e hijas y también pueden mantener relaciones sexuales con sus maridos, aunque la forma en la que llevan a cabo estas actividades es bastante violenta. Para poder realizarlas, se las practica la “desinfibulación” que consiste, ni más ni menos, que en el descosido de los costados vaginales, en un primer momento para mantener relaciones sexuales con su esposo, que incluso en algunas comunidades, él mismo se lo practica en la noche de bodas, y una vez realizado el acto sexual, se la vuelve a coser, y el mismo procedimiento, se realiza una y otra vez, cuando el marido desea mantener relaciones sexuales con la mujer. Lo mismo ocurre con la llegada al mundo de sus hijos e hijas, en este caso también se las descose y una vez dado a luz al bebé o a la bebé se las vuelve a coser y así con cada parto de la mujer.

---

<sup>38</sup> *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación.* Amnistía Internacional.



Fuente: Extraída del informe de mutilación genital femenina de Medicus Mundi Andalucía. Información General.

- Por último, el cuarto tipo se corresponde con un grupo de diversas prácticas<sup>39</sup> que no se pueden clasificar debido a la diversidad de sus actos. Algunas de éstas prácticas son: la punción, la perforación del clítoris y de los labios tanto mayores como menores, el estiramiento del clítoris y de los labios menores y mayores, la cauterización del clítoris y del tejido que lo cubre, el raspado del tejido vaginal, o incluso, el corte de la vagina. También se utilizan hierbas corrosivas que se introducen en la vagina para provocar un sangrado o para que se estreche el conducto vaginal.

A la hora de llevar a cabo esta práctica, el procedimiento varía dependiendo de la edad de la niña, si vive en una zona rural o urbana, dependiendo a qué grupo étnico pertenezca y su origen socioeconómico.

La edad<sup>40</sup> a la que someten a las víctimas oscila entre instantes posteriores al nacimiento y antes de la segunda menstruación, aunque puede producirse,

---

<sup>39</sup> *Mutilación genital femenina*. Volumen 31 de Index de enfermería.

<sup>40</sup> *Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina*. Lucas B.

ocasionalmente, incluso en mujeres adultas. En la mayoría de los casos se suele practicar a niñas de entre cuatro y ocho años. Ahora bien, según los últimos informes de la OMS la edad media de realización está descendiendo, y una de sus causas es la migración, ya que los padres y las madres deciden mutilar a sus hijas antes de llevarlas a los países a los que emigran para que así sea imposible para las autoridades de ese país frenar el ejercicio de esta práctica.

La realización de esta práctica<sup>41</sup> en un principio era individual, aunque actualmente se decide realizarla en grupo, por ejemplo, a grupos de hermanas, de familiares, o de vecinas. Esto se lleva a cabo cuando la MGF pertenece a un rito de iniciación, donde se determina que se les practicará a todas las niñas de la comunidad que pertenezcan al mismo grupo de edad o, en el caso de que no haya muchas, variará un año más o uno menos.

Un factor<sup>42</sup> que incide notablemente es el conocimiento de las niñas que son víctimas de la mutilación genital sobre qué les va a ocurrir. En este caso, el conocimiento varía notablemente ya que se asocia la mutilación genital como un paso por el que tienen que pasar para convertirse en niñas mayores y así se las dotará de regalos y se las organizará una gran fiesta para que sea más fácil que las niñas se sometan a la práctica si se las repite continuamente que obtendrán regalos y una gran fiesta, en vez de informarlas sobre lo que las va a suceder para evitar posteriormente las secuelas de los traumas que sufren durante la mutilación al ver la sangre e instantes después de los dolores y los efectos secundarios que conlleva esta práctica.

Por último, debemos hablar de quién es la persona encargada de realizar esta práctica. Generalmente se lleva a cabo por ancianas especializadas en MGF. Estas ancianas reciben el nombre de *Ngnangsimbah*<sup>43</sup>, que significa madre de las iniciadas. Es la encargada de practicar la mutilación genital a las niñas. En ocasiones, esta mujer puede pertenecer a la misma familia de la víctima. Pero, en la mayoría de los casos, es una mujer cuya profesión consiste en amputar los genitales de las mujeres y de las niñas de la comunidad y cobra un salario por cada mutilación que realiza. En este caso, el cargo de *Ngnangsimbah* es hereditario, se las transmiten todos los conocimientos necesarios

---

<sup>41</sup> *Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina.* Lucas B.

<sup>42</sup> *Los ritos de paso.* Van Gennep, A.

<sup>43</sup> *Mutilación genital femenina. Guía para profesionales.* Associació catalana de Llevadores.

para el ejercicio de estas prácticas desde que son niñas. Dentro de la comunidad se las conoce como las “hechiceras” o las “magas”.

Cuando esta mujer realiza la MGF a la niña, dentro del contexto de un rito de iniciación, ya que no siempre es así, muchas madres deciden libremente mutilar a su hija, sin ser obligadas por su sociedad. En el caso de la iniciación, se trata de una anciana que cumple unas funciones que la tribu le ha asignado. Es la responsable de la supervisión de todo el rito, de la realización de la mutilación genital, de la supervisión de la evolución de la niña o de la mujer, también es la encargada de enseñar los aprendizajes morales y sociales de la tribu a las futuras iniciadas, tales como los derechos y las obligaciones que tienen dentro de su tribu.

Por último, para la correcta realización<sup>44</sup> de este ritual la *Ngnangsimbah* exige que la niña sea inmovilizada. Esta inmovilización suelen realizarla el grupo de mujeres que se encuentran alrededor de la niña, agarrándola de pies y manos para que no se mueva. Una vez inmovilizada, la iniciadora que practica el ritual la corta con un utensilio cortante, en la mayoría de los casos son cuchillas usadas, navajas, cuchillos, tapas de las latas, cristales rojos, o tijeras, todos ellos sin esterilizar. En el caso de la infibulación, además de los instrumentos anteriormente citados, se utiliza también objetos punzantes tales como espinas para unir los dos lados de los labios mayores y proceder a su cosido. La niña permanece entonces un máximo de cuarenta días con las piernas atadas para evitar que se mueva y la herida no cicatrice todo lo rápido y bien que debe. Antes de continuar hemos de señalar que en todo este proceso la niña nunca es anestesiada, por lo que los dolores son muy agudos. Ahora bien, esto solo ocurre en los casos de las mujeres pobres, ya que a las hijas de familias adineradas se les realizan este proceso en un hospital, bajo la supervisión y la realización de un médico que les administra anestesia local o general para evitar los dolores y el sufrimiento.

Además, en ocasiones también se aplican<sup>45</sup> polvos antisépticos, cremas o ungüentos a base de hierbas, leche, ceniza, estiércol de los animales o huevos que son considerados por la iniciadora como medios de cicatrización más rápidos.

Una vez practicada la mutilación genital, la niña es trasladada<sup>46</sup> a un lugar aislado para su recuperación, lugar en el que, en el supuesto de ser parte de un rito de iniciación, se

---

<sup>44</sup> *Las mutilaciones genitales femeninas en España: Una visión antropológica, demográfica y jurídica*. Kaplan, A, Bedoya, M<sup>a</sup> H.

<sup>45</sup> Véase nota a pie de página anterior.



impartirán todas las enseñanzas que debe aprender para entrar a formar parte de la sociedad.

### 3. Efectos de la práctica de la MGF.

#### *a) Efectos físicos<sup>47</sup>:*

En los casos más graves puede producir la muerte. En todos los casos, inmediatamente después que se la practica la mutilación genital comienza a sentir unos dolores muy fuertes debido a que la operación se realiza sin anestesia. Se produce una fuerte conmoción por la pérdida de sangre, hemorragias, porque la amputación del clítoris se realiza a través de la arteria clitoral que tiene un fluido de sangre muy fuerte y además tiene una presión arterial muy alta. En el caso en el que los cortes no se hagan con la suficiente experiencia y seguridad, puede provocar daños en los órganos que rodean al clítoris y a los labios, produciendo consecuencias aún peores. También se producen shocks en la niña debido a la abundante pérdida de sangre después de realizarle el corte y al dolor tan fuerte y tan intenso que sufren.

Debido al cosido del clítoris se puede dificultar la micción lo que genera una retención de la misma que puede provocar graves infecciones, debido a que la micción no puede salir correctamente. Estas infecciones se producen porque los instrumentos utilizados no han sido previamente esterilizados y además porque se producen retenciones urinarias. El dolor que sufren las niñas y la sensación de escozor que les produce el contacto de la orina con la herida que está cicatrizando provoca estas retenciones. A su vez, estas retenciones también se producen porque al realizar los cortes se daña la uretra y los tejidos que están situados cerca de la zona a cortar, o incluso también porque los labios al ser cortados se adhieren y provocan una obstrucción. También puede provocar infecciones urinarias de repetición.

Otros efectos<sup>48</sup> que puede provocar son la anemia, un retraso en el crecimiento de las niñas que pueden sufrir desnutrición debido a la falta de alimentos en la dieta diaria.

---

<sup>46</sup> Véase nota a pie de página 44.

<sup>47</sup> Mutilación genital femenina. Más que un problema de salud. Medicusmundi Andalucía.

<sup>48</sup> Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la Atención Primaria de Salud, la educación y los Servicios Sociales. Kaplan Marcusan, A; Torán Monserrat, P; Bermúdez Anderson, K; Castany Fábregas, M<sup>a</sup> J.

La utilización de materiales no esterilizados<sup>49</sup> con diferentes niñas, puede provocar infecciones múltiples de la herida que pueden originar abscesos<sup>50</sup>, que son acumulaciones de pus que producen una cavidad con una masa dolorosa; también puede provocar una infección denominada septicemia que se produce cuando la toxina que produce la infección entra en contacto con la corriente sanguínea; originar úlceras, y promover tumores benignos, y en los casos más graves puede incluso provocar gangrenas en los tejidos. También puede provocar infecciones ginecológicas, y al no estar esterilizados puede ser una fuente de propagación de enfermedades<sup>51</sup> como el tétanos, las Hepatitis B y C y del VIH, virus de la inmunodeficiencia humana. Estas enfermedades son fuentes de contagio, ya que como hemos mencionado en párrafos anteriores, en muchas ocasiones se interviene a un grupo de niñas de la misma edad, o a diferentes niñas de una misma familia, por ello, y por la falta de esterilización de los instrumentos con los que realizan esta práctica de una niña a otra, puede provocar una cadena epidemiológica en estos entornos que ya de por sí tienen unas tasas muy elevadas de VIH entre la población.

La infibulación<sup>52</sup> puede producir efectos a largo plazo aún más graves que los expuestos en el párrafo anterior. Puede provocar: infecciones crónicas del tracto urinario, piedras en la uretra y en la vejiga, infecciones del tracto genital como consecuencia de la obstrucción del flujo menstrual, infecciones pélvicas e infertilidad, trastornos renales, tejido cicatrizal excesivo, quistes dermoides y queloides, que son cicatrices irregulares que se van agrandando con el paso del tiempo.

La infibulación<sup>53</sup>, en las relaciones sexuales, sólo se puede realizar una vez que la abertura de la zona cosida se haya dilatado de forma gradual y dolorosa. En algunos casos, incluso debe llevarse a cabo una incisión previa para poder mantener las relaciones sexuales. Dentro del matrimonio, los propios maridos son los que les realizan las incisiones, y en algunos casos les provocan graves heridas debido a que no reciben información sobre la realización de estas incisiones y por ello las mujeres sufren esas

---

<sup>49</sup> *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales.* Associació Catalana de Llevadores.

<sup>50</sup> Información recogida a partir de la definición obtenida en el siguiente enlace:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001353.htm>

<sup>51</sup> *Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina.* Lucas B.

<sup>52</sup> *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación.* Amnistía Internacional.

<sup>53</sup> Véase nota a pie de página anterior.

graves heridas. También esas heridas, siempre y cuando la mujer padezca VIH, puede provocar el contagio durante las relaciones sexuales.

El problema de este tipo de mutilación genital es que, en el momento en el que se complica la situación de la niña o de la mujer, la culpabilidad<sup>54</sup> no recae sobre la mujer que realiza el acto, sino sobre la niña o sobre la mujer y su posible “promiscuidad” al realizar las acciones de su vida diaria o por no seguir las directrices de la mutiladora. Por tanto, todo lo que debe hacerse, según la mujer que practica las mutilaciones, es seguir sus directrices sobre la valoración de la gravedad de la situación que ofrezca a la familia y de la percepción que ella tiene de los problemas derivados de la situación y si han sido por consecuencia de la mutilación genital, aunque en casi la totalidad de los casos expone que es por la “promiscuidad” de la víctima. Esa información la tiene guardada en su memoria, ya que no se vale de ningún manual ni demás documentos que verifiquen que lo que está realizando lo está llevando a cabo correctamente.

Estos datos médicos sobre los efectos a corto y medio plazo han sido recopilados en estudios realizados por hospitales sobre los problemas de salud que conlleva la realización de esta tradición.

#### *b) Efectos psicológicos:*

Al contrario que ocurre con los efectos físicos, los efectos psicológicos<sup>55</sup> y su aparición debido a la práctica de la mutilación genital son muy difíciles de investigar científicamente, porque no hay muchos informes que avalen dichos efectos por falta de pruebas científicas.

Por ello, para conocer cuáles son los efectos psicológicos<sup>56</sup> que trae consigo la práctica de la mutilación genital a las mujeres, debemos referirnos en todo caso a las experiencias personales que se atreven a contar las que la han sufrido. Son recuerdos, debido a que cuando se les practica la MGF las mujeres están despiertas y esto genera una sensación de miedo y confusión a no saber qué les va a ocurrir. Por esto, la mayoría de los relatos personales cuentan que han manifestado sentimientos de ansiedad, terror, humillación, traición, engaño y decepción. Puede también, provocar en casi la totalidad

---

<sup>54</sup> *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación. Amnistía Internacional.*

<sup>55</sup> Véase nota a pie de página anterior.

<sup>56</sup> Véase nota a pie de página número 54.

de los casos, terrores nocturnos, todos los cuales tienen efecto no solo a corto y medio plazo, sino también a largo plazo también. Expertos han sugerido que la realización de esta práctica unida a todos estos sentimientos perfilan una personalidad en las mujeres calificada como tranquila y dócil, que en las sociedades practicantes de las mutilaciones genitales femeninas se considera un aspecto positivo, en tanto a los maridos les beneficia notablemente porque esa capacidad de docilidad y de tranquilidad evita que le sean infieles y que les abandonen.

Estos sentimientos<sup>57</sup>, producen a su vez, sentimientos de confusión porque estas niñas viven en países donde la MGF está penalizada, por tanto, al viajar a los países de origen de sus progenitores y comparar su cultura con la de su padre y su madre observa valores totalmente contradictorios, produciendo en la menor un gran trauma al que nadie de su confianza puede ofrecerle una explicación que no dañe a nadie. Otro hecho que puede provocar estos traumas puede ser en el caso en el que se le practique a la menor la mutilación genital y sus amigas la rechacen porque lo que la han hecho es muy violento.

Además de los sentimientos descritos anteriormente, también puede producir<sup>58</sup>: enfermedades psicosomáticas, que se diferencian dependiendo al sistema que afecten, pero que generalmente provoca depresión, taquicardias, palpitaciones al recordar lo sucedido, dolor u opresión en el pecho, dolores musculares, vómitos, diarrea, etc.

A raíz del estudio de los efectos psicológicos sobre mujeres y niñas que han sufrido la mutilación genital, es el síndrome denominado “Genitally focused anxiety-depression”<sup>59</sup>, o lo que es lo mismo, el síndrome de la ansiedad-depresión enfocada genitualmente. Este síndrome se caracteriza por una constante preocupación de la niña o de la mujer mutilada sobre el estado en el que se encuentran sus genitales. Otro síntoma que es característico de este síndrome es el pánico a la infertilidad, el terror de estas niñas o mujeres a no poder tener hijos o hijas.

Todos los sentimientos<sup>60</sup> explicados anteriormente se mitigan en el momento de la celebración, por medio de la gran fiesta que se organiza en su honor, la cantidad de

---

<sup>57</sup> *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*. UNICEF.

<sup>58</sup> *Mutilaciones genitales femeninas: Derechos humanos, tradición e identidad*. Kaplan Marcusán, A.

<sup>59</sup> Véase nota a pie de página anterior.

<sup>60</sup> *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Amnistía Internacional.

regalos que recibe y las atenciones especiales que recibe ese día por haber entrado por fin dentro de la comunidad adulta.

El efecto psicológico más negativo<sup>61</sup> para una mujer y a la vez que más miedo les genera, es saber que no es aceptada por su comunidad, lo que implica no ser parte de su sociedad, no poder formar parte de la tradición de su comunidad y además reunir los requisitos para poder contraer matrimonio y llevar a cabo la única función para la que son instruidas y la única que les otorga su comunidad, las funciones de madre y de cuidadora. Por todo esto, las mujeres que no son mutiladas sufren un rechazo social por parte de la comunidad a la que pertenecen, porque una mujer que no es mutilada es una mujer impura y sucia, que no está capacitada ni para manipular alimentos porque los intoxicaría, ni para cuidar animales ni tocar a otras personas porque los y las llenaría de malos espíritus.

Una creencia que se tiene respecto a las mujeres mutiladas, es que son pertenecientes a minorías culturales y, por ello, es muy importante ser aceptada dentro de la sociedad. Además son más proclives a padecer problemas psicológicos porque están atrapadas dentro de las normas de su comunidad y de la cultura mayoritaria que integra de la misma.

*c) Efectos sobre la sexualidad<sup>62</sup>:*

Las complicaciones en este grupo de efectos comienzan en el momento en el que la mujer mantiene su primera relación sexual, que coincide con la noche de bodas. Aquí surge un doble problema: en primer lugar la mujer no ha recibido nunca información alguna sobre el sexo y sobre cómo mantener relaciones sexuales, por tanto, en el momento de la penetración sufrirá un dolor terrible para la mujer o niña, dependiendo de la edad en la que contraiga matrimonio, y en segundo lugar, nadie la ha explicado que para poder mantener esas relaciones sexuales se le debe practicar antes una desinfibulación, es decir, realizarle una incisión en el cosido que le realizaron en el momento de la mutilación, y que una vez mantenida la relación sexual, se la volverá a coser. Este momento de su vida es muy doloroso, siempre que se le haya practicado la infibulación, porque supone que antes de mantener las relaciones sexuales deben “descoserlas” para que el marido pueda mantener relaciones sexuales con ella.

---

<sup>61</sup> *Female circumcision in Africa. Culture, controversy and change.* Shell-Duncan, B; Hernlund, Y.

<sup>62</sup> *Mutilaciones genitales femeninas: derechos humanos, tradición e identidad.* Kaplan Marcusán.

El problema de estos casos surge a raíz de que el clítoris es el órgano donde se encuentra el placer sexual de la mujer y para conseguir los orgasmos, por tanto, una vez cortado se elimina todo disfrute de la mujer en sus relaciones sexuales. Esto es lo que se denomina anorgasmia<sup>63</sup>. Amputando este órgano se sostiene que el placer sexual de la mujer desaparece y así su marido puede estar seguro de la fidelidad de ésta.

Además de lo dicho anteriormente, también puede provocar otros efectos como frigidez debida a las infecciones pélvicas que se producen tras la realización de la mutilación genital. También puede producir dispareunia<sup>64</sup>, que consiste en tener coitos o penetraciones muy dolorosas cada vez que se mantienen relaciones sexuales. El dolor<sup>65</sup> de la dispareunia se localiza en la parte externa o en la parte interna de la vagina o en la región pélvica. Este problema surge como consecuencia de infecciones vaginales o del clítoris, de la uretra o a causa de malformaciones o cicatrices.

*d) Efectos obstétricos y en el recién nacido<sup>66</sup>:*

En 2006, la OMS realizó un extenso estudio sobre un total de 28.000 mujeres africanas que habían sufrido alguno de los tipos de mutilación genital femenina, que permitió corroborar la aparición de complicaciones durante el embarazo, en el momento del parto y en el período post-parto. Posteriormente se hizo una comparación con mujeres que no habían sufrido ningún tipo de mutilación genital femenina y se comprobó que en las mujeres que habían sufrido alguno de los tipos de MGF, mayoritariamente en las que se les había practicado la clitoridectomía y la infibulación, se producía lo siguiente:

- Que las mujeres que habían sido víctimas de la mutilación genital tenían una mayor necesidad de realizárseles una cesárea en el momento del parto y a su vez, tenían un mayor índice de hemorragias en el postparto.
- Tenían más probabilidad de permanecer hospitalizadas durante un período más prolongado que las mujeres que no habían sido mutiladas genitalmente.

---

<sup>63</sup> Información obtenida a partir de la definición que facilita el siguiente enlace:  
<http://www.forumclinic.org/sexo-y-salud/trastorno-del-orgasmo-o-anorgasmia>

<sup>64</sup> Definición extraída a partir de la explicación ofrecida en el siguiente enlace:  
<http://familydoctor.org/online/famdoces/home/women/reproductive/sex-dys/669.html>

<sup>65</sup> *Mutilación genital femenina. Abordaje y prevención.* Medicusmundi Andalucía.

<sup>66</sup> *Mutilación genital femenina. Más que un problema de salud.* Medicusmundi Andalucía.

- Se incrementa el número de episotomías. La episotomía<sup>67</sup> consiste en una incisión quirúrgica que se practica en algunos partos para facilitar la salida del feto y evitar así los desgarros en la zona perineal. Esta incisión se practicaba mayoritariamente en las mujeres que habían sufrido la infibulación<sup>68</sup>:
- Se incrementó la tasa de mortalidad materna.
- El número de recién nacidos que necesitaron la reanimación justo después del parto fue muy superior cuando la madre había sido víctima de la MGF.
- La mortalidad perinatal es más elevada en hijos e hijas cuyas madres han sufrido mutilaciones genitales consistentes en la clitoridectomía y la infibulación, atribuyéndoseles el 22% de las muertes perinatales de estos niños y estas niñas recién nacido o nacida a las mujeres mutiladas genitalmente.

Durante el parto, la situación de la mujer empeora aún más. El tejido cicatrizante de la mujer que ha sufrido la excisión puede desgarrarse y provocar en la mujer hemorragias muy fuertes.

En las mujeres a las que se les ha practicado la infibulación, debe practicárselas la denominada “desinfibulación”, que como hemos mencionado en el apartado de la tipología, supone una abertura del cosido o estrechamiento que se les realiza cuando se las mutila, para poder permitir la salida del bebé. La cuestión se complica cuando en el momento del parto, si no ha nadie que pueda asistir a la parturienta, y por tanto, nadie puede practicarle la abertura para permitir la salida. En este caso, es muy probable que le pueda producir desgarros perineales u obstrucciones en el parto y puedan morir tanto la madre como su hijo o hija.

Una vez que las mujeres dan a luz, se las vuelve a practicar la infibulación. Esto ocurre con cada parto. Por ello, tras las continuas aberturas y estrechamientos de la zona genital de la mujer, se puede provocar la formación de un fuerte tejido cicatrizal en la zona genital.

---

<sup>67</sup> Definición extraída de la página web <http://www.wordreference.com/definicion/episiotom%C3%ADa>.

<sup>68</sup> *Mutilación genital femenina: más que un problema de salud*. Medicusmundi Andalucía.

## **IV: EL COMBATE DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL CONTRA LA MGF.**

### **1. Legislación internacional y organismos internacionales contra la MGF.**

La Comunidad Internacional, gracias a los flujos migratorios procedentes de países africanos donde se practicaba la MGF, pudo comprobar que la realización de estas prácticas constituía una violación de los derechos humanos de las mujeres y, a la vez, suponía una forma de violencia socialmente aceptada en las comunidades de origen. Todo ello obligó a la Comunidad Internacional a luchar porque los países donde se practicaba castigasen estas prácticas, creando leyes específicas que las censurasen, o bien, introduciendo en sus Códigos Penales sanciones que castigasen la ejecución de estas tradiciones.

Los textos normativos internacionales que se han pronunciado en contra de la realización de la MGF son los siguientes:

a) *Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)*<sup>69</sup>: Se trata tanto el problema de la MGF/A establecido dentro de los tratos inhumanos, como además, el derecho de asilo, así pues esta Declaración expone lo siguiente:

1. En el artículo 2 establece que todos los seres humanos tenemos derechos y libertades y por ello nadie puede hacer ninguna distinción en materia de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o cualquier otra forma de discriminación.
2. El artículo 3 expone que todos los individuos tenemos derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad sobre nosotros mismos.
3. En su artículo 5, establece que nadie puede someter a otra persona a torturas o tratos crueles, inhumanos ni degradantes.

---

<sup>69</sup> Información obtenida del siguiente enlace: <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/politicas/declaracion%20derechos.pdf>



4. En su artículo 12, el cual se podría asignar aquellas mujeres que se niegan a que las realicen la mutilación genital y, por ello, son atacadas tanto física como verbalmente, atetando directamente contra su honra y contra su reputación en el poblado en el que viven. Por ello, dicho artículo expone que todas las personas tenemos derecho a que las leyes nos protejan contra dichos ataques tanto en nuestra vida privada, como en nuestra familia, nuestro domicilio y evitar que se dañe nuestra honra y nuestra reputación

5. En su artículo 14, relativo al derecho de asilo, expone en su primer apartado que, en caso de persecución, todas las personas tienen derecho a buscar asilo y disfrutar de él, así como también dicho derecho, una vez reconocido, no puede ser revocado por ninguna acción judicial originada por actos opuestos a los establecidos por los principios de las Naciones Unidas.

6. En su artículo 16 su segundo apartado se establece el derecho a contraer matrimonio libremente y no se tolera el matrimonio forzado por ninguna persona. En este caso se puede aplicar a la obligación de contraer matrimonios de mujeres jóvenes con los ancianos del poblado.

b) *Convenio para los Derechos Humanos (Roma, 1950<sup>70</sup>):* Que establece en el artículo 3 la prohibición de torturas y tratos degradantes.

También se instauró en este Convenio la creación del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

c) *Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales (1966)<sup>71</sup>:* De este pacto derivan dos artículos relacionados con la MGF que son:

---

<sup>70</sup> Documento extraído de la siguiente página web: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1249.pdf>

1. En la parte II de este Pacto se encuentra el artículo 5, el cual en su segundo apartado expone lo siguiente: *“No podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un país en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, a pretexto de que el presente pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado”*.
  2. En la parte III del Pacto, concretamente en el artículo 10.1, se expone que el matrimonio deberá realizarse bajo el libre consentimiento de ambos cónyuges.
- d) *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*<sup>72</sup>: se aprobó el 16 de diciembre de 1966. En su artículo 7 establece que ninguna persona podrá ser sometida a tratos inhumanos y degradantes.
- e) *Convención de Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979)*<sup>73</sup>:
1. Su artículo 5 obliga a los Estados a adoptar las medidas apropiadas para la eliminación de los prejuicios y las prácticas cotidianas y de cualquier otra índole, que estén basadas en la idea de superioridad o inferioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas entre hombres y mujeres.
  2. En su artículo 17, mediante el cual se obliga a la creación del Comité para la Eliminación de la Discriminación sobre la Mujer. Entre las múltiples funciones que se le encomiendan, destaca la de vigilar que los Estados Parte adopten medidas apropiadas para erradicar la MGF.

---

<sup>71</sup> Pacto recogido en el siguiente enlace web: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0014.pdf>

<sup>72</sup> Información relacionada con este pacto, obtenida a través del siguiente enlace: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>

<sup>73</sup> Documentación obtenida de la siguiente página web: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0031.pdf>

f) *Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación fundadas en la religión o las convicciones*<sup>74</sup> (1981): En su artículo 5.5: establece que la práctica de la religión o convicciones sobre las que se educa a un niño o una niña no deberá perjudicar su salud física o mental así como tampoco debe perjudicar su desarrollo integral.

g) *Convención de las Naciones Unidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, tratos inhumanos o degradantes*<sup>75</sup>: Su entrada en vigor se produjo el 26 de junio de 1987. Toda esta Convención se puede aplicar al tema de esta investigación, por ello no exponemos ningún artículo concreto ya que dentro de la tortura y de los tratos inhumanos y degradantes situamos la MGF.

h) *Convención sobre los Derechos del niño*<sup>76</sup> (1989):

1. En su artículo 2.1 señala que se deben respetar los derechos conferidos a los niños y las niñas independientemente de su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole tanto del niño como de la niña, así como de sus padres y madres, o sus representantes legales.

2. En el artículo 19.1 se acuerda que los Estados adoptarán todas las medidas disponibles en materias legislativas, educativas, sociales, etc, para evitar cualquier tipo de abuso, malos tratos, tratos degradantes, descuidos o explotación que sea ejercida sobre niños y niñas mientras estén bajo la custodia de los padres y las madres o de sus representantes legales.

3. En su artículo 24.3 establece que los Estados Parte adoptarán todas las medidas eficaces para

---

<sup>74</sup> Toda la información recogida sobre esta Declaración la he extraído de la siguiente página web: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2019.pdf>

<sup>75</sup> Documento obtenido a través del siguiente archivo en pdf: <http://www.programamujerescdh.cl/media/documentacion/archivos/CAT.pdf>

<sup>76</sup> Convención consultada a través del siguiente enlace: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

abolir las prácticas tradicionales que perjudiquen la salud de los niños y las niñas.

4. En el artículo 34 afirma que los Estados Partes protegerán al niño o a la niña contra todas las formas de explotación y abusos sexuales en las que se halle o en las que se muestren indicios de que se pueda hallar. Para ello, adoptarán medidas nacionales y multilaterales para impedir la incitación y coacción para que el niño o la niña realice actividades sexuales legales; también evitarán la explotación, la prostitución y la pornografía.

5. En el artículo 39 fija que los Estados Partes promoverán la recuperación física y psicológica de todo niño y toda niña que sea víctima de abandonos, explotación, abuso, tortura, así como de cualquier otro tipo de trato inhumano. Se trata de una recuperación que fomente una mejora en la salud, en el respeto a sí mismo o a sí misma y en promover la dignidad del niño o de la niña.

i) *Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*<sup>77</sup> (1993): En su artículo 4 impide a los Estados invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de eliminar toda forma de violencia sobre la mujer.

j) *Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos*<sup>78</sup> (Viena, 1993): Cuyo párrafo 18 establece que los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos en todas las partes del mundo. Por ello, la violencia y las formas de acoso y explotación sexual, concretamente, las de prejuicios culturales y trata internacional de personas, son

---

<sup>77</sup> Información extraída a través del siguiente enlace web:  
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2018.pdf>

<sup>78</sup> Información obtenida a través de la siguiente página web:  
[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?Opendocument)

incompatibles con la dignidad de estas mujeres y niñas y por ello deben ser eliminadas.

k) *Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo*<sup>79</sup> (CIPD): Se celebró en El Cairo entre el 5 y el 13 de septiembre de 1994, y fue organizada por una secretaría compuesta por la División de Población del Departamento de Políticas e Información Económica y Social y por el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Las medidas que se acordaron fueron las siguientes:

1. Dotar de mayor poder a la mujer.
2. Tener en cuenta las necesidades de las personas en lo relativo a educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, ya que son necesarios para el avance individual y el desarrollo equilibrado.
3. Eliminar cualquier tipo de violencia contra las mujeres.
4. Asegurar la habilidad y capacidad de las mujeres de controlar su propia fertilidad.

l) *Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo + 5*<sup>80</sup> (CIPD+5): Es una revisión, que se realiza en 1999, sobre el progreso transcurrido desde la Conferencia del Cairo en 1994 en la que se evaluaron los progresos realizados, las dificultades subsistentes y se presentaron recomendaciones y fines prácticos para alcanzar los objetivos propuestos en la Conferencia anterior.

m) *Conferencias Mundiales sobre la mujer*<sup>81</sup>: Algunos de los objetivos de estas Conferencias son: Analizar cuál es la situación de la mujer, crear estrategias para

---

<sup>79</sup> Documentación obtenida a través del siguiente informe:

[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf)

<sup>80</sup> Información obtenida a partir de la siguiente página web:

[http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf\\_pop.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.htm)

<sup>81</sup> Información relativa a las Conferencias extraída del siguiente enlace web:

<http://www.inmujeres.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=3256&site=1&channel=inmujeres>

alcanzar el empoderamiento de las mismas, estudiar cualquier forma de violencia sobre la mujer para obligar posteriormente a los organismos internacionales más importantes a crear medidas que prohíban las mismas, entre otros. Desde su inicio y hasta la actualidad, se han realizado cuatro conferencias. La primera se realizó en México del 19 de junio al 2 de julio de 1975. La segunda se celebró en Copenhague del 14 al 30 de julio de 1980. La tercera se celebró en Nairobi del 15 al 26 de junio de 1985. Por último, la conferencia más actual fue la que se celebró en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995.

n) *Declaración y Programa de Acción de Viena*<sup>82</sup>: Fue proclamada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena el 25 de junio de 1993, y en ella se establece que:

1. En su artículo 18 explica que la violencia y en particular la derivada de prejuicios culturales, son incompatibles con la dignidad y la valía de las personas y para ser eliminadas, los Estados deben adoptar medidas legislativas y actividades nacionales, mediante la cooperación internacional, en materias de educación, desarrollo económico y social, atención a la salud y a la maternidad.
2. En su artículo 22, relativo a los derechos del niño y de la niña, señala que se deben reforzar los mecanismos y programas, tanto nacionales como internacionales, para la defensa y la protección de los niños y las niñas en general, especificando en los casos de niños y niñas abandonados y abandonadas, niños y niñas que viven en la calle, así como niños y niñas que son explotados y explotadas en el trabajo, y niños y niñas utilizados y utilizadas para la prostitución y para la pornografía, ya que constituyen un grupo vulnerable.

Numerosos organismos a nivel internacional se encargan, bien de forma directa o indirecta, de tratar de combatir este problema que cada vez más está avanzando hacia las sociedades más industrializadas. Surgen para erradicar estos problemas,

---

<sup>82</sup> Información extraída del siguiente documento web en pdf: [http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/II-A-21-DECLARACION\\_Y\\_PROGRAMA\\_DE\\_ACCION\\_DE\\_VIENA.pdf](http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/II-A-21-DECLARACION_Y_PROGRAMA_DE_ACCION_DE_VIENA.pdf)

promoviendo normas legislativas, medidas educativas, sociales, sanitarias, mediante las que enseñar a la población practicante de este ritual y también a la no practicante, las consecuencias tan dañinas y tan graves que surgen de la realización de esta costumbre o tradición.

Por ello, yo en este apartado, quiero indagar de forma muy resumida, sobre algunos de los organismos más importantes para explicar cuáles son sus objetivos y por qué han surgido.

a) Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>83</sup>:

La OMS lleva trabajando desde 1997 para erradicar esta práctica y ha realizado grandes esfuerzos al respecto a través de la investigación, del trabajo para fomentar el cambio en las comunidades en las que se lleva a cabo y también a través del cambio en las políticas públicas. Las actividades en las que centra su acción para erradicar la MGF/A son:

- Medidas de promoción: a través de publicaciones y de la creación de instrumentos que fomenten las actividades internacionales, regionales y locales destinadas a erradicar la MGF en una generación.
- A través de la investigación, en concreto mediante la adquisición de conocimientos sobre las causas o razones que sustentan esta práctica, la forma en la que se puede eliminar y proporcionar una atención adecuada a las personas que la han sufrido.
- Por último, ofrece orientación a los sistemas de salud mediante la elaboración de materiales formativos y directrices para los profesionales sanitarios para que puedan ayudarles en el ejercicio de su trabajo y los ayuden a aconsejar a las mujeres que son víctimas de esta práctica.

Por último, en la actualidad, la OMS está muy preocupada ante la creciente tasa de participación de profesionales con formación médica en esta práctica y por ello insta a los profesionales sanitarios a que no realicen estos procedimientos.

b) Asamblea Mundial de la Salud<sup>84</sup>:

---

<sup>83</sup> Información obtenida de la página web de la OMS: <http://www.who.int/es/>

<sup>84</sup> Información extraída del siguiente enlace: <http://www.who.int/mediacentre/events/2005/wha58/es/index.html>

En 2008, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que se incluía el tema de la MGF/A y en la cual, a modo de resumen, se instaba a los Estados Miembros a acelerar las actividades dirigidas a eliminar toda forma de MGF/A; a aplicar y hacer cumplir la legislación dirigida a proteger a las niñas y a las mujeres que son susceptibles de poder sufrir dicha práctica; a colaborar con todos los sectores en apoyo del abandono de esta práctica, así como a formular y promover la atención de las mujeres, en particular en el parto, y así como de todas aquellas niñas y mujeres que hayan sido sometidas a la MGF/A.

Solicitan a la OMS que aumente el apoyo a los Estados Miembro para que promuevan la erradicación tanto de esta práctica como de otras formas de violencia sobre las niñas y sobre las mujeres. También se le pide que colabore con los estados y demás organismos asociados para proteger los derechos humanos de las niñas y de las mujeres. En el ámbito de la investigación, se les informa que aumenten el apoyo sobre diferentes aspectos de la MGF/A con el fin de lograr la erradicación de este procedimiento.

Por último, deben informar cada tres años al Asamblea Mundial sobre las medidas adoptadas por la Secretaría y los Estados Miembros.

c) UNICEF: United Nations Children's Fund<sup>85</sup>:

Es la agencia de Naciones Unidas que tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de los derechos de la infancia. Esto lo lleva a cabo a través de lo dispuesto en la Convención de los Derechos del Niño, ya que es la base legislativa fundamental sobre la que gira todo su trabajo.

En cuanto a la MGF/A, la Convención hace hincapié sobre ello en el artículo 24.3 de la misma, en el que como hemos mencionado anteriormente, los Estados miembros deberán adoptar medidas eficaces para abolir las prácticas tradicionales que perjudiquen la salud de los niños y las niñas.

UNICEF trabaja para lograr tres resultados: el primero, es lograr que los niños y niñas tengan un buen comienzo de la vida, en un entorno de cuidados, atención y seguridad que les permita sobrevivir y estar físicamente y psicológicamente seguros, socialmente competentes y con capacidad de aprender. En segundo lugar, se garantizará que todos los niños y niñas tengan acceso a educación básica y que la puedan completar.

---

<sup>85</sup> Documentación obtenida a partir de la página web oficial de UNICEF, gracias al siguiente enlace: <http://www.unicef.es/>



Por último, garantizarán que los y las adolescentes tengan oportunidades de desarrollar plenamente su capacidad individual en un entorno seguro y acogedor para que puedan participar en su sociedad.

*d) UNFPA: United Nation Population Fund<sup>86</sup>:*

Este organismo está comprometido con el avance de los derechos humanos. La idea de partida es que todas las personas tengan derecho al disfrute de la igualdad de derechos y facilitarles una protección necesaria.

Unos de sus objetivos prioritarios en cuanto al reconocimiento de la igualdad de derechos de las mujeres y de los hombres, es lograr la igualdad entre mujeres y hombres para evitar que el hombre sea el amo del cuerpo de la mujer y para conseguir que las mujeres puedan acceder a una educación superior y puedan trabajar en las mismas condiciones que los hombres. Además pretende eliminar toda forma de violencia contra las mujeres, entre las que se encuentra la MGF/A.

*e) UNIFEM: United Nation Development Found for Women.*

El objetivo general es promover los derechos humanos de las mujeres, tanto en el gobierno como en la sociedad. A su vez, este objetivo se subdivide en otros tres que son:

- Facilitar el desarrollo de marcos nacionales de derechos humanos tanto en las constituciones, como en las leyes y en las políticas.
- Apoyar la aplicación de marcos de los derechos humanos para garantizar que se realizan los derechos.
- Hacer hincapié en los grupos de mujeres indígenas y que viven en la pobreza creando políticas más inclusivas y sensibles en todos los derechos de las mujeres.

*f) Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH)<sup>87</sup>:*

---

<sup>86</sup> Información obtenida del siguiente enlace: <http://www.unifem.org/>

Aparece reflejado en el Título II del Convenio Europeo de Derechos Humanos, concretamente a partir del artículo 19 hasta el artículo 51.

Según el artículo 19, mediante el que se crea este organismo “*con el fin de asegurar el respeto de los compromisos que resultan para las Altas partes contratantes del Convenio y de los Protocolos*”.

Tiene la función de juzgar todas aquellas demandas que vulneren alguno de los artículos de la Convención Europea de Derechos Humanos.

g) Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos<sup>88</sup>:

Esta Oficina, en materia de MGF/A, tiene la función de velar para que no se lleven a cabo estas prácticas, ya que son consideradas una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Por ello, sus objetivos principales son: la promoción y la protección de los derechos humanos en los países en los que se practica, la integración de los derechos humanos y la labor de los equipos de las Naciones Unidas en los países practicantes y la colaboración con el fortalecimiento de las instituciones nacionales y la sociedad civil.

Han creado once oficinas en países, entre los que se encuentran en Angola, Togo y Uganda, y cuyas funciones son: vigilar y facilitar información pública, proporcionar una asistencia técnica y supervisar y desarrollar capacidades nacionales para abordar las cuestiones de derechos humanos.

También hay ocho oficinas regionales, de las cuáles dos estaban en África, una en África oriental, concretamente en Addis Ababa, y otra en África Meridional, situada en Pretoria. Además África cuenta con un Centro Regional para los Derechos Humanos y la Democracia en África Central, ubicado en Yaoundé, Camerún. Su labor consiste en promocionar y proteger los derechos humanos en los países de su región, incluyendo dentro de estos, el trabajo que realizan junto con otros organismos regionales, tal como la Unión Africana.

El objetivo de esta Oficina es integrar los derechos humanos dentro de las Naciones Unidas, es decir, incorporar una perspectiva de derechos humanos en todos los

---

<sup>87</sup> Extraída del Título II de la Convención Europea de Derechos Humanos. Se puede ver a través de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1249.pdf>

<sup>88</sup> Información obtenida a partir del siguiente enlace: <http://www.acnur.org/t3/>

programas de la organización, a fin de asegurar que la paz, la seguridad, el desarrollo y los derechos humanos, para que estén vinculados entre sí y se refuercen.

#### **4. Legislación africana contra la MGF y organismos africanos contra la MGF:**

Existen algunas organizaciones no gubernamentales africanas<sup>89</sup> que luchan por erradicar y por prohibir la mutilación genital femenina, así como ayudan a explicar en qué consiste este tipo de mutilación genital y explicarles a las personas que lo practican qué consecuencias tiene y a qué se enfrentan.

A nivel general, en cuanto a normativa africana se refiere, hay que destacar la aprobación de la *Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los pueblos (Carta de Banjul)*<sup>90</sup>, el 27 de julio de 1981 en Nairobi. De esta carta, en materia de MGF hay que destacar dos artículos.

1. El primero es el artículo 2, que expone que todas las personas tienen derecho a disfrutar de los derechos que se les han reconocido así como las libertades que se nos garantiza, sin que puedan tratarse de manera diferente por razón de raza, sexo, grupo étnico, lengua, religión, opinión política, origen social o nacional, fortuna, nacimiento u otro status diferente.
2. Según el artículo 5 todos tienen derecho a que se les respete, a que su dignidad no se vea alterada y al reconocimiento de su estatuto social. Por ello se prohíben todas las formas de explotación y abuso, así como los tratos inhumanos y de degradación que puedan realizarse contra el ser

---

<sup>89</sup> Toda la documentación obtenida para este apartado del trabajo, la he obtenido del libro “ *Mutilación genital femenina y Derechos Humanos. Excisión, infibulación y otras prácticas cruentas de iniciación*”. Amnistía Internacional.

<sup>90</sup> Información obtenida a través del siguiente enlace web: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1297.pdf>

humano, así como tampoco se tolerará ni la tortura, ni la esclavitud, ni los castigos, ni los tratos crueles.

También hay que destacar el *Protocolo a la Carta Africana de Derecho*<sup>91</sup>: Aprobado en 1995. También es conocido como el Protocolo de Maputo. Este protocolo garantiza casi la totalidad de los derechos de las mujeres en África, desde la igualdad de oportunidades, hasta la alimentación, pasando por los temas de violencia contra las mujeres o salud reproductiva.

Respecto a la MGF nos interesa saber qué artículos hacen referencia a dicho ritual. Para ello debemos acudir a cuatro artículos que se muestran en el Protocolo y son:

1. En primer lugar el artículo 3, que se refiere al derecho de la mujer a la dignidad, y en el que se explica que toda mujer tiene derecho a ser tratada con dignidad y a su reconocimiento de recursos humanos y legales que le son conferidos por el reconocimiento de sus derechos. También expone el mismo artículo que la mujer tiene derecho a que se la respete, el cumplimiento de ese derecho es potestad de los Estados Partes para lo cual deben adoptar medidas para prohibir cualquier forma de explotación u otra forma de degradación de la mujer, así como garantizar la protección contra toda forma de violencia.
2. El artículo 4 trata los derechos a la vida, a la integridad y a la seguridad de las mujeres y por ello, los Estados Parte deberán tomar medidas eficaces para aplicar leyes que prohíban toda forma de violencia contra la mujer, así como identificar las causas que la producen y adoptar medidas administrativas, sociales y económicas, que junto con las medidas legislativas garanticen la prevención, la sanción y la erradicación de la violencia contra la mujer. También se encargarán de educar de forma pacífica para poder erradicar las creencias tradicionales y las prácticas y los estereotipos que promueven la violencia contra las mujeres, y castigar a los y las que

---

<sup>91</sup> Información relativa al protocolo obtenida a partir de la siguiente página web:  
<http://www.achpr.org/english/women/protocolwomen.pdf>

realicen esas agresiones contra las mujeres, entre otras muchas medidas.

3. El artículo 5 se centra en la eliminación de todas las prácticas dañinas contra los derechos humanos de las mujeres. Los Estados Partes adoptarán una serie de medidas que permitan prohibir y erradicar estas prácticas. Estas medidas son: primeramente, crear una conciencia pública a todos los sectores de la sociedad sobre las consecuencias de estas prácticas dañinas a través de programas de educación, etc. En segundo lugar, se encargarán de prohibir, mediante las leyes y sus respectivas sanciones, todo tipo de MGF y otras prácticas cruentas con el fin de erradicarlas. A su vez se encargarán de dotar organismos que se encarguen de prestar la asistencia sanitaria a las víctimas de estas prácticas a través de los servicios de salud, apoyo jurídico, emocional y psicológico. Por último, protegerán a las mujeres que se encuentren en situación de riesgo de sufrir estas prácticas o de cualquier otro tipo de violencia o abuso.

A nivel específico hay que especificar qué países están luchando contra la realización de estas prácticas bien a partir de la elaboración de legislación propia contra la MGF o está integrada en el Código Penal de los mismos<sup>92</sup>. Por tanto, la situación desde 1995 hasta 2009 es la siguiente:

- El primer país en crear una ley destinada a la prohibición de estas prácticas fue Burkina Faso que en 1996 aprobó una Ley específica que prohibía la MGF. Por otro lado, en el mismo año, Egipto aprobó una Orden ministerial que prohibía la realización de estas prácticas en todo el país. A la vez, República Centro africana aprobó una ordenanza municipal que equivalía en cuanto a jurisdicción a una Ley Nacional.
- En 1998, Costa de Marfil aprobó un ley específica, al igual que lo hizo Togo, y República Unificada de Tanzania, adherió un artículo específico para prohibir la MGF a su Código Penal.
- En 1999, le tocó el turno a Senegal, quién también incluyó un artículo específico que prohibía la MGF en su Código Penal.

---

<sup>92</sup> *A Fifteen year Review of the Implementation of the Beijing platform for Action in Africa*. UNECA.

- En el año 2000 algunos estados nigerianos, que no tenían regulada la situación de la MGF a nivel nacional, se decidieron a crear legislaciones estatales para combatir la realización de estas prácticas.
- En 2001 Kenia incluyó en su Ley específica de protección de la infancia, un artículo que prohibía concretamente la realización de la MGF a niñas menores de edad.
- En 2002 Chad creó una Ley específica contra la MGF.
- Por último, en 2003 Benin creó una Ley específica y el norte de Sudán incluyó un artículo específico en su Código Penal.

Según datos publicados por el mismo informe que los datos por el mismo informe en el año 2009 no se ha establecido ninguna norma jurídica que se encargue de prohibir estas prácticas y castigar a quienes lo practican, en países tales como: Camerún, República Democrática del Congo, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Sierra Leona, Somalia, Uganda y Yemen. Coincidiendo con que estos países, al no haberse enfrentado legalmente a este tipo de prácticas, poseen una prevalencia de mutilaciones genitales entre la población femenina muy alta, sin bajar los porcentajes desde el 75%.

En definitiva, la mayoría de los países africanos poseen en su legislación leyes que prohíben cualquier tipo de mutilación genital femenina, sin embargo, esta se sigue. Esto es, aunque en sus países de origen, las leyes amparan a las mujeres y niñas frente a estas prácticas, en muchos de ellos se siguen realizando estos rituales e incluso hoy en día incluso el personal médico lo realiza, aún sabiendo las consecuencias tan nefastas que tendrá en el futuro esa niña tanto para ella cuando sea madre, como para el hijo o la hija que tenga.

Los organismos africanos que combaten la MGF y demás prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del sector femenino de la población<sup>93</sup> son los siguientes:

- a) Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y Niños (IAC-CIAF): Se fundó en 1982 en Benín. Una de sus funciones más importantes consiste en distribuir por las clínicas y hospitales de Benin material educativo para prevenir la realización de cualquiera de los tipos de

---

<sup>93</sup> Toda la información detallada de los organismos que a continuación se detallan, salvo el IAC-CIAF y la Unidad Africana, la he obtenido del libro *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*, de Amnistía Internacional.

mutilación genital femenina, haciendo hincapié en la excisión, ya que en este país en la mayoría de los casos, es el tipo de mutilación genital que se practica. Este Comité trabaja en colaboración con el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad del país.

A partir de aquí todos los países, además de reconocer sus secciones del IAC, han ido creando ONG's propias para luchar por prohibir y erradicar la mutilación genital femenina.

- b) Unidad Africana: Se creó a partir de la Carta de la Organización de Unidad Africana, firmada en Addis.Adeba, el 25 de mayo de 1963 y que entró en vigor el 13 de septiembre de ese mismo año. Se crea para reafirmar las alianzas entre todos los Estados africanos, para asegurar el bienestar de todos los africanos y todas las africanas.

Por ello, se sientan como base normativa, lo establecido en la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, para cooperar entre todos los Estados Miembros.

Esta Unidad se creó para cumplir con los siguientes objetivos: Reforzar la unidad y solidaridad de los Estados africanos; para coordinar su esfuerzo y ofrecer unas mejoras en la calidad de vida de los africanos; para defender su soberanía y eliminar el colonialismo al que estaba siendo sometida África; además de favorecer la cooperación Internacional.

- c) Comité Nacional de Lucha contra la Excisión: Se fundó en 1990 y se adhirió al Internacional Association College (IAC). Una de las funciones más importantes que llevan a cabo, es un amplio trabajo en el ámbito de la educación para prevenir a la población sobre los efectos tan dañinos que provoca esta práctica, así como desarrollar nuevas técnicas de prevención de la mutilación genital femenina en la población de Burkina Fasso.

- d) Sección Camerunesca del IAC. En este país se practican tanto la excisión como la clitoridectomía.

Esta sección se creó en 1992 y el gobierno camerunés respalda sus actividades y es invitada a todas las actividades organizadas por el Ministerio de Bienestar Social y de la Mujer, así como por el Ministerio de Salud Pública. De ello se deduce que el gobierno del país muestra un claro interés y un buen diálogo con esta sección y está concienciado en abolir la realización de estas prácticas tradicionales en su país.

- e) La Sección de Chad en el IAC: Esta Sección está impulsando programas destinados a sectores específicos de población que se sitúan, en su mayoría, en la frontera con Sudán. Algunos de estos programas se orientan a prevenir la práctica de la infibulación, ya que es la única parte del país que realiza esta práctica, en el resto del país se practican las otras dos formas. Los demás están situados en otras partes diferentes del país, enviados para abolir las otras dos operaciones en los núcleos de población donde más se practica.
- f) Movimiento Internacional de Mujeres Democráticas: Esta Asociación junto con el IAC, la Asociación Marfileña para la Defensa de Derechos Humanos de las Mujeres y la Asociación Marfileña para la Maternidad Segura, son las encargadas de prevenir, informar y actuar para que se erradique estos rituales en África aunque no obtienen mucho apoyo del gobierno marfileño.
- g) Organización Egipcia de Derechos Humanos: Es la organización no gubernamental más activa en materia preventiva y abolicionista de estas prácticas en Egipto, donde surgió un debate muy intenso entre el Ministerio de Sanidad y los tribunales al aprobarse la ley que prohibía cualquier tipo de mutilación si bien el debate no logró la derogación de la ley que prohibía estas prácticas.
- h) Frente Popular de Liberación de Eritrea: En 1991, antes de independizarse de Etiopía, este frente creó campañas abolicionistas de la mutilación genital femenina en zonas que estaban bajo su control con el fin de erradicarlas. Las acciones llevadas a cabo por el Frente Popular han servido para que la prevención de estos rituales se incorporase a programas de salud y educación integrados en el Gobierno eritreo.
- i) Asociación Revolucionaria de Mujeres Etíopes: Es una de las ONGs más importantes de Etiopía. Recibió el encargo por parte del gobierno etíope de erradicar cualquier costumbre o práctica tradicional por la cual se les niega cualquier derecho a las mujeres.  
  
La Sede del Comité Internacional del IAC, que se fundó en 1985, obtuvo la acreditación para establecer su sede permanente en Addis Abeba para poder luchar para prohibir la utilización de estas operaciones como tradiciones de su comunidad.



- j) Comité Nacional de Gambia sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y Niños: Es la Organización No Gubernamental más importante en Gambia, en materia de prohibición de la MGF.
- k) Asociación Ghanesa para el Bienestar de la Mujer (1984): Es miembro fundador del IAC en Ghana. Es la ONG más activa en materia de erradicación de estas prácticas.
- l) Órgano de Coordinación sobre las Prácticas Tradicionales que afectan a la salud de Mujeres y Niños: Propuso una enmienda a la Constitución guineana en la que se exponía detalladamente que debía prohibir la mutilación genital femenina. Además la sección guineana del IAC ha sido reconocida por el gobierno guineano.
- m) Tanto el Consejo Nacional de la Mujer en Kenia, como el Comité Keniata sobre Prácticas Tradicionales y Maendelo Ya Wanawake son las tres ONGs más activas y más importante a nivel de la MGF que se encuentran en Kenia
- n) El Comité Nacional Liberiano, o llamado también, Asociación Nacional sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud, ha investigado sobre las actitudes relativas a la MGF y su prevención.
- o) Asociación Maliense para el Seguimiento y la Orientación de las Prácticas Tradicionales (AMSOPT): Ha educado a líderes juveniles y religiosos y ha puesto en marcha distintos programas de concienciación dirigidos a las personas que practican la MGF y a las personas que ayudan al o a la practicante. Otras Asociaciones importantes que luchan contra este problema son: la Asociación para la Promoción de Derechos de la Mujer, el Comité de Acción para los Derechos de la Mujer y el Niño y la Organización Nacional de Mujeres. El Gobierno respalda todas las actividades promovidas por estas asociaciones y la Radio principal del país difunde información sobre este problema a través de programas específicos.
- p) Comité nigeriano contra las Prácticas Tradicionales Perniciosas: Fundado en Níger en 1990 mediante un Decreto Gubernamental. Este Comité ha estudiado la extensión de este problema y a su vez ha organizado seminarios y talleres de concienciación sobre los diferentes sectores de la población nigeriana. Incluso, el Gobierno ha participado en algunos de los seminarios impartidos por este Comité.

- q) Asociación Nacional de Enfermeros y Comadronas Nigerianos: Fundada en Nigeria, ha desempeñado un papel fundamental en la lucha contra la mutilación genital femenina. Su actividad se ha desarrollado a lo largo de todo el país, tanto a nivel estatal como comunitario.
- r) Otro organismo importante en Nigeria es el Comité Nacional Nigeriano, perteneciente al IAC. Este Comité es respaldado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación e Información.
- s) Comisión para la Abolición de la Mutilación Sexual (CAMS): Es una campaña que se creó en París en 1981 y que a raíz de esta campaña se creó el organismo CAMS- Internacional que estableció su sede en Senegal. Esta organización se basa en la distinción de género para abordar el problema de la MGF. Por ello, organiza seminarios sobre violencia sobre la mujer y sobre mutilación genital femenina. Además ha creado una unidad de investigación sobre prácticas tradicionales en la Universidad de Dakar.
- Además el Comité Senegalés del IAC lleva a cabo numerosas investigaciones de carácter médico sobre la MGF y una de sus actividades principales son las colaboraciones con emisoras de radio para hacer llegar su mensaje a un alto porcentaje de la población. El gobierno también se muestra muy involucrado con el Comité en materia de MGF.
- t) Comité Senegalés sobre Prácticas Tradicionales, sección del IAC. Fundada en Sierra Leona: Esta organización defiende la educación como la forma más eficaz para erradicar la MGF. Además aboga porque a base del establecimiento de la ley prohibiendo esta práctica se conseguirá erradicarla.
- u) Además, también participan activamente dos ONG's para luchar contra este problema. Estas ONG's son: la Asociación de Sierra Leona para el Bienestar de la Mujer, que es una de las secciones nacionales del IAC, y además el Movimiento para la Erradicación de la Mutilación Genital Femenina.
- v) Organización Democrática de Mujeres: Se creó en Somalia: Esta Organización, junto con la Asociación Italiana para la Mujer y el Desarrollo crearon un proyecto contra este problema con el fin de erradicar la infibulación, que es el único tipo de mutilación genital que se practica en Somalia.
- w) Organización para la Erradicación de Prácticas Tradicionales Perniciosas que afectan a la salud de las Mujeres y Niños y la Organización Babiker Badri: Estas dos organizaciones son reconocidas por el Ministerio de Planificación.

Sudán fue el primer país que proscribió la MGF. Su ley contra la MGF se ratificó en 1957.

- x) Sección Nacional del IAC de Tanzania: Se fundó en 1992. En este país se practica tanto la excisión como la infibulación.
- y) La Asociación de médicos de Uganda, la Asociación de Mujeres Abogadas de Uganda, la Iniciativa Maternidad Segura y la Asociación de Médicos de Uganda: Son cuatro de las ONG's que más activamente participan para combatir la MGF. Los Ministerios han prestado a estas organizaciones algunas ayudas de carácter material.
- z) La Asociación para el Equilibrio y Promoción de la Familia y la Unión Nacional de Mujeres de Yibuti: Estas organizaciones realizan una serie de talleres con el objetivo de despertar la conciencia sobre los riesgos que la mutilación genital femenina entraña para la salud.

### **3. El derecho de asilo como herramienta para evitar la MGF.**

#### *a) Introducción:*

El derecho de asilo es la herramienta de la que disponen las víctimas de MGF para huir de sus países por varias razones: para evitar contraer matrimonios forzados, cuando huyen de su país de origen para que no se les realice esta práctica, o en los casos de niñas menores de edad, cuando sus progenitores deciden huir con ellas para evitar que las castiguen y las obliguen a mutilarlas genitualmente, entre otras causas. Por ello, en este apartado nos encargaremos de desgranar: En primer lugar definiremos los términos de “asilo” y “refugiado”, pues ambos son claves para el desarrollo de toda esta pregunta. En segundo lugar llevaremos a cabo una breve introducción sobre las medidas que se adoptaron y que fueron insuficientes para abordar esta situación antes de que se implantase la Convención de Ginebra en 1951 y el Protocolo de Nueva York en 1967, documentos básicos y reguladores sobre el que gira todo el tema del derecho de asilo. En tercer lugar explicaremos cuáles son los instrumentos básicos de los que se sirve el derecho internacional para regular la situación de los refugiados, que han sido, y hoy en día siguen siendo, la Convención de Ginebra de 1951 y el Protocolo de Nueva York de 1967. En cuarto lugar trataremos que otros organismos a nivel internacional y europeo tienen competencia sobre el derecho de asilo, así como su relación con la MGF.

*b) Definición de refugiado o refugiada y de asilo:*

Como he mencionado en el párrafo anterior comenzaré definiendo estos dos términos:

- El primero es el concepto de **refugiado o refugiada**<sup>94</sup>. Para llevarlo a cabo, la definición más correcta que se ha dado ha sido la de la Convención de Ginebra de 1951, que es considerada la herramienta básica, junto con el Protocolo de Nueva York de 1967, de regulación del derecho de asilo. En ella se expone que el término refugiado, situado en su artículo 1, se refiere a toda aquella persona que:
  - *Haya sido considerada refugiada de acuerdo con lo establecido en los arreglos del 12 de mayo de 1926 y del 30 de junio de 1928, o bien, de las Convenciones del 28 de octubre de 1933 y del 10 de febrero de 1938, del Protocolo del 14 de septiembre de 1939 o de la Constitución de la Organización Internacional de Refugiados. Esto se puede entender tanto si se encuentra dentro de Europa como si se encuentra en otro lugar, y por ello, los Estados serán los encargados de dar tanto en la ratificación, la adhesión como en una declaración el alcance que se le desea dar a esta expresión, de acuerdo con las obligaciones asumidas por dicho Estado en la Convención.*
  - *Una vez que se reconozca su situación de refugiado o refugiada, éste o ésta tendrán la obligación, dependiendo del país en el que se encuentren, una serie de deberes que son principalmente la obligación de aceptar sus leyes y reglamentos, así como las medidas adoptadas para el mantenimiento del orden público.*
- El segundo término es el de **asilo**<sup>95</sup>. El asilo consiste en la protección en forma de acogida que un Estado concede a aquellos extranjeros a los que se le reconozca la condición de refugiado. Esta condición se concederá, según lo establecido en el artículo 1, sección A, párrafo 2 de la Convención de Ginebra, siempre que la persona, debido a temores fundados de ser perseguida por motivo

---

<sup>94</sup> *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados* (Convención de Ginebra). Adoptada en Ginebra el 28 de julio de 1951 por la Conferencia Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas (Naciones Unidas), convocada por la Asamblea General en su resolución 429(V), del 14 de diciembre de 1950.

<sup>95</sup> *“Inmigración, Extranjería y Asilo”*. E. Linde Paniagua y J.A. Moreno Díaz.

de raza, según su nacionalidad, de acuerdo con su religión, dependiendo del grupo social al que pertenezca y debido a sus opiniones políticas. Cada una de ellas establece lo siguiente:

- a. Si la persecución se produce por razón de raza<sup>96</sup>: Se fundamenta cuando la persecución a un grupo racial sea elemento suficiente para desencadenar la situación de persecución por aquellos que real o supuestamente pertenezcan a otra raza o etnia diferente.
- b. Si se produce por motivo de su religión<sup>97</sup>: Se considera protegida únicamente la prohibición de prácticas religiosas privadas, pero no las limitaciones públicas a su expresión y tampoco la obligación a participar en manifestaciones de otra religión.
- c. Dependiendo de su nacionalidad<sup>98</sup>.
- d. Si tiene lugar debido a su pertenencia a un determinado grupo social<sup>99</sup>: Se aplica cuando no concurren ninguna de las anteriores. Es un concepto tan amplio que puede incluir cualquier motivo o tipo de persecución que está al alcance del poder imaginativo de cualquier persona que pueda realizarlo. A efectos de la concesión de asilo, en materia de MGF, tiene que reunir dos requisitos. El primero de ellos debe ser tener un status social que lo haga ser reconocido como grupo por los que lo persiguen. El segundo requisito es que debe existir una determinada relación entre los individuos y la característica que los convierte en miembros del grupo, la cual debe ser innata o inmodificable.

En el caso de la MGF<sup>100</sup>, cuando se determina que el temor fundado es debido al grupo social, el número de integrantes de este grupo es irrelevante, puede variar dependiendo de si son los miembros femeninos de una misma unidad familiar como si son un grupo de población femenina de una misma edad, o todas las mujeres de una determinada

---

<sup>96</sup> “El derecho de asilo en la Constitución española” .Pablo Santolaya Marchetti.

<sup>97</sup> “El derecho de asilo en la Constitución española” .Pablo Santolaya Marchetti.

<sup>98</sup> Convención de Ginebra de 1951.

<sup>99</sup> Véase nota pie de página anterior.

<sup>100</sup> Guía sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina. ACNUR. Sección de Políticas de Protección y de Asesoramiento Jurídico. División de Servicios de Protección Internacional. Ginebra. Mayo, 2009.

tribu, pero su tamaño no puede justificar el rechazo de la protección internacional cuando resulta apropiada por este motivo. Por ello, se conceden en la inmensa mayoría de los casos.

- e. Dependiendo de sus opiniones políticas<sup>101</sup>: Consiste en la persecución por el ejercicio de los derechos y libertades que le son reconocidos y protegidos por su ordenamiento jurídico.

En este caso, las mujeres y las niñas que se oponen a la MGF<sup>102</sup> pueden ser percibidas por los líderes locales que apoyan la práctica como defensoras de opiniones que son críticas hacia sus políticas, costumbres y métodos.

- f. Según el sexo o la actividad sexual<sup>103</sup>: Esta categoría se subdivide a su vez en tres sub-categorías:
  - i. Violencia sexual. Se consideran así los casos de violencia doméstica, en su mayoría los que provienen de la violencia conyugal.
  - ii. Tránsgresión de leyes o normas sociales que restringen el derecho de libertad de las mujeres, entre los que se puede incluir, entre otros, los matrimonios forzados.
  - iii. Tratos inhumanos y degradantes<sup>104</sup>. Aquí se sitúan los casos de mutilaciones genitales femeninas como forma de violencia más agresiva en contra de la voluntad de las niñas y de las mujeres o con un consentimiento viciado debido a las falsas expectativas con las que engañan a las pequeñas alrededor de esta práctica. Estas prácticas producen unos efectos físicos y mentales tanto a corto, medio y largo plazo, que en los casos más graves puede provocar la muerte de la mujer y de la niña.

---

<sup>101</sup> *Convención de Ginebra de 1951.*

<sup>102</sup> Guía sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina. ACNUR. Sección de Políticas de Protección y de Asesoramiento Jurídico. División de Servicios de Protección Internacional. Ginebra. Mayo, 2009.

<sup>103</sup> *Convención de Ginebra de 1951.*

<sup>104</sup> Guía sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina. ACNUR. Sección de Políticas de Protección y de Asesoramiento Jurídico. División de Servicios de Protección Internacional. Ginebra. Mayo, 2009.

Este derecho se podrá solicitar siempre que se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda, o a causa de dichos temores no quiera acogerse a la protección de tal país; o que careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, o pueda, o a causa de dichos temores, no quiera regresar a él.

Sobre ello se ha pronunciado ACNUR. Concretamente sobre una serie de aspectos sobre los solicitantes de asilo en materia específica de MGF<sup>105</sup> Si la protección es solicitada por un menor, las formas específicas reguladas son:

- En el caso en el que la niña acepta, pero bajo coacción, engaños, o amenazas, que pueden entrañar un problema muy grave para la menor.
- En los casos en que la niña no quiera o sea incapaz de expresar el miedo, las mujeres de las tribus median en su consentimiento a través de la realización de numerosos regalos y las llenan de atenciones, por lo cual las niñas están deseosas de iniciar el ritual lo antes posible, porque saben que después se las organizará una fiesta muy grande y se convertirán en niñas mayores.
- Cuando es la familia la que busca asilo basándose en el temor de que a la niña se le practique la MGF, se puede ampliar el estatuto de refugiado a uno de sus padres que se denomina “*mutatis mutandi*”, condición derivada basándose en la condición de refugiada de su hija.

En cuanto a la disponibilidad de protección que ofrece el Estado, puede ser evaluada según los estándares del derecho regional, estatal e internacional de los derechos humanos. Dentro de estas obligaciones, se encuentra la prohibición en la legislación de la realización de esta práctica, así como una serie de sanciones, para todos los tipos de MGF, en cualquier gobierno y en cualquiera de sus niveles. El papel de los Estados en este aspecto es conseguir que los responsables sean perseguidos y aumentar el grado de concienciación y movilización de la opinión pública, particularmente en las comunidades donde se practica.

Por otro lado, los datos disponibles nos muestran que se han ido adoptando por los Estados una serie de medidas para eliminar la práctica, pero aún continúa en muchas

---

<sup>105</sup> Para más información sobre este aspecto consultar la Guía sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina. ACNUR. Sección de Políticas de Protección y de Asesoramiento Jurídico. División de Servicios de Protección Internacional. Ginebra, Mayo, 2009.

áreas. El problema sigue siendo, que los defensores de esta práctica son los líderes locales, los ancianos y los religiosos de las tribus y son los que ostentan el poder y la autoridad en sus pueblos. Por ello, esto les dificulta en muchas ocasiones su salida del país y deben huir bajo el temor fundado de persecución por parte de los líderes de su comunidad.

Es necesario hacer una distinción entre los distintos tipos de asilo<sup>106</sup> que pueden otorgarse. Éstos son:

- a) Asilo diplomático: Este tipo de asilo aparece cuando se institucionaliza la diplomacia y se generalizan las embajadas permanentes. Sólo es considerado como costumbre regional o local en el ámbito iberoamericano.
- b) Asilo territorial: Se fundamenta en la plena competencia del Estado sobre su territorio, ya que el Estado es el encargado de otorgar asilo en su territorio a quien desee y por los motivos que considere mediante sus bases de regulación como justificados. Siempre bajo el mandato de lo establecido en la Convención de Ginebra y lo expuesto en su ley nacional.
- c) Asilo Neutral: Consiste en el refugio concedido por un país no combatiente en tiempos de guerra, y que se concede por igual a cualquiera de los Estados enfrentados.
- d) Asilo emigrante- económico: En este tipo se entrecruzan el problema de la inmigración económica con el del asilo, ya que los inmigrantes, cuya esperanza aminorada de entrar en un país por la vía de la migración laboral, optan por aspirar a la condición de refugiado político, constituyendo un fraude o abuso contra el procedimiento de asilo.
- e) Asilo-refugio: Estos dos conceptos se han tratado de forma muy diferente en los estudios ya que se trata de dos figuras que nacen en dos momentos históricos diferentes, el asilo es uno de los derechos más antiguos de la humanidad; en cambio el concepto de refugio aparece como

---

<sup>106</sup> *Inmigración, extranjería y asilo. Jornadas de la UNED. Enrique Linde Paniagua y J.A. Moreno Díaz (directores)*. Ponencia: El Asilo en Europa. Ponente: Isabel M<sup>a</sup> Clavera Arizti. Abogada. Diplomada en Estudios Avanzados en Derecho de la Unión Europea. Pág. 99-100.



consecuencia de los grandes desplazamientos forzados de personas en el s. XVII y como concepto político aparece en el período entre guerras del s. XX.

Otra diferenciación notable es el estatuto jurídico de ambos conceptos. El estatuto jurídico del asilo se fundamenta en el poder legislativo que descansa en el Estado y goza de discrecionalidad para conceder la protección, la perdurabilidad del asilo. En cambio, el estatuto jurídico del refugio se concreta en no expulsar o devolver al extranjero que solicita el refugio a Estados donde su vida o su libertad corren serio peligro. Les proporciona un cobijo de forma temporal y un trato digno, por ello su duración es limitada mientras subsistan las causas que propiciaron su solicitud de refugio en el país, y una vez finalizada éstas, se produce su repatriación o su reasentamiento.

*c) El derecho de asilo a nivel internacional:*

El primer intento<sup>107</sup> por asignar obligaciones sobre este problema al derecho internacional se llevó a cabo en 1947 mediante la creación de la Organización Internacional para los Refugiados, en la cual se manifiestan tres novedades muy esperanzadoras para la conversión de estas recomendaciones en normas con carácter obligatorio. Estas novedades son:

- La primera es que la repatriación de esta población se convierte en su reasentamiento en los países, abandonándose con ello la idea de transitoriedad que se planteaba al principio y con el que se intenta dar respuesta buscando países de asentamiento estable donde albergar a estos ciudadanos y estas ciudadanas.
- La segunda novedad es individualizar y concretar los casos, estudiar caso a caso, evitando la persecución generalizada y especificándola sólo en la persona que solicita el asilo.

---

<sup>107</sup> “El derecho de asilo en la Constitución Española”. Pablo Santolaya Machetti. Colección de Derecho Público, nº13. Ed. Lex nova. Diciembre 2001.

- La tercera novedad supone el reconocimiento implícito de la sociedad internacional de tratar a las víctimas del conflicto para tener acceso a ese tipo de protección.

En segundo lugar, se creó en 1949 la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados<sup>108</sup> (en adelante ACNUR), cuya función consistía en proporcionar protección internacional a los refugiados y las refugiadas y buscar soluciones, a través de la colaboración con los gobiernos, mediante la repatriación voluntaria o su asimilación en comunidades nacionales.

La ACNUR estableció los dos materiales básicos de los que se sirve el derecho internacional para regular la situación de los refugiados. En primer lugar, se creó la Convención de Ginebra de 28 de julio de 1951, que hoy en día sigue constituyéndose como el texto básico en materia de derecho de asilo. Esta Convención surge durante la Guerra Fría y es utilizada como instrumento de ésta. En segundo lugar, se creó el Protocolo de Nueva York de 1967 para dar respuesta a las nuevas necesidades de los refugiados que habían surgido y para las cuáles la Convención no podía dar respuesta. A continuación las explicaré detenidamente:

i) Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (Convención de Ginebra de 28 de julio de 1951)<sup>109</sup>:

En primer lugar describiré los cuatro aspectos más importantes de esta Convención, ya que el término de refugiado lo expliqué al inicio de este apartado. Todos constituyen los requisitos básicos que todo ciudadano que solicite asilo debe conocer. Estos cuatro aspectos son: las condiciones que debe poseer la persona que solicita el asilo para obtenerlo, el contenido de la Convención en el que se regula la relación entre la persona solicitante del asilo y el país acogedor, las causas por las que puede cesar la aplicación de dicho derecho, y cuando no se podrá aplicar. Por ello, comienzo a describir cada uno de los puntos:

---

<sup>108</sup> Página principal de la Agencia de la ONU para los Refugiados. Se puede ver en: <http://www.acnur.org/t3/>

<sup>109</sup> “Convención sobre el Estatuto de los Refugiados”. Adoptada en Ginebra el 28 de julio de 1951 por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y Apátridas, convocada por la Asamblea General del 14 de diciembre de 1950. Se puede ver en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0005.pdf>

- 1) Condiciones para obtener el Estatuto<sup>110</sup>: El reconocimiento de la condición de refugiado o refugiada requiere el cumplimiento acumulativo de las siguientes condiciones:
  - a) Encontrarse fuera del país al que pertenece por razón de nacionalidad o al de residencia habitual si es apátrida. El requisito principal es haber logrado salir del país que lo persigue.
  - b) No poder o no querer acogerse a la protección del país que sea nacional.
  - c) Haber abandonado su país por el temor fundado a ser perseguido por razón de su raza, de su religión, de su nacionalidad, por pertenecer a un determinado grupo social, o por sus opiniones políticas.
  - d) No ser nacional de un país en el que no sufra persecución; tener otra protección internacional; o ser autor o autora de un delito grave de derecho común o de crímenes contra la paz, la humanidad, o crímenes de guerra; o llevar a cabo actos contrarios a los fines y principios de las Naciones Unidas. Todas estas actuaciones son constituidas como causas de exclusión según la Convención de Ginebra.
- 2) Contenido de la Convención<sup>111</sup>: Reconocer que una persona reúne las condiciones para que se le considere refugiado o refugiada, según lo expuesto en el párrafo anterior, supone para los países acogedores la asunción de una serie de compromisos, entre los que se destacan los siguientes:
  - a) Un status especial y privilegiado con relación a los extranjeros y las extranjeras en régimen ordinario que viene determinado por:
    - i) Constituir un tratamiento idéntico a las personas nacionales en la libertad de enseñanza, respecto a la propiedad intelectual, acceso a los tribunales, enseñanza primaria, a la asistencia pública, a la legislación de trabajo y por último, a la seguridad social y a la fiscalidad.

---

<sup>110</sup> Véase nota a pie de página anterior.

<sup>111</sup> Véase nota a pie de página número 109.

- ii) Necesitan que se les aplique el tratamiento más favorable de extranjería que exista en el país con relación al derecho de asociación y el ejercicio profesional por cuenta ajena.
  - iii) También tienen la necesidad de que en ningún caso se les aplique un tratamiento menos favorable en adquisición de la propiedad, profesiones no asalariadas, alojamiento, enseñanza no primaria y libertad de circulación.
- b) Se les exige la adopción de medidas positivas tendentes a facilitar su asimilación al país en el que se encuentren.
  - c) Se les exige la necesidad de dotarles de documentación de identidad y títulos de viaje.
  - d) Se deben comprometer a no sancionar su entrada ilegal en el territorio con intención de solicitar asilo.
- 3) Causas de cesación de la aplicación<sup>112</sup>:
- a) Si se ha acogido de nuevo a la protección del país de su nacionalidad.
  - b) Si, habiendo perdido su nacionalidad, la ha recobrado voluntariamente.
  - c) Si se ha adquirido una nueva nacionalidad y disfruta de la protección del país de su nueva nacionalidad.
  - d) Si voluntariamente se ha establecido de nuevo en el país que había abandonado o fuera del cuál había permanecido por temor a la persecución.
  - e) Cuando hubieran desaparecido las circunstancias por las que se le reconoció la situación de refugiada o refugiado. En este caso no puede seguir negándose a acogerse a la protección del país de su nacionalidad.
  - f) Si se trata de una persona que no tiene nacionalidad, y habiéndose extinguido las circunstancias por las que se le reconoció la circunstancia de refugiada o refugiado, está plenamente capacitado o capacitada para regresar a su país donde antes tenía su residencia.
- 4) Circunstancias por las que no se puede aplicar el derecho de asilo<sup>113</sup>:

---

<sup>112</sup> Véase nota a pie de página número 109.

- a) Cuando las personas que lo solicitan reciban en ese mismo momento protección o asistencia de un órgano u organismo de las Naciones Unidas diferente del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
  - b) No se aplicará a las personas, a las que las autoridades competentes del país donde hayan fijado su residencia, reconozcan los derechos y obligaciones inherentes a la posesión de la nacionalidad de tal país.
  - c) Cuando existan alguno de los siguientes motivos fundados para considerar que:
    - i) Esa persona ha cometido un delito contra la paz, un delito de guerra o contra la humanidad, o aquellos que están definidos en los instrumentos internacionales elaborados para adoptar disposiciones respecto de los delitos mencionados anteriormente.
    - ii) Cuando esa persona haya cometido un delito grave común, fuera del país de refugio, antes de ser admitida en él como refugiada.
    - iii) Cuando es culpable de actos contrarios a las finalidades y a los principios de las Naciones Unidas.
- ii) Protocolo de Nueva York de 4 de octubre de 1967<sup>114</sup>:

Este Protocolo sólo se aplica a aquellos refugiados o refugiadas que han pasado a tener tal condición como resultado de acontecimientos ocurridos antes del 1 de enero de 1951. Se lleva a cabo al observar que a partir de la entrada en vigor de la Convención, se han creado nuevas situaciones de refugiados y por ello se crea este protocolo, para que ningún refugiado quede excluido en el ámbito de aplicación del Convenio. Por ello, la definición que daba el Convenio de Ginebra sobre el término de refugiado se modifica para omitir los períodos de tiempo entre los que se comprende la información sobre aquellos refugiados y aquellas refugiadas que deseen solicitar asilo. Es la única novedad que incluye este protocolo.

---

<sup>113</sup> Véase nota a pie de página número 109.

<sup>114</sup> *Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados*. Firmado en Nueva York el 31 de enero de 1967 y entrada en vigor el 4 de octubre de 1967. Se puede ver a través de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/2205.pdf>

### **3. Regulación en África. La Convención de la Organización de la Unidad Africana (OUA) en la que se regulan los aspectos específicos de problemas de los refugiados en África<sup>115</sup>.**

Esta Convención se llevó a cabo mediante la Asamblea de Jefes de Estado y de Gobierno en Addis Abeba, el 10 de septiembre de 1969, aunque no entró en vigor hasta el 20 de junio de 1974.

Esta Convención trata de frenar el aumento del número de refugiados de África así como también se encarga de mejorar la situación de miseria y sufrimiento en la que están viviendo de forma humanitaria los africanos y las africanas para encontrar una solución. Para ello, hacen una distinción entre el refugiado o refugiada que trata de lograr una vida normal y que decide huir de su país con el fin de fomentar la subversión desde el extranjero.

Al respecto hacen hincapié en el fundamento de la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la que uno de sus principios expone que los seres humanos deben gozar, sin sufrir discriminación, las libertades y derechos fundamentales; así como también debe resolverse dicho problema de acuerdo a lo establecido en la Carta de la Organización de la Unidad Africana. Por ello, es necesario para la resolución del problema de los refugiados africanos, colaborar en estrecha relación entre la Organización de la Unidad Africana y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. De forma resumida, comentaré los aspectos más significativos de dicha Convención:

#### 1. Definición de refugiado<sup>116</sup>:

*“Se aplicará a toda persona que debido a temores fundados de ser perseguida por motivo de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y pueda o no quiera acogerse a la protección de tal país, o que careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual no pueda regresar a dicho país.*

---

<sup>115</sup> Convención de la OUA que regula los aspectos específicos de los refugiados en África. Entrada en vigor el 20 de junio de 1974. Se puede ver a través de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1270.pdf>

<sup>116</sup> Convención de la OUA que regula los aspectos específicos de los refugiados en África. Artículo 1.

*También se aplicará a toda persona, que a causa de una agresión exterior, una ocupación o una dominación extranjera, o de acontecimientos que perturben gravemente el orden público en una parte o en la totalidad de su país de origen o del país de su nacionalidad, está obligada a abandonar su residencia habitual para buscar refugio en otro lugar fuera de su país de origen o del de su nacionalidad”.*

En los casos de las condiciones, contenidos, causas de cesación de la aplicación y circunstancias en las que no se puede aplicar, la fundamentación es la misma que en la Convención de Ginebra de 1951.

En el artículo 2 expone todo lo referente al asilo:

- 1) Los Estados Miembros de la OUA se comprometen a hacer todo lo que esté a su alcance para acoger a los refugiados y para asegurar el establecimiento de aquellos, que por razones fundadas, no puedan o no desean regresar a su país de origen o al de su nacionalidad.*
- 2) La concesión del derecho de asilo constituye un acto pacífico y humanitario.*
- 3) Ninguna persona será sometida por un estado miembro a medidas tales como la negativa de admisión en la frontera, la devolución o la expulsión que la obligarían a regresar a un territorio donde su vida, su integridad corporal o su libertad están amenazadas.*
- 4) Cuando un Estado miembro tropiece con dificultades para seguir concediendo el derecho de asilo a los refugiados, dicho Estado podrá hacer un llamamiento a los demás Estados miembros con espíritu de solidaridad africana y de cooperación internacional para adoptar las medidas apropiadas para aliviar la carga de dicho Estado miembro concediendo ellos mismos el derecho de asilo.*
- 5) Todo refugiado que no haya recibido la autorización de residir en ningún país de asilo podrá ser admitido temporalmente en el primer país de asilo que solicitó a la espera de que se adopten las disposiciones para su reinstalación.*
- 6) Los Estados de asilo deberán instalar a los refugiados a una distancia razonable de la frontera de su país de origen.*

## 5. El derecho de asilo en la Unión Europea.

En este apartado nos centraremos en explicar qué normas jurídicas regulan la situación de asilo en Europa, como son el Convenio Europeo de Derechos humanos, el Tratado de Ámsterdam, el Convenio de Dublín y el Acuerdo de Schengen.

Por otro lado trataremos el papel del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y su función en materia del reconocimiento de la condición de refugiado o refugiada y en materia de asilo.

a) Comenzaremos nuestra explicación centrándonos en el Convenio Europeo de Derechos Humanos<sup>117</sup>. Aunque es el texto más importante en materia europea, mediante el que se regulan los derechos humanos, el concepto de asilo y de refugiado así como su regulación no aparecen en dicho texto, salvo en algunos artículo de los que se pueden sustraer en ambos conceptos; es decir, aunque explícitamente no aparecen en ninguno de los artículos del Convenio, sí se hace ilusión a consecuencias que pueden derivar a solicitar tanto el asilo como el estatuto de refugiado. Estos artículos son el artículo 3, el artículo 5 y el artículo 8.

b) En segundo lugar, el Convenio de Aplicación del Acuerdo de Schengen (Acuerdo de Schengen)<sup>118</sup> del 14 de junio de 1985. Se trata de un conjunto de países dispuestos a avanzar para eliminar de forma gradual los controles en las fronteras comunes.

Las características de este Convenio son:

- Constituye un avance en la creación de una homogeneización en el tratamiento del asilo en Europa.
- Es un texto destinado a determinar qué Estado es el encargado de analizar las solicitudes de asilo.

---

<sup>117</sup> Información obtenida del siguiente archivo web en pdf: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1249.pdf>

<sup>118</sup> Información obtenida del siguiente enlace web: [http://www.mir.es/DGRIS/Documentos/Documentos\\_ambito\\_europeo/SCHENGEN.pdf](http://www.mir.es/DGRIS/Documentos/Documentos_ambito_europeo/SCHENGEN.pdf)



- En relación al “status” este Convenio da respuesta al término denominado “refugiados en órbita”, definido como aquellas personas que permanecían meses sin que ningún país se responsabilizara de analizar su situación y teniendo que vivir en situaciones muy precarias.

c) En tercer lugar, el Convenio relativo a la determinación del Estado responsable del examen de las solicitudes de asilo presentadas por la Comunidad Europea (Convenio de Dublin)<sup>119</sup> aprobado el 15 de junio de 1990 y que entró en vigor el 1 de septiembre de 1997.

Un punto importante en este Convenio es que los Estados Firmantes se autodesignan como países seguros, admitiendo que sus instituciones reguladoras del asilo obtienen las garantías suficientes para evitar algún incumplimiento ilegítimo, tal como la extradición, la repatriación, etc.

Tiene un doble objetivo. Por un lado trata de determinar cuál es el Estado responsable de analizar las situaciones de asilo y por otro lado intenta garantizar la permanencia de los solicitantes en el país que se le asigna en la solicitud, eliminando así el término “refugiado en órbita”.

Por último las características de este Convenio son exactamente las mismas que he expuesto en el Acuerdo de Schengen.

d) El Tratado de Ámsterdam<sup>120</sup>, aprobado el 17 de junio de 1997 constituye un avance importantísimo en materia de asilo. En materia del reconocimiento de asilo, regulado en su artículo 73 K expone, a grandes rasgos, lo siguiente:

1. Los criterios y mecanismos para determinar el Estado miembro que asume la responsabilidad a la hora de examinar una solicitud de asilo.
2. Aprueba unas normas mínimas para la acogida de solicitantes de asilo en los Estados miembros, por ejemplo, las ayudas sociales, la atención sanitaria, que variaban mucho dependiendo del Estado en el que se dieran.

---

<sup>119</sup> Documentación obtenía a partir de la siguiente página web: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1798.pdf>

<sup>120</sup> Información obtenida del siguiente enlace web: <http://extranjeros.mtas.es/es/NormativaJurisprudencia/UnionEuropea/Tratados/documentos/Amsterdam.pdf>

3. Se crean unas normas mínimas para la concesión del estatuto de refugiado a personas nacionales en terceros países.
4. Se aprueban una serie de normas mínimas para los procedimientos que deben aplicar los Estados miembros en el momento de conceder o retirar el estatuto de refugiado.

En relación a los desplazados y refugiados, se crean una serie de normas mínimas para concederles una protección temporal a las personas desplazadas desde terceros países y que no pueden volver a ellos. También se intenta impulsar a los Estados para que hagan un esfuerzo equitativo en la acogida de refugiados y personas desplazadas.

e) Por último, hemos de señalar en materia europea, el programa de desarrollo normativo en materia de asilo, firmado el 3 de marzo de 1999 por la Comisión de las Comunidades Europeas, las cuales presentan un documento en el que establecen normas comunes sobre los procedimientos de asilo y sobre los instrumentos jurídicos que hay que desarrollar a partir del Tratado de Ámsterdam en los procesos de asilo.

## PARTE II.

### LA SITUACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA.

#### V. EL ACTUAL INTERÉS ESPAÑOL POR LA LUCHA CONTRA LA MGF.

##### 1. Introducción:

Los flujos migratorios<sup>121</sup> a nivel mundial comenzaron a tener su auge durante e s. XX. En nuestro país se produjo una época en la que disminuyó notablemente esta inclusión de personas procedentes de otras nacionalidades, debido a la Guerra Civil que sufrió nuestro país entre 1936 y 1939. Pero sin lugar a dudas, la etapa en la que más crecimiento se ha registrado ha sido a partir de 2000 hasta la actualidad, en la que se contabilizan casi un millón de personas más de origen africano empadronadas en nuestro país. La población de origen africano empadronada en las diferentes CC.AA de nuestro país, ocupan el tercer lugar en las estadísticas de población inmigrante en España.

Actualmente, se encuentran en España un total de 178.862 personas en cuyos países de origen se practica la MGF, constituyendo un 3,5% de la población extranjera total residente en nuestro país.

En la relación de habitantes por países, Senegal es el país que más residentes tienen en nuestro país, con un total de 46.620 residentes, seguido de Nigeria, que desde 2002 ha aumentado el número de su población notablemente, con un total de 37.475. Y por último, en tercer lugar, se sitúa Gambia, con 19.350 habitantes. Pero esta relación de países y habitantes cambia al referirnos a la población femenina procedente de países africanos donde se practica la MGF, por la que el país que más mujeres tiene residiendo

---

<sup>121</sup> Toda la información, incluyendo los datos estadísticos, los he obtenido del siguiente documento: *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009*. Kaplan Marcusán, A; López Gay, A.

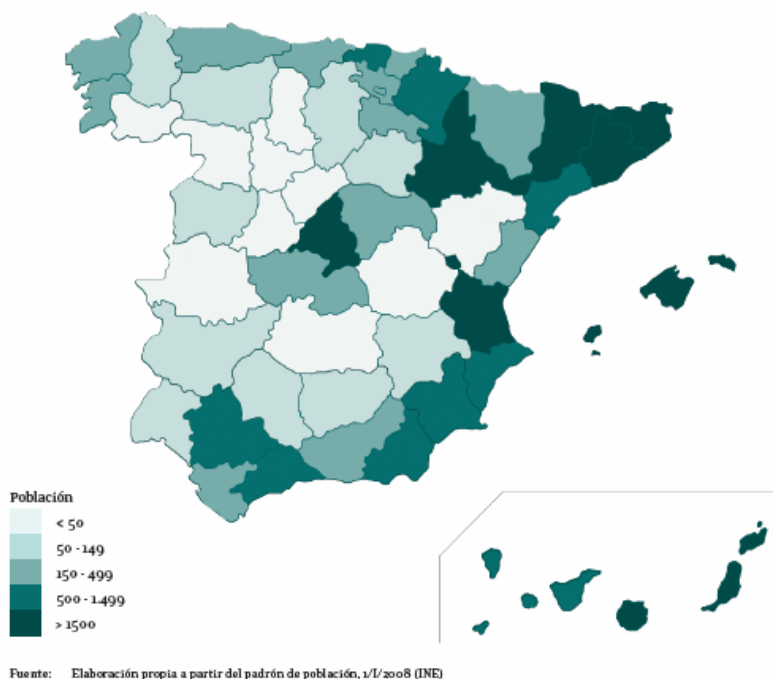
en España es Nigeria, con un total de 14.273, seguido de Senegal con un número total de mujeres de 7.490. En tercer lugar Gambia con 4.678.

Los dos factores más importantes que intervienen en el proceso de personas con nacionalidades donde países donde se practica la MGF son:

- Según las estadísticas, en todas las poblaciones inmigrantes en nuestro país procedentes de países africanos donde se practica la MGF, salvo en Kenia, residen más hombres que mujeres. Mali, es el país que tiene una tasa de masculinización más alta. En todo el territorio español viven 13 hombres malienses por cada mujer maliense.
- El otro factor fundamental es la franja de edad de mujeres jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y los 30 años. Es significativo porque constituyen el 70% de la población femenina con nacionalidad de alguno de los países donde se realizan MGF.

En la siguiente ilustración se puede observar cuáles son las CC.AA que más población en riesgo de sufrir estas prácticas se encuentran en nuestro país. Esta estadística sirve para comprobar en el siguiente punto de esta pregunta cuáles son las CC.AA que más población procedente de estos países tienen y cómo se encuentran las tasas de población general, de población femenina y de población infantil femenina.

Ilustración 2.7. Distribución territorial de la población femenina de las nacionalidades en las que se practica la MGF



A continuación nos adentraremos en el análisis de la situación actual en cada una de las CC.AA <sup>122</sup>:

a) *Andalucía* <sup>123</sup>:

Según datos del 2008, en Andalucía vivían un total de 625.000 personas de otras nacionalidades, de las cuáles un 3,5% de esa cifra son habitantes provenientes de países donde se practica la MGF, y ocupa el tercer lugar de España que más habitantes de estas nacionalidades tiene entre su población.

Andalucía cuenta con un total de 4.000 mujeres de esta procedencia, de las cuáles 1564 mujeres pertenecen al grupo de edad comprendido entre los 25 y 34 años.

<sup>122</sup> Datos extraídos del informe “*Mapa de la mutilación genital femenina en España, 2009*”. Adriana Kaplan Marcusán y Antonio López Gay. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Universidad autónoma de Barcelona.

<sup>123</sup> Vid nota anterior.

Otro dato a destacar es que las dos provincias que más habitantes femeninas tienen son Almería, en primer lugar, y Málaga en segundo lugar. Entre las dos provincias suman un total de 2.608 mujeres que residen en Andalucía, del total de 4.000 mujeres que emigran de países donde se practica la MGF. En Málaga residen en su mayoría mujeres de origen nigeriano, mientras que en Almería habitan mujeres senegalesas o provenientes de Guinea-Bissau.

Por último, como dato significativo de la población femenina infantil que habita en Andalucía suma un total de 889 niñas, lo que supone un 22% de la población femenina total de países que provienen de MGF.

*b) Extremadura<sup>124</sup>:*

Es la Comunidad Autónoma que tiene el porcentaje más bajo en relación con la población de países donde se practica la MGF, tan sólo se han contabilizado un total de 392 personas, de las cuales 108 son mujeres.

Los países cuya tasa de habitantes femeninas es mayor son Kenia y Nigeria, con un total de 26 mujeres cada uno. A su vez, Nigeria también es el país del que provienen la mayoría de niñas con un total de 18 niñas. Mientras que en Kenia, las mujeres que residen en Extremadura procedentes de allí no tienen ningún hijo ni hija.

*c) Castilla La-Mancha<sup>125</sup>:*

Al igual que Extremadura, posee una tasa muy baja de población procedente de países de la MGF, con tan solo 3.530 personas. De esas 3.530 personas, Mali es el país que mayor representación tiene con un total de 1.100 personas, al que siguen Nigeria y Senegal con 700 individuos.

Entre la población femenina, destaca el aumento de la población nigeriana, situándose alrededor de 300 personas, al que siguen de cerca Mali y Senegal sobrepasando las 100 personas.

Por último, al hilo de lo descrito anteriormente, en relación a la tasas de población femenina infantil, en la que se refleja un total de 52 niñas de origen nigeriano y un total

---

<sup>124</sup> Datos extraídos del informe “*Mapa de la mutilación genital femenina en España, 2009*”. Adriana Kaplan Marcusán y Antonio López Gay. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Universitat autònoma de Barcelona.

<sup>125</sup> Vid nota anterior.

de 32 niñas de origen maliense. Ambos son los países con mayor tasa de población tanto en población infantil femenina, como en población femenina adulta.

*d) Región de Murcia<sup>126</sup>:*

En esta CC.AA tiene un total de residentes de países donde se practica la MGF de 6.867 personas, de la cuál destaca Nigeria, que posee un total de 2.000 habitantes procedentes de países donde se realiza esta práctica, seguida de Senegal y Mali.

En Murcia residen un total de 1.002 mujeres pertenecientes a países donde se realizan mutilaciones genitales, de las cuales 151 son de origen. El grupo mayoritario de edad que comprende estas 1.002 mujeres está encuadrada entre los 25 y los 34 años.

En relación a la población infantil femenina, se establecen un total de 192 niñas que corren el riesgo de que se les practique la mutilación genital, y de las cuales 111 son de origen nigeriano. El grupo de edad en el que se encuentran la mayoría de las niñas está situado entre los 0 y los 4 años.

*e) Comunidad Valenciana<sup>127</sup>:*

Esta Comunidad es una de las que mayor tasa de población tiene, concretamente tiene 17.751 personas procedente de algún país africano donde se practica la MGF. De esas 17.751 un total de 4.187 son mujeres. De esa cifra de mujeres, hay que destacar que la mayoría se encuentra en la franja de edad entre 25 y 34 años. La mayoría de las personas de nacionalidad africana que residen en la Comunidad Valenciana proceden mayoritariamente de Nigeria y Senegal.

En cuanto a población infantil femenina hay 850 niñas situado en el grupo de edad entre 0 y 4 años. Se ha producido un incremento notable de 400 niñas en los últimos años.

*f) Comunidad de Madrid<sup>128</sup>:*

En Madrid, la tasa de extranjeros procedentes de países donde se practica la MGF es un total de 25.781 personas y sólo se corresponde con el 2,5% del total de extranjeros que habitan en la Comunidad Madrileña. Madrid es la segunda Comunidad Autónoma con

---

<sup>126</sup> Vid nota a pie de página 124.

<sup>127</sup> Vid nota a pie de página 124.

<sup>128</sup> Vid nota a pie de página 124.

mayor tasa de población procedente de países africanos donde se practica la MGF, sólo la supera Cataluña.

Nigeria es el país que más habitantes registra en la Comunidad, con un total del 40% de los 25.781 personas de nacionalidad africana que habitan en Madrid. A Nigeria la siguen Senegal, Guinea, Mali, Guinea Bissau y Camerún, con un total de población que oscila entre los 1000 y los 3000 por país.

Concretamente, la población femenina africana consta de un total de 7.000 mujeres, de las cuales 3.800 son mujeres procedentes de Nigeria.

Otro dato significativo es que de esas 7.000 mujeres, en torno a unas 4.000 tienen una edad comprendida entre los 20 y los 34 años. Por otro lado, la población infantil femenina oscila en torno a un 19%, un total de 1.300 niñas, de las cuáles dos tercios tienen una edad entre 0 y 4 años.

*g) Castilla y León<sup>129</sup>:*

Su tasa de población extranjera procedente de estos país es de 2.000 personas, sólo un 1,3% de la población extranjera total en toda la CC.AA. La mayoría de la población tiene su localidad de origen, ordenado de mayor a menor, en Senegal, Nigeria, Mali y Mauritania.

La población femenina sólo ocupa un cuarto de la población total, concretamente 505 mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años, y la mayoría proviene de Senegal.

En cuanto a la población infantil femenina, se han contabilizado un centenar de niñas de padres y madres de origen africano en toda la CC.AA. Las niñas cuya nacionalidad tiene porcentajes mayores son senegalesas y nigerianas.

*h) Cataluña<sup>130</sup>:*

Es la Comunidad Autónoma que mayor tasa de población extranjera procedente de países donde se realiza la MGF tiene. Concretamente, según datos de 2008, vivían en la CC.AA un total de 58.117 personas. Los países cuya tasa de habitantes es mayor en esta

---

<sup>129</sup> Vid nota a pie de página 124.

<sup>130</sup> Vid nota a pie de página 124.



relación, son Senegal y Gambia, que cuentan cada uno con más de 15.000 residiendo en Cataluña. A estos dos países lo siguen, con cerca de 4000 habitantes cada uno, Mali, Nigeria, Guinea y Ghana, y por último, con 1000 habitantes cada uno cierran este grupo Mauritania y Camerún.

En este caso, el país del que más mujeres están residiendo en Cataluña es Gambia con casi 4.000 mujeres, al que le siguen Senegal con 2.863, Nigeria con 2.352, Guinea en cuarto lugar con 1.132, y por último Ghana con 632 habitantes.

Cataluña posee una tasa de población infantil muy grande, concretamente la mitad de la población infantil empadronada en España vive en Cataluña. La mayoría de esta población infantil es de origen gambiano, concretamente se establece en el 43% unas 1900 personas, porcentaje que se ha estabilizado en estos últimos años, al que le sigue muy de cerca la población senegalesa que casi alcanza los 1000 habitantes, seguido de Nigeria, Guinea, Mali y Ghana., en estos países la tasa de empadronamiento de niñas ha ido aumentando en los últimos tres años.

*i) Aragón<sup>131</sup>:*

Es una de las CC.AA que tiene una tasa menor de población extranjera que provienen de alguno de los países africanos donde se realizan mutilaciones genitales femeninas. En concreto residen un total de 10.400 habitantes de los cuales 2.500 son mujeres.

Los países cuya población tiene una tasa más alta, ordenados del que tiene la tasa más alta al que la tiene más baja son: Senegal, Gambia, Ghana y Mali. Por ello, la nacionalidad más representada por las mujeres que habitan en Aragón son las gambianas, con más de 500 mujeres, seguidas a una distancia muy lejana, Guinea, Senegal, Nigeria y Ghana, con una tasa que oscila entre las 250 y las 350.

Un tercio de la población femenina son niñas, más de 800, y en su mayoría son de origen gambiano, como ocurre con la tasa de mujeres.

*j) La Rioja<sup>132</sup>:*

Posee una tasa de población extranjera que emigran desde países donde se practica la MGF ligeramente superior que la que se encuadra en el resto de España, concretamente

---

<sup>131</sup> Vid nota a pie de página 124.

<sup>132</sup> Vid nota a pie de página 124.

esos datos corresponden con casi un 3% de la tasa total de población extranjera, y en su mayoría son personas de origen ghanés.

La población femenina, con un total de 322 mujeres, se encuentran situadas, en su mayoría, en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 34 años. En la mayoría de los casos son mujeres de origen Nigeriano, concretamente son 72 mujeres nigerianas. El resto se divide entre las restantes nacionalidades que conviven en La Rioja.

En cuanto a la población infantil femenina, esta CC.AA cuenta con un total de 96 niñas, de las cuales un tercio de ellas son de origen ghanés.

*k) Comunidad Foral de Navarra<sup>133</sup>:*

Tiene una tasa de representación del 4,2%, superando las 2.700 personas, en su mayoría población senegalesa y nigeriana, ya que entre las dos suman un total de 1.500 personas.

En cuanto a la población femenina, hay que destacar que se encuentran en esta CC.AA un total de 758 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 34 años, al igual que en la mayoría del resto de CC.AA.

Gracias a la población infantil, que cuenta con un total de 173 niñas, se ha incrementado la tasa de población femenina de esta CC.AA, en un total de 200 mujeres.

*l) País Vasco<sup>134</sup>:*

La población extranjera que proviene de países donde se practica la MGF corresponde un 4,7% del total, superando las 5.500 personas, de las cuales un tercio es población de origen senegalés, seguido de la población nigeriana, y distanciados de ambos se encuentran las procedentes de Mauritania, Ghana y Mali.

Concretamente, dentro de la población femenina, Nigeria es la que mayor tasa tiene situándose con un total de 1300 mujeres. Por último, la población infantil femenina se concreta en 274 niñas.

*m) Cantabria<sup>135</sup>:*

---

<sup>133</sup> Vid nota a pie de página 124.

<sup>134</sup> Vid nota a pie de página 124.

Tan sólo habitan en esta CC.AA un total de 876, un 2,63% de la población total extranjera que vive en la misma, y de los cuáles la mayoría es población senegalesa y nigeriana.

En cuanto a la representación femenina, nos encontramos que hay poco más de 200 mujeres empadronadas, de las cuales la mayoría se encuentran dentro del grupo de edad entre 25 y 34 años. La población infantil femenina se sitúa en torno a las 30 niñas.

*n) Principado de Asturias<sup>136</sup>:*

Posee un total de 1428 personas de nacionalidad donde se practica la MGF, de las cuáles el 971 son de origen senegalés. Nigeria le sigue con un total de 209, y por último cierra el círculo Mauritania con 72.

Respecto a la población femenina, Asturias cuenta con 200 mujeres, que en su mayoría tienen edades comprendidas entre los 20 y los 39 años. Respecto a las tasas de población infantil hay que destacar que de las 18 jóvenes 2 son menores de quince años y las otras dieciséis son mayores de dicha edad.

*ñ) Galicia<sup>137</sup>:*

Tiene un total de 2.752 personas en cuyos países de origen se practica la MGF. Los países más representativos son Senegal, Ghana y Nigeria. Desde el 2005 la población ha aumentando en mil personas, debido, principalmente, al aumento de población procedente de Senegal.

En el caso de la población femenina, sólo se encuentran en esta CC.AA 500 mujeres, de las cuales casi la mitad son nigerianas. En cuanto a la población infantil femenina suma un total de 86

*o) Islas Canarias<sup>138</sup>:*

La tasa total de personas procedentes de países donde se practica la MGF está en torno a los 10.000, y ello debido a la proximidad de algunos países africanos y la facilidad de llegar a nuestro país dependiendo del medio utilizado.

---

<sup>135</sup> Vid nota a pie de página 124.

<sup>136</sup> Vid nota a pie de página 124.

<sup>137</sup> Vid nota a pie de página 124.

<sup>138</sup> Vid nota a pie de página 124.

Mauritania constituye el primer país con un total de 3.400 habitantes. A este le sigue Senegal con poco más de 2.600 habitantes y Nigeria con cerca de 1.000.

En relación a la población femenina, residen alrededor de 3000 mujeres, de las cuáles Senegal y Mauritania representan 1000 mujeres cada uno. Nigeria suma algo más de 600 y le siguen Guinea Bissau, Ghana y Guinea.

En relación a la población infantil femenina, cuenta con un total de 500 niñas de entre 0 y 14 años, de las cuales casi el 50% son de Mauritania. En la franja de edad infantil el número de niñas llega a 100, debido a que en tan sólo tres años se ha logrado aumentar esta cifra.

*p) Islas Baleares<sup>139</sup>:*

En este caso, esta población representa un total de 7.874 personas, y el 70% de las mismas provienen de Nigeria y Senegal.

La población femenina empadronada en esta CC.AA, es un total de 1946 mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años.

En cuanto a población infantil femenina, cuenta con un alto número de niñas, que oscila entre las 450 y las 460 con edades entre los 0 y los 14 años. Este aumento tan elevado en los últimos años se ha debido al aumento de la natalidad entre mujeres nigerianas.

## **VI: HERRAMIENTAS LEGISLATIVAS ESPAÑOLAS QUE COMBATEN LA MGF.**

### **1. Introducción.**

El ordenamiento jurídico incluye artículos en diversas leyes que bien directamente o bien indirectamente, hace referencia a la práctica de estas tradiciones perjudiciales para la salud. Pero, concretamente, el Código Penal, a partir de ahora CP, es el encargado principal de castigar este tipo de prácticas como a continuación detallaremos. También se ha modificado la Ley Orgánica del Poder Judicial, en adelante LOPJ, para perseguir fuera de nuestras fronteras estas tradiciones, o la Ley de Protección Jurídica del Menor para proteger a las menores de edad.

---

<sup>139</sup> Vid nota a pie de página 124.

## **2. Herramientas penales contra la MGF. La reforma del artículo 149.2 del CP.**

El CP tipificó específicamente el delito de mutilación genital o ablación en la modificación que se realizó a través de la Ley 11/2003 de 29 de septiembre, *de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social*. Se realiza esta incorporación al CP para aclarar todas las dudas que surgieran a los tribunales sobre si abarcar o no la mutilación genital femenina como un delito de lesiones de un miembro principal. Una vez que entró en vigor sirvió para despejar todas las dudas.

En concreto, se modifica el artículo 149, que incluye en su punto número dos el delito contra la mutilación genital o ablación, y pasa a quedar redactado el artículo 149 de la siguiente manera:

1. *El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órganos o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.*
2. *El que causara a otro la mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.*

*Si la víctima fuera menor de edad o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.*

a) *Fundamentación de la reforma<sup>140</sup>:*

Esta reforma se produjo ante los problemas que han surgido a raíz de las migraciones de países africanos en los que se practica la mutilación genital femenina a países desarrollados, como España, Constituyendo una violación clara de los derechos de la mujer y una práctica muy peligrosa que puede ocasionar multitud de problemas sanitarios, y en los casos más graves, incluso la muerte. Con estas migraciones, centrándonos en España, se ha conseguido que las madres decidan mutilar a sus hijas en nuestro país, haciendo caso omiso a nuestra jurisprudencia y a la legislación. Por ello, se

---

<sup>140</sup> Información obtenida de la exposición de motivos de la ley 11/2003 de 29 de septiembre, *de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social*

decide castigar a quién lo practica y, en los casos en los que la mujer fuese menor de edad, se castiga a los padres inhabilitándolos para el ejercicio de la patria potestad, ya que se entiende que están poniendo en peligro la salud de su hija por llevar a cabo una tradición cultural de su comunidad, sabiendo incluso las consecuencias tan perjudiciales que conlleva la realización de esta operación tanto a corto, como medio y largo plazo.

A la hora de castigar esta acción, conocemos que se trata de un delito porque estamos ante un comportamiento humano, que se puede evitar y que se manifiesta de forma externa, a través de acciones. Además, para profundizar, debemos concretar que nos encontramos ante un delito de lesiones. Es tipificado así porque la mutilación genital femenina constituye una lesión a la salud que requiere para su curación de unos cuidados especiales para que su situación no empeore. En el caso de tratamiento quirúrgico, se da en los casos de mujeres y niñas que han sido sometidas a la infibulación. En algunos casos, a la niña o a la mujer se la tiene que desinfibular ya que los dolores que sufre son muy fuertes y muy constantes y necesita someterse a otra operación, que conllevará la sucesiva recuperación y la imposibilidad de realizar su trabajo o sus actividades diarias, y deberá estar en reposo hasta que el diagnóstico del médico considere que la mujer o la niña está fuera de peligro y por tanto, su situación ha mejorado. Pero esto sólo ocurre cuando, la mujer o la niña, emigra a otro país en el que las costumbres no sean similares a las que muestra su comunidad.

*b) Aspectos jurídicos y médicos del concepto “órgano principal”<sup>141</sup>:*

En el caso de la MGF, este artículo lo concibe como lograr la inutilidad de un órgano principal. Para lograr una definición más exhaustiva de la MGF debemos analizarla tanto desde un punto de vista médico como desde un punto de vista jurídico. Pues bien, la perspectiva médica analiza qué entiende por órgano principal. Así bien, la definición que ofrece es que se trata de un conjunto de tejido, que funciona simultáneamente o de forma sucesiva, ejerciendo una función biológica que no puede ser reemplazada ni parcial ni totalmente, por el resto del organismo.

---

<sup>141</sup> *Delito de lesiones. Tipos agravados y cualificados.* García- García-Cervigón, J.

Desde el punto de vista jurídico, la jurisprudencia analiza los términos de pérdida o inutilidad. En el caso de la MGF nos referiremos siempre al término inutilidad, que supone la disfunción o reducción notable de la actividad realizada por un órgano principal. Por ello, en el caso de la mutilación genital, integrada en el artículo 149.2, debemos hablar de una mutilación física y no funcional, ya que esta tipología física se entiende como la amputación intencionada de uno de los órganos de una persona con el fin de que ésta sea más sumisa y pierda así su capacidad de defenderse<sup>142</sup>. Esta definición cuadra muy bien con uno de los fundamentos machistas de la mutilación, en la que se cree que mutilando a la mujer, ésta se convierte en una persona más sumisa y obediente a las órdenes de su marido.

*c) Elemento del tipo objetivo (bien jurídico, objeto material, sujeto pasivo, sujeto activo y conducta delictiva):*

Una vez descrito el tipo de delito en el que nos encontramos y analizados los conceptos esenciales para conocer qué es lo que está castigando nuestro Código Penal, tanto desde el punto de vista médico como jurídico pasaremos a describir los elementos del tipo objetivo y del tipo subjetivo ya que para que una conducta pueda ser tipificada como delito se tienen que dar todos los elementos de ambos tipos.

a) En primer lugar debemos analizar el tipo objetivo del delito de lesiones<sup>143</sup>:

- o En primer lugar, los bienes jurídicos son los bienes que le son reconocidos a todas las personas y que el derecho trata de proteger para que nadie pueda atentar contra los bienes de otra persona y quedar impune. En este caso, el bien jurídico que intentan proteger es evitar la amputación de los genitales femeninos. Otros bienes jurídicos que se protegen de forma secundaria al evitar que se dañen sus órganos son los siguientes: El bien jurídico primordial es proteger la vida de la menor o de la mujer, ya que en casos muy graves, la MGF puede provocar la muerte. También se intenta proteger su salud, evitando que se dañe, tanto su integridad física, a través de la protección de sus órganos genitales femeninos; su integridad psicológica, evitando traumas posteriores y daños psicológicos producto del shock que les produce el dolor

---

<sup>142</sup> Véase nota a pie de página anterior.

<sup>143</sup> Información obtenida de las lecciones de la Prof. Dña Nieves Sanz Mulas, impartidas en la asignatura "mujer y derecho penal" en el Máster en Estudios Interdisciplinares de género.

ocasionado y la abundante sangre que derraman instantes después del corte; así como su libertad sexual, ya que debido a la amputación del clítoris eliminan el placer sexual de las mismas. Además del resto de derechos humanos otorgados que le son vulnerados contra su voluntad o mediante un consentimiento viciado.

- El objeto material es la persona o cosa sobre la que recae el acto delictivo. En este caso el objeto material es la niña o la mujer víctima de la mutilación genital femenina. En este caso también se correspondería con el sujeto pasivo, ya que además es la titular el derecho que se está lesionando.
- El sujeto activo en este caso, respecto a lo establecido en nuestro Código Penal, es la persona encargada de realizar esta práctica. Suele viajar hasta nuestro país únicamente para realizarlas, y por ello, es casi imposible castigarla debido a que lo realiza en un período muy breve de tiempo en el momento en el que se inicia el protocolo, ella habrá vuelto ya a su país de origen. Los padres pueden ser castigados por un delito de comisión por omisión, es decir, se castiga al padre y a la madre, porque teniendo la obligación de intervenir para evitar la amputación de un miembro principal de la menor, no lo hacen. En el caso en el que la víctima sea mayor de edad, se supone que puede haber consentido la realización de esta práctica, o bien puede habérselo realizado en un centro médico, por el cual el médico sería, el responsable.
- La conducta delictiva, descrita en este tipo penal consiste en la extirpación de los órganos genitales femeninos, dependiendo del tipo de mutilación genital que se le practique. Todos constituyen por igual este delito de lesiones agravado por tratarse de un órgano principal, tipificado en el artículo 149.

#### *d) Penalidad<sup>144</sup>:*

El tema de las penas, un tema cuanto menos controvertido porque quizás debería emplearse más esfuerzos en informar a la población que practica estas acciones sobre los efectos nocivos que tiene y plantearles otra serie de ritos de iniciación en los cuáles

---

<sup>144</sup> *Delito de lesiones. Tipos agravados y cualificados.* García García-Cervigón, J.



no se incluya la violencia, y permitir así que ellos mismos vayan recapacitando acerca de que lo que están haciendo con sus hijas no es tan bueno como cree su comunidad, en vez de castigarlos por estas prácticas sin saber bien porqué los condenan cuando ellos creen que lo que están haciendo está bien y no entienden del todo porqué se les castiga de esa forma. No queremos decir con esto que no se deban aplicar, pero debería haber una conexión entre ambas para no tener que utilizar tanto la justicia para atacar estos temas.

Explicaremos cuál es la penalidad impuesta para las lesiones dolosas expuestas en el artículo del 149 del CP.

La pena de este delito consiste en una condena a prisión de entre seis a doce años, dependiendo de la gravedad de las lesiones ocasionadas a la víctima. Partiendo de la base de que todas las lesiones que se incluyen en este artículo son lesiones muy graves, se deberá atender a la especial gravedad de las mismas en cuanto se valore el nivel de lesión contra la integridad física, menoscabos a la salud o secuelas, haya supuesto para la víctima.

*e) Inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad como pena impuesta a los progenitores de las menores<sup>145</sup>:*

La inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad constituye una medida penalista incluida en el Código Penal con la que se pretende castigar a los padres y madres que consienten que sus hijas sean mutiladas, entendiéndose como una forma de menoscabar la integridad física y moral de la menor, así como permitiendo que se lleven a cabo este tipo de prácticas, sabiendo que sus consecuencias son muy perjudiciales para la niña a corto, medio y largo plazo, y que en los casos más graves puede suponer incluso la muerte. Por ello, el Código Penal establece en su artículo 149, en su último apartado lo siguiente:

*“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 cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.”*

---

<sup>145</sup> La privación de la patria potestad. Ruisánchez Capelastegui, C.

Se parte de la base de que el ejercicio de la patria potestad<sup>146</sup> es un derecho reconocido a los padres y las madres para que puedan ejercerlo libremente, siempre y cuando, prevalezca el interés de la menor. Por ello, cuando se atenta contra el interés de la menor tiene que intervenir el Estado, para solventar ese problema y para proteger y velar porque se garanticen todos los derechos de la misma.

Se debe realizar una diferenciación entre los dos tipos de patria potestad que contempla nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 170 del CC, que contempla la patria potestad parcial y la patria potestad total. Atendiendo a la gravedad de los actos que se realicen se puede dar una y otra. Estos dos tipos se diferencian por<sup>147</sup>:

- En el tipo total los progenitores pierden todos los derechos de los que se goza por ostentar esta titularidad, es decir, pierde la capacidad de educarlos, de fomentar su promoción, tenerlos en la unidad familiar y representarlos y administrar sus bienes, entre otros.
- En cambio, en la tipología parcial, se pierden sólo algunos derechos de los progenitores.

En la práctica, sin embargo, se ha comprobado que los jueces no hacen distinciones en ningún caso. Cuando tienen que inhabilitar al padre y a la madre de las menores siempre se les impone la tipología total.

Una vez diferenciados ambos tipos de privación, pasaremos a describir cuáles son los efectos, aplicados por el CP, ante la inhabilitación de la patria potestad. Según el artículo 46 del CP, se expone que los efectos de la inhabilitación son los mismos que estipula el artículo 170 del CC en materia de la pérdida de la patria potestad, es decir, los progenitores pierden el derecho sobre su hija, pero no priva de los deberes que tienen respecto a ella. Por ello debe entenderse que la inhabilitación del ejercicio de la patria<sup>148</sup> potestad no supone la pérdida de los derechos reconocidos, sino que supone una restricción temporal de los mismos. Los derechos que se restringen son el derecho a tenerla con ellos, el derecho de administrar sus bienes, de representarlas, así como el

---

<sup>146</sup> *La patria potestad y la libertad de conciencia del menor. El interés del menor a la libre formación de su conciencia.* Asensio Sánchez, M. A.

<sup>147</sup> *La privación de la patria potestad.* Covadonga Ruisánchez Capelastegui.

<sup>148</sup> Véase nota a pie de página anterior.

derecho a educarlos. Pero aunque se prohíba hacer estas acciones al padre y a la madre, aún conservan el deber de alimentos y de mantenimiento la misma.

Tal y como estipula el artículo 46 del CP, se traslada la responsabilidad de establecer una duración mínima y máxima a los jueces, quienes establecerán ese período atendiendo a las circunstancias que motivaron estas lesiones y siempre dentro del espacio temporal previsto en el artículo 149, es decir, de cuatro a diez años.

**3. Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que modifica la ley 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.**

Se añade al artículo 23.4 el apartado g en el que se expone que<sup>149</sup>:

4. *“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 penal española como alguno de los siguientes delitos:*

*g) Los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España”*

El objetivo<sup>150</sup> de esta modificación de la ley es perseguir fuera de España a quienes deciden realizar a sus hijas menores de edad la práctica de la MGF, ya que se comprobó que aunque el Código Penal tipificaba la MGF como un delito de lesiones, sólo enmarcaba los delitos que se produjesen dentro del territorio español, por ello, los actos que se llevaban a cabo en los países de origen quedaban impunes y de ello se aprovechaban las familias que decidían mutilar a sus hijas.

---

<sup>149</sup> Redacción del artículo extraída del B.O.E en la siguiente página web: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/07/09/pdfs/A24457-24457.pdf>

<sup>150</sup> Información extraída de la exposición de motivos de la ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que modifica la ley 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.

En el artículo 23.4 de la LOPJ se prevé en nuestro ordenamiento jurídico el principio de justicia universal. Este principio introduce la posibilidad de poder juzgar en nuestro país a todas aquellas personas extranjeras, que residen en España, y que cometen delitos tipificados en dicho artículo, y del cual destacamos el apartado g) dedicado a la MGF, pero que pueden ser juzgados siempre que residan en nuestro país. Así, se pretende evitar que los padres y las madres de las menores viajen junto a ellas a sus países de origen, aprovechando unas vacaciones de larga duración, como es el caso del período vacacional de verano, para practicarle la MGF y poder esperar a que cicatricen sus heridas. Una vez cicatrizado, volverían a España y, como pasaba anteriormente según el CP no se los podría juzgar porque no lo han realizado en nuestro país. Con esta modificación en nuestro ordenamiento jurídico, se les puede condenar e inhabilitar para el ejercicio de la patria potestad.

Por último, las medidas cautelares que pueden establecer los jueces cuando tengan conocimiento de que ambos progenitores, o bien por iniciativa de uno de los dos, tienen la intención de viajar con la menor para que se le practique la MGF. En este caso, las medidas a adoptar son las siguientes<sup>151</sup>:

- Facilitar información, así como una serie de medidas educativas, con base social y legal sobre la MGF.
- Prohibición para que los padres y las madres viajen con la menor fuera de España, o, requerirlos para que no trasladen a la menor fuera de nuestro país sin comunicárselo previamente al juzgado.
- Acodar en que período de tiempo, siempre de forma periódica, se presentará la menor en los juzgados, para verificar el cumplimiento de la prohibición de salida de la misma de nuestro país, así como la revisión periódica de un médico forense, su pediatra o su médico o médica de familia.
- En el caso en el que la iniciativa se produzca por parte de uno de los progenitores, sin el consentimiento, o ante la negación del otro, el juez otorgará el ejercicio de la potestad al progenitor que se niegue a que se le practique a su hija la MGF.

---

<sup>151</sup> Información extraída del Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona, que son las medidas que se establecen también en el resto del territorio español.

- El juez solicitará, bien un informe, o bien un seguimiento a los equipos de atención a la víctima, a los SS.SS, o al equipo de asesoramiento.

#### **4. Ley 1/1996 de protección jurídica del menor.**

En esta ley se puede atender a las situaciones de riesgo o desamparo, tipificadas en los artículos 17 y 18, así como el deber de los ciudadanos y de los y las profesionales de intervenir ante situaciones problemáticas, tipificado en el artículo 14. Por ello, los artículos que hace referencia, indirectamente, a la MGF son:

- En su artículo 14 expresa que será la obligación de todos los servicios públicos y autoridades públicas, de atender rápidamente a un o una menor que se encuentre en problemas, actuar según sus competencias o derivar a otro organismo competente, así como poner los hechos en los que se halle el menor bajo el conocimiento de los representantes legales la menor, así como cuando sea necesario, se deberá informar al Ministerio Fiscal.
- En artículo 17 distingue entre una situación de riesgo para el o la menor y una situación de desamparo en el que se pueda encontrar el mismo o la misma.

Define las situaciones de riesgo como cualquier situación que pueda perjudicar el desarrollo personal o social del o de la menor, cuando no requieran la intervención de la tutela por parte del Ministerio Fiscal. En este caso la actuación de estas autoridades públicas consiste en orientar a la familia para que aminore su situación de riesgo y proteger tanto al o a la menor como a su familia.

- En cambio, en su artículo 18 se refiere a las situaciones de desamparo a las que conceptualiza como aquellas en las que una entidad pública considera que el o la menor se encuentra desamparado, es decir, aislado del núcleo familiar, y por ello, las entidades públicas asumirán su tutela e informarán de lo sucedido al Ministerio Fiscal.

## **5. El derecho de asilo en España.**

### *a) Introducción:*

El derecho de Asilo en España surgió con la entrada en vigor de la Constitución Española, regulado en su artículo 13.4. Tomando como referencia todo lo mencionado en puntos anteriores de este mismo apartado sobre el derecho de asilo, podemos entenderlo como el derecho de las personas que solicitan el asilo en nuestro país reuniendo todos los requisitos que se establecen en el artículo 1 de la Convención de Ginebra para poder obtener una protección de nuestro país y la obligación del Estado español es proporcionársela y reconocer su estado de refugiado.

El contenido de este derecho, dentro del ámbito español, aclara y modifica una serie de cuestiones que únicamente con la Convención de Ginebra no se dan respuesta. Estas cuestiones que se plantean son: Las circunstancias objetivas que posee el país de origen para que exista un temor fundado de persecución y qué es necesario para que dichas circunstancias se conviertan en un temor a la persecución, quién o quiénes puedes provocar dicha persecución; cuáles son las causas; cómo se articula la prueba para verificar esta persecución; y, por último, los requisitos de procedencia y de temporalidad para reconocer la situación de refugiado.

### *b) Causas de persecución:*

Las causas de persecución, establecidas en el artículo 1 de la Convención de Ginebra de 1950<sup>152</sup> son: la raza, la religión, la nacionalidad, el grupo social y las opiniones políticas. Para que estos motivos puedan originar la concesión del estado de refugiado deben ser lo suficientemente graves para fundamentar una grave amenaza contra la vida, la seguridad física o la libertad del o de la solicitante. Para ello, explicaré en qué consiste cada uno, respecto a lo establecido por nuestro ordenamiento jurídico:

- a) Por motivo de raza: Cuando la persecución se produzca por personas que pertenezcan a otra raza o etnia diferente.

---

<sup>152</sup> Información obtenía a partir del siguiente enlace web: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0005.pdf>

Nuestro ordenamiento jurídico no ha establecido apenas jurisprudencia sobre la aplicación de este motivo ya que ha sido muy poco alegado para solicitar el asilo. Los que han sido resueltos, lo han sido de forma negativa considerando que no existía tal persecución. Por ello quiero señalar una Sentencia de la Audiencia Nacional de 8 de octubre y 30 de noviembre de 1999<sup>153</sup>, en la que se responde a un recurso interpuesto por un grupo de rumanos de etnia gitana que alegaban persecución por razón de raza y la Audiencia concluyó lo siguiente *“La simple pertenencia a la etnia gitana, sin mayores precisiones, no constituye hoy día, según informes internacionales, una causa de discriminación o persecución”*.

- b) Dependiendo de su religión: Sólo será protegida la prohibición de prácticas religiosas privadas. Dentro de nuestra jurisprudencia las alegaciones de persecución por motivo religioso han sido aceptadas de forma favorable. Un ejemplo al respecto es la Sentencia de la Audiencia Nacional de 30 de abril de 1999<sup>154</sup> que otorga el asilo a un químico iraní cristiano caldeo iraquí que alega motivos religiosos de conciencia por negarse a colaborar en proyectos militares en su país.
- c) Debido a su pertenencia a un determinado grupo social: Se aplica cuando no concurren ninguna de las anteriores. Es un concepto tan amplio que puede incluir cualquier motivo o tipo de persecución que está al alcance del poder imaginativo de cualquier persona que pueda conjurarlo. A efectos de la concesión de asilo tiene que reunir dos requisitos: El primero, debe ser tener un status social que lo haga ser reconocido como grupo por los que lo persiguen; y el segundo requisito es que debe existir una determinada relación entre los individuos y la característica que los convierte en miembros del grupo, la cual debe ser innata o inmodificable.

En nuestro ordenamiento jurídico los casos de aceptación son muy dispares. Llamen la atención las sentencias dictadas en nuestro país a los homosexuales rumanos y a los periodistas argelinos. De igual modo, es llamativa la negación que se produjo a una serie de empresarios rusos que huyeron de la mafia.

---

<sup>153</sup> *El derecho de Asilo en la Constitución española. Santolaya Machetti, P.*

<sup>154</sup> Véase nota pie de página anterior.

Nos parece significativo señalar una Sentencia muy curiosa establecida por la Audiencia Nacional del 28 de octubre de 1997<sup>155</sup> en la cual se le otorga el estatuto a un solicitante armenio, que era sargento del ejército y que desertó al haber sido llamado a participar en la guerra de Nagorno- Karabaj, razonando que “teme con razón que puede ser perseguido por razón de profesión”.

- d) Dependiendo de sus opiniones políticas: consiste en la persecución por el ejercicio de los derechos y libertades que le son reconocidos y protegidos por su ordenamiento jurídico. Deben ser opiniones públicas con el único requisito de que sean atribuidas al solicitante por las autoridades perseguidoras.

Dentro de esta categoría, se pueden incluir a los movimientos independentistas e insurgentes, pero únicamente cuando existan mecanismos democráticos para conseguir sus fines de forma pacífica.

A modo de ejemplo, se pronunció la Audiencia Nacional en la SAN de 17 de diciembre de 1999<sup>156</sup> donde rechaza que exista la persecución por sus ideas o creencias “por el hecho de negarle el trabajo en una empresa pública por no acceder a afiliarse al partido del Gobierno cubano”.

- e) Según el sexo o la actividad sexual: Se considera así a los delitos de violencia sexual, doméstica, matrimonios forzosos, tratos inhumanos y degradantes, incluidos los delitos de mutilación genital femenina, entre otros.

En esta materia, la jurisprudencia española se ha pronunciado en muy pocas ocasiones, una de ellas es la SAN de 12 de noviembre de 1999<sup>157</sup>, en la que se reconoció la existencia de una persecución por razón de sexo y otorgó a la solicitante el asilo por razones humanitarias. El testimonio es el siguiente:

“A los quince años se fue a vivir con el padre de su hijo. El 3 de julio llegó borracho a casa y la golpeó y la disparó cinco veces, mientras la acusaba de estar a la vez con otro hombre. Debido a estas las agresiones y a los disparos estuvo ingresada en el hospital durante un mes. Cuando salió del mismo, se fue con su madre, pero su marido la encontró y la siguió golpeando, por lo que

---

<sup>155</sup> Véase nota a pie de página número 153.

<sup>156</sup> *El derecho de asilo en la Constitución española. Santolaya Machetti, P.*

<sup>157</sup> Véase nota a pie de página anterior.



decidió huir a Bogotá a casa de una amiga, pero nuevamente este la encontró y la obligó a seguir viviendo con él, mientras la amenazaba con que si no se iba con él mataría a su madre. El padre de su hijo era miembro de la mafia de Medellín y por miedo a las represalias contra ella y contra la madre de ésta nunca lo denunció”.

### *c) Etapas del derecho de asilo en España.*

El derecho de asilo en España lo vamos a tratar a partir del inicio de la democracia en nuestro país. A partir de ahí, la evolución de dicho derecho cabría dividirla en cuatro etapas, que se enmarcan dentro de la aparición en la CE de la regulación del asilo y las tres leyes específicas de asilo:

#### 1ª Etapa:

La primera etapa comienza con la aprobación de la Constitución española de 1978<sup>158</sup> y finaliza tras la promulgación de la ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado.

El establecimiento del derecho de asilo en la Constitución española, se produjo gracias a la adhesión de nuestro país al Convenio de Ginebra de 1951, y al protocolo de Nueva York de 1967. Concretamente, se produjo el 22 de julio de 1978, antes de la entrada en vigor de nuestra Constitución<sup>159</sup>. Con la incorporación del derecho de asilo a nuestra norma magna, éste adquiere un rango constitucional incluido en el apartado de “Derechos y Deberes Fundamentales” de todos los ciudadanos y de los extranjeros. España es uno de los pocos países europeos que ha elevado este derecho a un derecho constitucional. En concreto, la Constitución de nuestro país regula el asilo en su artículo 13.4, en el que expone lo siguiente:

*“La ley establecerá los términos en los que los ciudadanos de otros países y los apátridas podrán gozar del derecho de asilo en España”*

#### 2ª Etapa:

---

<sup>158</sup> La información sobre la CE la he obtenido a partir de este enlace web:  
[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/constitucion.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html)

<sup>159</sup> *El derecho de asilo en la Constitución española*. Santolaya Machetti, P.

La segunda etapa comienza con la aprobación de la Ley 5/1984, reguladora del derecho de asilo y la condición de refugiado<sup>160</sup> y termina con la aprobación de la Ley 9/1994, que modifica la anterior.

La ley 5/1984, de 26 de marzo, nace con el objetivo de cumplir lo establecido en el artículo 13.4 en el que se exponía que la ley regularía el derecho de asilo. Además, tiene un segundo objetivo que consiste en ofrecer una solución jurídica a aquellas personas que deciden huir de sus países por temores fundados por razón de raza, sexo o actividad sexual, nacionalidad, religión, pertenecía a un determinado grupo social o por expresar sus opiniones políticas. También cuando carezca de nacionalidad o se encuentre fuera del país y no pueda o no quiera regresar.

Esta ley sigue las directrices marcadas por la Convención de Ginebra<sup>161</sup>, así como sus requisitos para poder solicitarlo, casos en los que puede cesar dicho derecho, particularidades por las cuales no se pueda solicitar, así como el contenido de dicho derecho y toda la información necesaria para que el o la solicitante obtenga la mayor información posible antes de solicitar el asilo.

Como elemento esencial en esta ley, aparece la distinción, a efectos de tratamiento legal, entre refugio y asilo, como fruto de la firma de nuestro país en el Convenio de Ginebra y la elevación del derecho de asilo a una rama constitucional. En base a ella, el legislador entiende por “refugio” el derecho subjetivo de todas las personas que reúnan una serie de requisitos establecidos en el artículo 1 del Convenio de Ginebra para poder presentar la solicitud en España y obtener la condición de refugiado con su reconocimiento y su acceso a los derechos y deberes fundamentales establecidos en nuestro país para todos los ciudadanos. De su parte, entiende el término “asilo” como una protección dispensada por el Estado en el ejercicio de su soberanía, que viene explicado en el artículo 2 de dicha Convención. Se trata por tanto de una facultad que tiene el Estado para poder otorgarle la protección territorial adecuada al ciudadano o ciudadana que lo solicite siempre cumpliendo con los intereses del ciudadano o de la ciudadana solicitante e informándole de los derechos de los que podrá gozar y deberes que tendrá que realizar a partir del reconocimiento de su situación. En todo caso, la

---

<sup>160</sup> Información sobre la ley recogida de la siguiente página web: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Derogadas/r1-15-1984.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Derogadas/r1-15-1984.html)

<sup>161</sup> *El derecho de asilo en España: compilación histórica*. Bodelón Alonso, A; Muñoz Benavente, M<sup>a</sup> T; Utrera Cejudo, C.

protección que ofrece esta ley consiste en no devolver a la persona al Estado de origen, y así desestimar la extradición del mismo o de la misma. También se puede conceder el asilo como autorización para trabajar o para obtener asistencia social, entre otros ejemplos.

Las resoluciones se llevan a cabo por el Ministerio del Interior, el cual si no admite a trámite una solicitud o la pone fin, el o la solicitante puede recurrirlo ante la jurisdicción contencioso-administrativa. Actualmente esta ley se encuentra derogada desde el 20 de noviembre de 2009.

### 3ª etapa:

Se inicia con la entrada en vigor de la Ley 9/1994, de 19 de mayo, de modificación de la ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado<sup>162</sup>. Esta ley se aprobó de acuerdo a la experiencia que se había ido acumulando sobre las deficiencias que tenía la ley anterior, producidas por los cambios en la sociedad a los cuáles la ley ya no podía dar respuesta, y para subsanar estas necesidades sin repuesta esta ley, y de igual modo, introduce la aprobación de una serie de Instrumentos Internacionales para la asignación de responsabilidad de los exámenes de las solicitudes de asilo.

Esta ley introduce las siguientes modificaciones:

1. Se suprime la distinción de asilo/refugio: Por un lado, se establece un concepto unitario de refugiado, regulando con ello la norma, el procedimiento y las consecuencias de su reconocimiento en el Estado español. Por otro lado, el asilo comienza a considerarse como un derecho subjetivo para el reconocimiento de la condición de refugiado.
2. Se crea un procedimiento para la inadmisión a trámite, regulado en el artículo 5.6 de la ley. Esto implica el rechazo en la frontera o la salida obligatoria del solicitante sin las garantías que implican su tramitación cuando<sup>163</sup>:

---

<sup>162</sup> Información obtenida del documento incluido en formato pdf, en el siguiente enlace web: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0924.pdf>

<sup>163</sup> El derecho de asilo en la Constitución española. Santolaya Machetti, P.

- No se aplicarán las disposiciones de la Convención a los que han cometido delitos contra la paz, la humanidad, de guerra o graves delitos comunes.
  - No se alega en la resolución ninguna de las causas que dan lugar al reconocimiento de la condición de refugiado.
  - Si se trata de una reiteración de una solicitud ya denegada en España.
  - No se basa en alegaciones, datos o hechos falsos, que no fundamenten una necesidad de protección.
  - Si no le corresponde a España su examen.
  - Esa persona ya es refugiado o refugiada en otro país.
3. Se introduce el procedimiento en frontera: Viene regulado en el artículo 5.7 y expone lo siguiente:

*“Cuando la solicitud sea presentada en la frontera española, la resolución sobre su inadmisión a trámite deberá ser notificada en el plazo máximo de cuatro días desde la presentación de la misma. El representante en España del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados será informado inmediatamente de la presentación de la solicitud y podrá entrevistarse, con el solicitante”*

Algunas de las novedades que introduce este artículo son: En primer lugar, se reconoce de forma implícita que el ordenamiento español es de aplicación en nuestras fronteras. También se establece que el procedimiento administrativo se llevará a cabo con una mayor celeridad y por lo tanto tendrá efectos muy positivos.

Por último, los solicitantes tendrán derecho a un o una intérprete y a asistencia letrada para la formalización de su solicitud de asilo durante todo el procedimiento.

4. La última novedad que incorpora esta ley consiste en una afirmación de que en el momento en el que se interponga un recurso contra la petición de un examen en un procedimiento en frontera se suspenderá el acto administrativo siempre y cuando el solicitante haya expuesto su aprobación previamente y cuando la representación española se lo hubiera notificado a ACNUR sobre ello.

#### 4ª Etapa:

Es la etapa actual, y se inició a partir de la entrada en vigor de la Ley 12/2009 de 30 de octubre de 2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria<sup>164</sup>.

La ley 12/2009 surge a raíz de lo que se estableció en el Tratado de Ámsterdam de 1997, y que produjo una gran cantidad de normas comunitarias que se deben incorporar a los ordenamientos jurídicos. Al respecto, introduce una serie de disposiciones que sirven de instrumentos para garantizar una protección internacional a las personas que lo soliciten y también para reforzar a las instituciones. Algunas de las medidas adoptadas son: el lugar tan elevado que se le concede al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y, la adopción de programas de reasentamiento para la búsqueda de soluciones de forma duradera para los refugiados.

En esta ley también aparece el concepto de protección subsidiaria<sup>165</sup>, que consiste en la protección a personas de otros países y apátridas que no reúnen los requisitos necesarios para obtener la condición de asilo, pero que tienen motivos fundados para creer que si regresan a sus países de origen correrían el riesgo de sufrir daños graves.

En el Título Preliminar de esta ley, se determina el contenido de la protección del derecho de asilo, una protección de carácter internacional, que se introduce, de forma pionera en nuestro ordenamiento jurídico.

El Título I incluye aspectos muy innovadores que hacen referencia a la dimensión del género en relación con los motivos que pueden conducir a la concesión del derecho de asilo, cuando se demuestre que esa persona ha sido sometida a una persecución.

También le dedica un apartado a la protección subsidiaria en la que lo regula siguiendo las mismas indicaciones que la regulación del derecho de asilo.

El Título III trata el mantenimiento o recomposición de la unidad familiar, aumentando el nivel de protección internacional para todos los integrantes de la unidad familiar de la persona solicitante.

Por último, el Título V se ha incluido en la ley para otorgar protección a los menores y a otras personas vulnerables que necesiten asilo o protección subsidiaria. Con ello se

---

<sup>164</sup> Información sobre esta ley extraída de la exposición de motivos y del contenido de la misma. Se puede ver en la siguiente página web: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/112-2009.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/112-2009.html).

<sup>165</sup> Definición extraída de la exposición de motivos de la Ley 12/2009 reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria.

pretende proteger a los menores que huyen de sus países de origen y que llegan sin acompañantes. En concreto, el artículo 48 de esta ley explica que podrán ser solicitantes de asilo cualquier víctima de abuso, negligencia, explotación, tortura, trato cruel, inhumano o degradante.

Los organismos reguladores de la concesión de asilo y del reconocimiento de la condición de refugiado son los siguientes:

A nivel estatal, los organismos encargados de llevar a cabo estas funciones son:

1. La Oficina de Asilo y Refugio (OAR)<sup>166</sup>: Es el organismo encargado de regular la situación de las personas a las que se les reconoce la situación de refugiado y que solicitan el derecho de asilo y la protección subsidiaria. Esta oficina depende del Ministerio del Interior. Se encuentra integrada en la Dirección General de procesos Electorales, Extranjería y Asilo, y sus funciones son, entre otras:
  - a) Instruir el procedimiento para la concesión del asilo.
  - b) Construir el soporte material de la Secretaría de la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio.
  - c) Notificar a los interesados las resoluciones de las solicitudes.
  - d) Informar y orientar a los solicitantes de asilo sobre los servicios sociales existentes.
  - e) Exponer al Ministro del Interior las inadmisiones a trámite de las solicitudes de asilo.
  - f) Informar periódicamente a la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio de las inadmisiones acordadas y sus criterios.

---

<sup>166</sup> *La mutilación genital femenina, derecho de asilo en España y otras formas de protección internacional.* Miguel Juan, C.

- g) Explicar a la Comisión Interministerial las propuestas de autorización de permanencia en España.
- h) Proporcionar al representante de ACNUR en España los datos estadísticos y otros relacionados con solicitantes de asilo y refugiados.
- i) Examinar los expedientes de los apátridas e instruir sus expedientes para reconocerlos su situación de apátridas.

## 2. Comisión Interministerial de asilo y refugio (CIAR)<sup>167</sup>:

Está compuesta por representantes de los Ministerios de Asuntos Exteriores, Justicia, Interior y Asuntos Sociales, y presidida, al igual que la anterior, por el Director General de Procesos Electorales, Extranjería y Asilo. Esta Comisión tiene como funciones

- a) Examinar los expedientes de asilo y promover propuestas de resolución al Ministro de Justicia.
- b) Establecer y revisar los criterios generales en los que se basarán las inadmisiones a trámite que se elevarán al Ministro de Justicia.
- c) Elevar al Ministro del Interior las propuestas de autorización de permanencia en España acordadas por el artículo 17. 2 de la Ley 5/1984.
- d) Proponer qué documentación se expedirá a los solicitantes de asilo, refugiados reconocidos y a quienes se autorice a permanecer en España.
- e) Conocer los criterios en los que se basa la política social y de integración dirigida a los colectivos que se benefician de la aplicación de la Ley 5/1984.
- f) Recabar información sobre los países o regiones de los solicitantes de asilo en España.
- g) Examinar los expedientes de revocación y cesación del estatuto de refugiado.

---

<sup>167</sup> Se regula a través del artículo 2 del RD 203/1995, de 10 de febrero, que se aprueba el Reglamento de Aplicación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo.

- h) Elevar al Ministro del Interior las propuestas de resolución sobre el régimen de protección temporal en caso de la afluencia de personas desplazadas.

3. Centros de Acogida de Refugiados<sup>168</sup> (CAR):

Estos centros están bajo la dependencia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Son una serie de establecimientos públicos que prestan alojamiento, manutención, asistencia social de carácter urgente, y servicios destinados a facilitar la convivencia e integración social a las personas solicitantes de asilo en España y que carece de recursos económicos.

En el caso de la condición de beneficiario, ésta se extenderá a los ascendentes y descendentes en primer grado, y al o la cónyuge de la persona que solicita el asilo. También se incluye a la persona que esté ligado o ligada al o la solicitante por análoga relación de afectividad.

La duración de la estancia en estos centros no puede superar los seis meses. Solamente, y de forma excepcional, se podrá solicitar una prórroga de la estancia de los beneficiarios acogidos que no podrá superar el tiempo de tramitación del expediente administrativo. En cualquier caso, los requisitos para su ingreso son los siguientes:

- Número de solicitante de asilo admitido a trámite.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Nivel académico.
- Datos de la unidad familiar.
- Datos económicos.
- Datos sanitarios.
- Motivos fundamentados para su solicitud.

---

<sup>168</sup> Información obtenido a partir del siguiente documento *Centros de acogida de refugiados, C.A.R.* Se puede visualizar a través de la siguiente página web: [http://www.inmigracionclm.org/upload/59/34/CENTRO\\_DE\\_ACOGIDA\\_A\\_REFUGIADOS.pdf](http://www.inmigracionclm.org/upload/59/34/CENTRO_DE_ACOGIDA_A_REFUGIADOS.pdf)



## **VII: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR.**

### **1. Introducción<sup>169</sup>.**

La importancia de los flujos migratorios que se están produciendo de población procedente de África hacia Europa, está obligando a realizar un abordaje multidisciplinar de la MGF, mediante el cual se le debe facilitar una intervención inmediata y urgente, por las consecuencias tan dañinas que produce. En concreto, se

---

<sup>169</sup> *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales.* Kaplan Marcusán, A (antropóloga); Moreno Navarro, J (enfermera de pediatría); Pérez Jarauta, Mª J (médico de salud pública)

realiza una intervención desde los sistemas de salud, los SS.SS y el ámbito educativo. También se capacita a los cuerpos y seguridad del estado y a las entidades sociales que estén sensibilizadas con este tema y muestren su predisposición para actuar.

El ámbito sanitario es el medio principal donde se desarrolla toda la actividad específica para prevenir la realización de esta práctica y advertir de las consecuencias sobre la salud que esta práctica trae consigo a niñas, adolescentes y mujeres jóvenes y adultas. Estas actividades las llevan a cabo los y las profesionales de Atención Primaria, y en especial, ya que los grupos de edad con más riesgo se corresponden con las niñas y las adolescentes, los pediatras. Aunque no sólo ellos realizan estas actividades específicas, ya que en muchas ocasiones tienen que colaborar con el ámbito educativo y los servicios sociales, e incluso, tienen que intervenir los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado.

Por ello, la prevención supone una formación específica sobre el tema, para que permita que las intervenciones que se realicen se centren en la concienciación sobre el problema que están tratando, y además lograr implicar al entorno familiar de las niñas o mujeres afectadas, así como de la comunidad africana que vive en España para que posteriormente, faciliten la intervención de los profesionales en sus países de origen, divulgando lo aprendido en el nuestro. De esta forma, se consigue que una vez que los profesionales intenten mediar y concienciar a los países africanos, no suponga una actividad tan arriesgada y tan difícil y problemática.

## **2. Motivos de atención y riesgos e indicadores de sospecha.**

Los motivos de atención y de riesgo generales<sup>170</sup> que se han establecido una vez estudiados la pluralidad de casos que se han producido, y atendiendo a la diversidad de cada uno de ellos, son:

---

<sup>170</sup> *Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: Planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal.* Lucas, B.

- Pertener a una etnia en la que se practique la mutilación genital femenina. La mayoría de las niñas o mujeres que han sufrido esta práctica son o han sido originarias de algún país en el que se practica.
- Ser miembro de una familia en la que la madre y/o las hermanas mayores la han sufrido. En este caso, la menor corre un peligro muy importante ya que si sus hermanas mayores la han sufrido, se le debe dar prioridad porque ella será la siguiente. En cambio, si sólo la madre ha sido mutilada, se puede informar la madre de los peligros que tiene para que decida no mutilar genitalmente a su hija.
- Un grupo familiar que practica generalmente esta práctica. En este caso el problema surge porque el padre y la madre harán todo lo posible para que su hija sea mutilada para cumplir con la tradición de su comunidad.
- Cuando el viaje está próximo y coincida con un periodo vacacional largo de la menor. En este caso hay que vigilarlos con atención porque seguramente ese viaje sirva para llevar a cabo la mutilación y esperar el tiempo necesario de cicatrización de las heridas, para posteriormente regresar.
- Cuando la familia manifieste una postura favorable para la realización de la mutilación genital femenina.

Los indicadores que nos hacen sospechar<sup>171</sup> sobre este problema pueden surgir producido muy recientemente el viaje de la niña al país de origen y a esto se le puede añadir:

- Si tiene sentimientos de tristeza y falta de interés.
- Si se producen continuamente cambios de carácter sin una explicación razonada del porqué de esta situación cuando vuelve de un viaje al país de origen.
- Si se aprecia que la niña camina con las piernas demasiado juntas o muy separadas.
- Si su cara muestra una palidez cutánea y segrega mucosidad.

---

<sup>171</sup> *STOP mutilación genital femenina. Guía de prevención.* Gobierno de Aragón.

- Si no quiere realizar ejercicio físico o no quiere participar en los juegos que impliquen una cierta actividad física.
- Cuando se produce un absentismo escolar prolongado por motivos de salud.
- Cuando se producen anemias producidas por un sangrado excesivo en el período posterior a la realización de la mutilación genital. También se producen frecuentes infecciones de orina, etc.
- Si realiza comentarios a sus compañeras de clase que descuadran un poco. Para ello, hay que vigilar también los comentarios que puedan hacer las compañeras y amigas del colegio de la niña a sus padres y madres y a los profesores y a las profesoras.
- No acudir a las citas pediátricas después de haber viajado al país de origen, en la mayoría de los casos, cuando las niñas tienen entre 4 y 10 años, ya que es la grupo de edad donde más mutilaciones genitales se realizan.

Una vez que se obtienen indicios de que una niña puede haber sido mutilada, se debe contactar con los demás profesionales involucrados<sup>172</sup>. En la mayoría de los casos, el protocolo lo comienzan en el ámbito sanitario, ya que son los que realizan un seguimiento mayor de la niña. Por ello, una vez que identifican los factores de riesgo se contactará con los profesionales de su centro escolar y con los profesionales de los servicios sociales, y si, la familia está vinculada con otros servicios sanitarios también se contactará con ello, para abordar el tema desde una perspectiva multidisciplinar. Posteriormente, cada profesional realizará las actuaciones pertinentes en su campo para prevenir la mutilación, o derivarlo a los tribunales, en el caso de que ya se haya llevado a cabo.

---

<sup>172</sup> *Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la Atención Primaria de salud, la educación y los Servicios Sociales.* Kaplan Marcusan, A; Torán Montserrat, P; Bermúdez Anderson, K; Castany Fábregas, M<sup>a</sup>J.

### **3. El rol que se le asigna a los y las profesionales en materia preventiva de la MGF<sup>173</sup>.**

El rol de los y las profesionales está basado en la relación de ayuda. Se trata de un papel que facilite la ayuda y el soporte y que resulte más eficaz para los aprendizajes, los cuestionamientos que puedan surgir, los cambios de actitud y las decisiones a tomar.

El o la profesional, debe adquirir una serie de actitudes y habilidades especialmente importantes que le permitan obtener la información que desea en las entrevistas individuales o a través de las sesiones grupales, siempre desde la relación de ayuda que se crea entre el o la profesional y el usuario o la usuaria.

- a) Las actitudes básicas<sup>174</sup> que debe llevar a cabo sirven para crear un clima de relación de forma tolerante. Necesita expresar actitudes de descripción y orientación, de flexibilidad y de cercanía. Unos ejemplos de estas actitudes pueden ser:
- **Congruencia:** El o la profesional tiene que expresar la información de forma ordenada y clara, evitando el lenguaje técnico, y ordenando la información que les ofrezca a los progenitores, para conseguir atraer el interés tanto del padre como de la madre.
  - **Aceptación:** Se debe comprender y aceptar que esas personas pertenecen a una cultura donde la MGF es una práctica obligatoria, y no se debe juzgar a los padres por querer mutilar a sus hijas. El o la profesional tienen que explicar que ellos comprenden el poder de la comunidad a la que pertenecen en dicho tema, pero deben saber explicar que esas prácticas ponen en riesgo la salud y la vida de su hija.
  - **Valoración positiva:** Se debe recompensar a los progenitores, mediante refuerzos verbales positivos, cuando avancen en su lucha contra la MGF. Hay que confiar en que la persona usuaria va a negarse a la realización de esta práctica, y nunca se la debe infravalorar.

---

<sup>173</sup> La información de este apartado la he obtenido del informe “*Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*”.  
Creadores: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales de la Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>174</sup> Véase nota a pie de página anterior.

- **Empatía:** El o la profesional debe ponerse en el lugar de la otra persona, conocer e identificar los sentimientos, tanto a favor de la MGF, o en contra, que pueda producirle la información que les ofrece el o la profesional. De esta forma el o la profesional puede realizar una intervención desde una perspectiva más específica, de acuerdo a las necesidades de la persona usuaria.

A la hora de abordar el tema de las habilidades de comunicación<sup>175</sup>, haremos un análisis sobre los diferentes elementos que sirven tanto para crear como para transmitirlos y además saber entender y escuchar bien los mensajes recibidos.

Para ello haré la siguiente división:

*a) Para recoger los mensajes.*

Hay que establecer una serie de filtros para seleccionar la información adecuada y para evitar posibles desviaciones hacia otros temas que no tienen interés en la MGF. Para poder establecer estos filtros debemos interpretar lo que la otra persona está expresando, a través de los juicios que realiza, sobre los pensamientos, los valores, etc, y evitar los prejuicios que puedan surgir hacia los progenitores por practicar esta práctica.

A continuación se debe tener en cuenta la forma en que se pregunta a la persona. Para ello hay que prestar mucha atención a la información que dé la persona usuaria. Para esto hay que hacer preguntas abiertas, que nos permitan obtener una información concreta sobre el tema. Además de saber realizar preguntas abiertas hay que utilizar la escucha activa, verificando si la información que nos ofrece es correcta.

*b) A la hora de emitir mensajes*<sup>176</sup>:

A la hora de abordar el tema de la mutilación genital femenina con las mujeres con riesgo de sufrirla, se suelen realizar las entrevistas, aprovechando un control del embarazo o una revisión ginecológica donde se verifique la mujer ha sido víctima de esta práctica, o bien, cuando se identifique un riesgo para las niñas. Para llevar a cabo estas entrevistas se deben tener en cuenta diversos aspectos: atender las necesidades de la persona, expresar información clara y encilla, utilizar un lenguaje comprensible,

---

<sup>175</sup> *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales.* Kaplan Marcusan, A; Martínez Bueno, C.

<sup>176</sup> *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales.* Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Universitat de Barcelona.

evitando el lenguaje técnico. A la hora de plantear el tema de la MGF en la entrevista que se vaya a hacer con la mujer se tienen que tener en cuenta varios aspectos:

- Esta se tiene que realizar, una vez que se conozca un poco a la mujer y a su familia, para poder construir una relación mejor, más dinámica y más empática.
- Hay que saber elegir a la persona con la que se quiere tratar el tema. Esto depende del ámbito desde el que se realice, pero en la mayoría de los casos suele ser la mujer, porque muestra un mayor interés para abordar el problema, aunque esto resulte difícil de entender cuando ellas mismas son las que quieren mutilar a sus hijas. La razón radica en que ellas no conocen los daños tan graves que supone esa práctica para las mujeres, ellas sólo sienten dolor, pero en su comunidad esos dolores están justificados con una serie de fundamentos muy arraigados y tolerados por su comunidad. Debido a esto, el dolor que sienten, los traumas y demás efectos están justificados al máximo. Por ello, es importante tener en cuenta que los comentarios que la mujer expresa son muestra de sus sentimientos, de su experiencia, por ello, el o la profesional tiene que permitir que la mujer reflexione y por ello debe utilizar una comunicación adecuada.
- Para comenzar el diálogo se tiene que haber creado un clima de confianza mutua entre el o la profesional y la usuaria o el usuario. Para ello, hay que entender que para estas mujeres supone una gran dificultad hablar sobre la MGF y aún más tener que reflexionar sobre ello. Las posiciones más comunes que se suelen manifestar suelen ser mujeres rígidas con dificultades de comunicación, aunque en ocasiones otras mujeres tienen reacciones defensivas defendiendo de manera muy radical lo que ellas denominan su “tradición”. Para ello, la o el profesional tiene que buscar argumentos que sean fácilmente comprendidos por la persona y que la ayuden a reflexionar sobre esta práctica. Como por ejemplo, “La circuncisión no tiene porqué conservar la castidad. La educación de las familias y el ejemplo de los padres y madres a sus hijas es la mejor garantía para conservar la castidad” o “las mujeres que no han sido mutiladas no tienen el clítoris más grande”.
- En el espacio que se dedica a la reflexión del o de la usuaria, proporcionado por el o la profesional, se debe adoptar una actitud de escucha

activa, mostrando interés y respeto a lo que la persona nos está contando. Así se conseguirá que esta persona libere miedos y dolor lo que, facilita a la mujer que pueda pensar con mayor claridad acerca de su experiencia, ver que existen otros puntos de vista y cuestionarse la eficacia de esa tradición. Para que la comunicación sea efectiva, es necesario, entre otros, garantizar que la entrevista que tienen va a ser confidencial y privada, permitirle a la persona que exprese sus emociones y preocupaciones, dar señales de que se perciben esas emociones utilizando preguntas del tipo “¿Qué pasó cuando te practicaron la MGF?, ¿Cuándo te pasó?, ¿Qué pasaría si te dijese que tienes que mutilar a tus hijas? ¿Recuerdas cómo te sentiste cuando te lo realizaron? , cuidar el ambiente para que la persona se sienta cómoda y el intercambio de información sea equilibrado, etc.

- El o la profesional debe mostrarse firme en su postura. Incluso, es beneficioso que de vez en cuando repita los hechos que está narrando la persona añadiendo oraciones como no es bueno para la salud de la menor, es contrario a los derechos del niño, es una práctica ilegal en nuestro país, etc.
- Aunque él o la profesional pueda tener sentimientos de frustración porque algunas familias se hayan quedado en África, no debe cambiar nunca el carácter preventivo y educativo de la intervención para evitar la MGF.
- No debe involucrarse a las menores como intérpretes del proceso. Si no se entiende nuestro idioma, es mejor que la persona acuda con otra que sí conozca nuestro idioma y sepa que no va a revelar fuera de la sala lo que en ella se haya expuesto.
- Se recomienda a los profesionales que propongan ritos alternativos a la realización de la MGF cuando esta sea un paso más dentro del rito de iniciación, pero que no contengan dentro de los mismos ninguna forma de violencia.
- Por último, no se debe olvidar que las niñas pueden sentir confusión ya que han aprendido y han vivido en dos culturas totalmente diferentes, la de su país de origen y la de nuestro país. Por ello, necesitará confiar en alguien, que les faciliten información sobre la sexualidad y sobre la forma en la que se deben



enfrentar a las críticas que recibirá de su propia familia y de su comunidad cuando explique que no quiere someterse. Por ello, en ese caso, el o la profesional debe ayudarla a resolver todas las dudas que la surjan.

#### **4. Cómo se actúa antes de que se realice el viaje al país de origen<sup>177</sup>.**

Cuando los padres de la niña estén interesados en realizar un viaje a su país de origen, se debe derivar el caso de la menor al área de salud internacional siempre que el riesgo de realizarle la MGF sea mínimo.

En el caso en el que se verifique que se ha producido un factor de riesgo que nos indique que la niña puede ser mutilada, se debe valorar las creencias que profesa la familia y valorar qué posicionamiento tiene la misma ante este problema. En segundo lugar es deber del o de la profesional informar al padre y a la madre sobre las consecuencias tanto físicas como psíquicas que provoca esta práctica<sup>178</sup>.

Una vez valorado el posicionamiento de la familia sobre este tipo de prácticas, se hace una distinción en el protocolo de actuación, de forma que<sup>179</sup>:

- En el caso de que la familia se posicione a favor de la MGF, los y las profesionales deberán insistir en las consecuencias que tiene sobre la niña. También se la informa sobre la legislación que se encuentra vigente en nuestro país y se incide en la explicación de que la MGF es delito en España.

Se le ofrece el documento del compromiso preventivo y se le explica en qué consiste este compromiso (que trataremos en el siguiente apartado) y se hace hincapié en su voluntariedad para firmarlo.

---

<sup>177</sup> *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>178</sup> *Mutilación genital femenina: prevención y atención*. Associació Catalana de Llevadores. Kaplan Marcusan, A; Martínez Bueno, C.

<sup>179</sup> Véase nota pie de página 177.

Si aún así persiste la idea de practicar la MGF, se debe mediar valorando el riesgo que corre la salud de la niña al viajar al país de origen de sus progenitores. Esta valoración se realizará en función de los antecedentes y de la prevalencia que posea este tipo de prácticas en dicho país. Seguidamente, se iniciarán las actuaciones coordinándose con los demás profesionales que estén interviniendo en el caso. Por último, se debe comunicar a las autoridades judiciales lo acontecido para que inicien los trámites legales pertinentes.

- Cuando la familia se oponga a la realización de la MGF, se debe reforzar la idea de no mutilar a sus hijas con charlas informativas y preventivas. Además, al igual que en el caso anterior, se le ofrecerá la posibilidad de firmar el compromiso preventivo a la vez que se le informa en qué consiste dicho documento.

También se les programará una visita médica, especificándose en ese mismo momento el día y la hora de la cita para cuando regresen del viaje.

Una vez que se han regresado y acuden a la visita pueden ocurrir dos cosas:

- Que los genitales de la niña conserven su aspecto normal, por tanto, el padre y la madre han cumplido su objetivo de no mutilar a su hija. En este caso se reforzarán las actividades preventivas y se continuará trabajando con él y con ella para evitar que más adelante lo puedan realizar.
- Que la niña al volver compruebe que sí ha sido mutilada. En este caso se colaborará con los demás organismos que han estado tratando el caso, y se derivará el mismo a las autoridades judiciales para que inicien el procedimiento legal correspondiente.

## **5. Utilización del compromiso preventivo como primera herramienta contra la MGF a menores:**

Este compromiso es un documento<sup>180</sup> desarrollado para que los padres y las madres de las niñas puedan utilizarlos en los viajes a sus países de origen como elemento para no practicar la MGF a sus hijas.

Con ello, se fortalece el compromiso de los padres y madres de frenar las presiones del entorno familiar que se encuentra en su país de origen.

Obtener ese compromiso por parte de los padres y de las madres, implica en su totalidad que los progenitores vayan a cumplir la finalidad del compromiso, ya que los padres y madres son los tutores de la menor y ellos deciden si lo utilizan o no. También hay que tener en cuenta que se trata de un documento que firman voluntariamente y de común acuerdo.

La finalidad es que registrando que se ha firmado este documento, será que ambos progenitores conocen las consecuencias jurídicas, sociales, sanitarias, que concurren después de la realización de esta práctica, y que por ello, no lo van a llevar a cabo.

Este documento, por tanto, garantiza lo siguiente<sup>181</sup>:

- a) Identifica que se ha producido una situación de riesgo para la niña.
- b) Se realiza una aproximación a los aspectos culturales que rodean a la comunidad a la que pertenecen los progenitores de la menor.
- c) Se identifican las posiciones que tienen tanto el padre como la madre respecto a la MGF.
- d) Se asegura que todo se ha comprendido correctamente, por lo que se entiende que no ha habido barreras lingüísticas que hayan podido dificultar la comprensión de lo expuesto en dicho compromiso.
- e) Se informa al padre o la madre, o bien a los dos, sobre los riesgos tanto físicos, como psicoafectivos, y judiciales que conlleva la realización de la MGF, así como toda la gama de alternativas posibles que existen.

---

<sup>180</sup> Guía de aplicación del Compromiso preventivo. GIPE.

<sup>181</sup> Información obtenida de los informes: *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Creadores: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales de la Universitat Autònoma de Barcelona.

- f) Se crea un plan de intervención para antes y para después del viaje.

Una copia se quedará bajo la custodia del o de la profesional que se haga cargo de la atención de la niña. Por ello, se elaborará un registro en el que se identifique el número de intervenciones realizadas y el resultado de cada una.

Por último, la obtención<sup>182</sup> de este compromiso no sustituye las demás medidas judiciales que se puedan emprender en caso de que los progenitores incumplan lo acordado en el compromiso, o pongan en riesgo la integridad de la menor.

## **6. Prevención e intervención desde los servicios de salud<sup>183</sup>:**

Estos equipos, en materia de prevención de la MGF, tienen la función de intervenir para prevenir esta práctica sobre personas, familias y comunidades. Para abarcar específicamente los grupos mencionados anteriormente, llevan a cabo su actividad a través de centros de Atención Primaria y a través de los servicios de salud sexual y reproductiva. A su vez, también intervienen en los diferentes servicios de asistencia especializada que trate las consecuencias y complicaciones de todos los tipos de estas prácticas tanto en niñas, adolescentes, como en mujeres jóvenes y adultas. Por ello, se establecen cuatro tipos de intervenciones que son:

- a) Prevención específica sistemática<sup>184</sup>;

Este tipo de intervención se desarrolla cuando se le realizan a las niñas que no han sido mutiladas una serie de controles desde su nacimiento, y que se suelen iniciar en los centros de salud sexual y reproductiva.

- b) Prevención denominada oportunista<sup>185</sup>;

Se denomina así porque se suele realizar la intervención aprovechando alguna complicación que haya surgido de la práctica de la MGF. Se realiza con mujeres adultas y en ese momento se la informa y se la aconseja sobre el tema, relacionándolo con el problema que ha surgido a raíz de la práctica y por el cual se encuentra en el centro. También se utiliza ese momento para conocer si esa mujer tiene hijas y cuál es la

---

<sup>182</sup> Vid nota anterior.

<sup>183</sup> *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales.* Kaplan Marcusan, A; Martínez Bueno, C.

<sup>184</sup> La información de este apartado la he obtenido del informe “*Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*”. Creadores: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales de la Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>185</sup> Véase nota a pie de página anterior.

situación de las mismas. Este tipo se desarrolla en las consultas de medicina y de enfermería de los centros de Atención Primaria.

c) Prevención comunitaria<sup>186</sup>:

Este modo de prevención se utiliza para informar, siempre ofreciendo información acorde a sus creencias y tradiciones que la comunidad tenga, y también pretende sensibilizar a toda una comunidad a través de charlas que se lleven a cabo con asociaciones, actividades en los centros escolares y otra serie de actividades en las que participen los “líderes” o personas importantes de la comunidad.

d) Atender a las complicaciones que se derivan de la práctica de cualquiera de los tipos de mutilación genital femenina<sup>187</sup>:

En primer lugar, se debe valorar cuánto ha afectado físicamente a la mujer, es decir, cual es el alcance del daño físico producido por la mutilación genital. Por ello hay que destacar:

- Si la mujer se ha quedado embarazada o muestra su deseo de quedarse embarazada. En este caso se debe derivar a los servicios de ginecología.
- En segundo lugar se debe ofrecer un apoyo psicológico, para ello se la derivaría al servicio de atención psicológica ubicados en el área de salud mental del centro de Atención Primaria.

Por ello, a continuación trataremos las intervenciones que se realizan desde estos servicios agrupándolos en tres áreas que son las áreas pediátricas, ubicadas en los centros de Atención Primaria, en segundo lugar, los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.

*a) Intervención en la edad pediátrica*<sup>188</sup>:

La infancia es la etapa donde se centran la mayoría de las actividades relacionadas con la prevención y para promover unos hábitos de vida saludables. Por ello, todas las actividades destinadas a la prevención de la MGF, se realizan en relación con los

---

<sup>186</sup> Véase nota a pie de página 184.

<sup>187</sup> Mutilación genital femenina. Abordaje y prevención. Medicusmundi Andalucía.

<sup>188</sup> *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales.* Kaplan Marcusan, A; Martínez Bueno

protocolos, como el del niño sano, que encuadra esta etapa desde que el o la menor es un recién nacido o una recién nacida hasta que el o la joven cumplen 14 años. El problema actual se centra en la pequeña batalla que ha comenzado UNICEF para que se integre dentro de los protocolos sanitarios un apartado que haga referencia a este problema que va aumentando progresivamente y que está alcanzando tasas altas de peligrosidad en algunas Comunidades Autónomas, como es el caso de Cataluña<sup>189</sup>, que es la CC.AA que más inmigración procedente de países donde se practica la MGF posee, y donde las niñas corren mayor riesgo de sufrir esta amputación. La generalitat de Cataluña donde se ha creado el Protocolo de prevención de la MGF, que sirve de instrumento a nivel nacional, para combatir esta práctica. Este protocolo fomenta la cooperación entre los diversos ámbitos de actuación como son el sanitario, la educación, los SS. SS y los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, para que se realice dicha intervención desde una perspectiva multidisciplinar con el objetivo de cortar el proceso en su fase más temprana, y a la vez poder facilitar una prevención de la misma más completa y más accesible a las necesidades de estos grupos. Además, en Cataluña también se ha creado un Proyecto de Ley específico para castigar a quienes sometan a las mujeres y a las menores de edad a la realización de estas tradiciones. Con ello intentan mitigar los efectos que esta práctica está teniendo entre la población femenina con nacionalidad africana, que procede de países donde se realizan estas prácticas.

Los y las profesionales que trabajan con población africana procedente de países donde se practica la MGF, tienen que conocer las diferentes culturas que conviven en estos países, y todos los aspectos culturales que supongan un riesgo sobre la población. Además, tienen que conocer aspectos esenciales de las zonas donde la prevalencia de estas prácticas sea mayor, tales como la religión que profesan las costumbres, la etnia a la cual pertenecen, etc. Al respecto, cada vez que hay un nacimiento:

i) En la primera visita que realiza la madre con el recién nacido o la recién nacida<sup>190</sup>:

---

<sup>189</sup> Documental emitido por Informe Semanal bajo el título “Ablación genital femenina, la extirpación de los derechos de las niñas”.

<sup>190</sup> *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para el Estudio de las Prácticas Tradicionales Prjudiciales. Universitat de Barcelona.

En este caso, se le realizan todas las exploraciones y exámenes médicos que se establecen en el protocolo del niño sano, manual médico referente. Se les realiza una exploración genital a todos y a todas, sin distinción, ni estigmatización de ningún tipo por razón de etnia o por proceder de un país donde se practica la MGF, para comprobar que todos y todas están en perfecto estado tras el parto.

En este momento, el o la pediatra mantiene conversaciones con el servicio de ginecología para conocer si la mujer ha sido mutilada o no, porque si ha sido mutilada, la bebé correrá un riesgo, ya que a menudo, se las comienza a mutilar después del parto, para que las niñas no recuerden nada de lo sucedido y además porque para las leyes es más complicado juzgarlos cuando ya ha sido mutilada, porque no han podido iniciar los protocolos.

Todos los datos médicos que se obtienen después de las sucesivas exploraciones médicas que se les realizan, quedarán incluidas en su historia clínica, así como si sufre o no riesgo de ser sometida a la MGF o no.

Cuando se comprueba y se verifica que sí hay indicios de MGF, se inician las actividades de prevención desde la primera visita del bebé o de la bebé a la consulta, pero sino se observa ningún riesgo en la primera consulta se aplazarán estas actividades hasta las sucesivas visitas, siempre y cuando se compruebe que el riesgo está aumentando o que la realización de este tipo de prácticas es inminente.

ii) Cuando se producen visitas sucesivas del recién nacido o de la recién nacida a la consulta pediátrica<sup>191</sup>:

Los médicos están recomendando que a lo largo del primer año de vida se realicen dos exploraciones genitales y una intervención genital indagatoria para prevenir que se pueda realizar la MGF.

Se recomienda que en la visita programada entre los meses 8 y 12, se comience a tratar el tema de la prevención de la MGF, a que si acude al mismo centro de salud desde que nació, ya existirá un clima de confianza y de conocimiento mutuo que facilitará la relación y el abordaje de este tema.

---

<sup>191</sup> *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales.* Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales.

Cuando se realice una consulta previa antes de iniciar un viaje al país de origen, se debe realizar una revisión general e informar sobre los aspectos de salud e higiene, haciendo hincapié en los temas que se hayan tratados sobre la MGF. Además se les ofrece el documento para que cumplimenten el compromiso preventivo, y de esa forma se les pacta la cita para el regreso del viaje. Esta actividad preventiva se señalará en la cartilla sanitaria para que quede constancia de la visita al servicio de salud Internacional y no se repita en el país de origen una intervención similar.

iii) Intervención cuando se produzcan ciertas situaciones especiales:

Estas situaciones especiales son<sup>192</sup>:

- i.           Complicaciones en la salud: Cuando acuden a la consulta por problemas de salud física o psíquica fruto de la realización de la MGF. En este caso se les deriva a los profesionales especializados según la tipología del problema que presente la menor.
- ii.           Reparaciones quirúrgicas: Cuando por decisión de la niña o de sus padres o también por motivos de salud, se ofrece la posibilidad de derivarla al hospital para reparar los daños causados por la práctica de la MGF y así reparar los problemas de salud de la menor, o para conseguir que sus órganos genitales se recuperen y puedan volver a funcionar con normalidad.
- iii.           En el caso de las adopciones: Las adopciones internacionales que se realizan en países cuya prevalencia de la MGF es muy alta preocupa a los padres adoptantes. Por ello, la consulta mayoritaria de estos padres se produce por dudas respecto si se le ha realizado o no la MGF, o si ya presenta algunos síntomas que alteren el estado de salud y que se identifiquen con los efectos que produce la realización de este tipo de prácticas y que pueden producir esos miedos o temores de los padres adoptantes. En estos casos no se suele denunciar, sino que se realizan el resto de actuaciones.
- iv.           Cuando sean adolescentes: Según la Ley de Autonomía del Paciente, si el profesional comprueba que la menor tiene capacidad de decidir por sí

---

<sup>192</sup> *Mutilación genital femenina: atención y prevención*. Guía para profesionales. Kaplan Marcusan, A; Martínez Bueno, C



sola, se podrá tratar este tema con la menor directamente, sin que medien sus progenitores.

*b) Intervención en la salud reproductiva<sup>193</sup>:*

En este punto abordaremos el procedimiento que se sigue desde que una mujer que ha sido mutilada se queda embarazada hasta las revisiones ginecológicas que se le realizan tras el parto.

Las consultas ginecológicas son el espacio principal donde se trabaja en prevención y atención, ya que en ellos se aprecian las lesiones producidas y donde se trata la recuperación de la salud de las mujeres tanto físicamente, recuperando la funcionalidad de los órganos genitales, como psíquicamente, recuperando su vida sexual.

La prevención de la MGF en los servicios de salud reproductiva, tiene dos tareas clave:

- El trabajo en consulta, que se lleva a cabo junto con la prevención en Atención Pediátrica, para evitar que se produzcan nuevas mutilaciones genitales. Constituye el mejor entorno donde se realiza una prevención individualizada y continuada, para garantizar una educación sanitaria más eficaz y cuya transmisión de información y de pautas para el cuidado propio constituyen un ámbito inigualable para responder a todas las dudas que le surgen a la mujer.
- Educación sanitaria en la comunidad. Se realiza tanto dentro como fuera de los centros sanitarios. Se crean actividades de acercamiento a la comunidad, con el objetivo de prevenir la MGF, y a su vez, acercar el servicio a la población e introducir propuestas para mejorar la salud, educando sexual y reproductivamente.

El problema surge cuando es imposible que una mujer a la que ya se le ha practicado la MGF acuda libremente a la consulta. Suelen acudir cuando presentan una urgencia ginecológica, por ello, es difícil plantear el tema de la MGF en la primera consulta. Tampoco es aconsejable completar la historia clínica aportando datos sobre este

---

<sup>193</sup> *Mutilación genital femenina. Abordaje y prevención. Medicusmundi Andalucía.*

problema ni realizar una exploración completa, a no ser que la urgencia lo estime pertinente, ya que podríamos conseguir que la mujer no quiera volver al centro.

Por ello, se propone que la asistencia de las áreas de salud sexual y reproductiva se resume en un acceso fácil y sin restricciones, cuya atención proponga una respuesta inmediata y constituya un acercamiento a la comunidad, a través de actividades específicas:

a) Primera consulta ginecológica<sup>194</sup>:

Se trata este tema a través de indagaciones sobre algunas manifestaciones ginecológicas que sufren las mujeres tales como, cistitis, vaginitis sucesivas, etc. Para conseguir que la mujer hable con naturalidad del problema que está sufriendo se debe haber obtenido su confianza y respeto, y habersele garantizado una total privacidad sobre los aspectos que se traten en la consulta.

Cuando una mujer se muestre reacia a someterse a una exploración ginecológica, nos puede hacer ver que esa mujer ha podido sufrir una MGF, ya que la exploración que se la realiza consiste en comprobar que el prepucio y el clítoris no han sufrido ningún daño ni corte, así como también se debe comprobar que los labios mayores y menores se encuentren en perfecto estado.

Una vez comprobado el estado de los órganos genitales femeninos, en el caso en el que hayan sufrido daños, se procede a la catalogación del daño según el tipo de MGF a la que haya sido sometida. En el caso de que se le practicase una infibulación, aunque es muy poco común en España sí se dan casos, es muy difícil hacer una exploración completa y sería conveniente informar a la mujer sobre la posibilidad de practicar una desinfibulación para recuperar la funcionalidad de sus órganos.

b) Durante el embarazo<sup>195</sup>:

Cuando la visita se produce por la gestación, es importante informarle que al habersele practicado a MGF los profesionales van a tener dificultades para realizar algunas exploraciones como por ejemplo las ecografías transvaginales.

---

<sup>194</sup> *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales.* Grupo Interdisciplinar para el Estudio de las Prácticas Tradicionales Prjudiciales. Universitat de Barcelona.

<sup>195</sup> *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales.* Kaplan Marcusan, A; Martínez Bueno

Para poder llevar a cabo una buena prevención durante el embarazo en estos casos, los profesionales deben identificar el tipo de MG que ha sufrido la mujer, y en el caso de que se encuentre ante un tipo de excisión o clitoridectomía hay que tranquilizar a la paciente, ya que las complicaciones que pueden derivar de estas prácticas durante el embarazo son las mismas que puede tener otra gestante que no ha sufrido MG.

En cambio, si la mujer ha sufrido el tercer tipo, es decir, ha sido infibulada, diversas partes genitales, como pueden ser el introito, el periné y ciertas partes de la vagina, pueden estar rígidas, y con ello se dificulta su exploración, por lo que se le plantea a la paciente si desea que se le practique una desinfibulación, siempre avisándola que no se le volverá a coser después de la operación, y explicándole las consecuencias tan peligrosas que tiene estar continuamente cosiendo y descosiendo sus órganos genitales. Además de la paciente, se debe informar a su pareja del porqué se va a someter a esa intervención quirúrgica, y sobre los beneficios que va a tener en el momento del parto y de la salud del niño o de la niña, así como de la madre, y sobre las relaciones sexuales que van a tener a partir de entonces.

El momento oportuno para realizarla se da entre la semana 20 y la 28 del embarazo, pero en el caso de que no sea posible, también se puede realizar en el momento del parto.

La técnica que se utiliza para desinfibular<sup>196</sup> a la mujer es la siguiente:

1º: Se lava la zona genital de la mujer con antisépticos y se introduce un dedo por el introito, es decir, el orificio que se deja libre para miccionar y para el sangrado menstrual. Se introduce el dedo hasta llegar a la uretra, para valorar la cicatriz que tiene la mujer y su extensión, a modo de exploración.

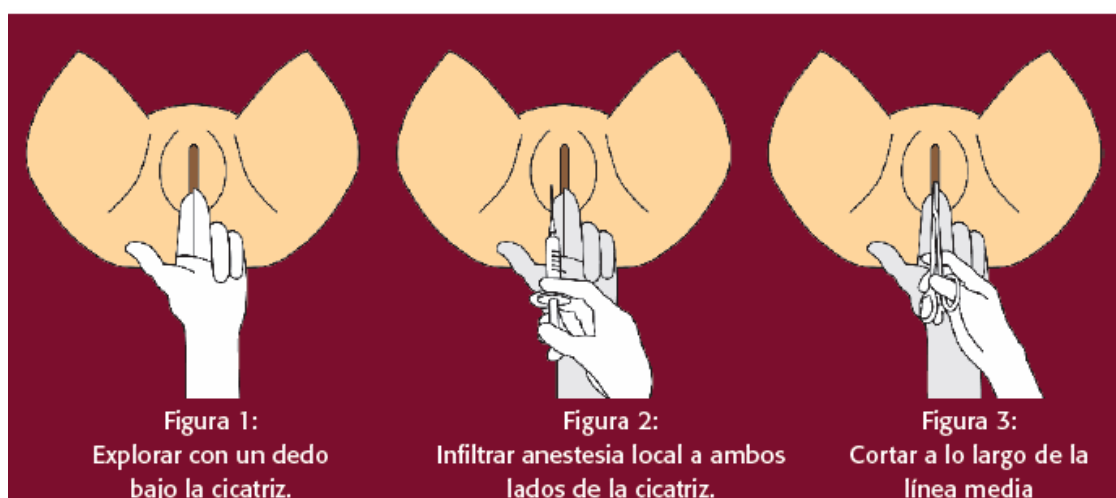
---

<sup>196</sup> *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de Prácticas Tradicionales Perjudiciales.

2º: Se anestesia, aplicando anestesia local sobre la zona a cortar. Es imprescindible realizarlo con la mayor precisión posible porque es una zona hipersensible. En primer lugar se infiltra la anestesia local bajo ambos lados de la cicatriz y posteriormente se repite la acción aplicando la anestesia, esta vez sobre el tejido grueso de la misma zona.

3º: Se produce el corte de la zona cosida.

Ilustración gráfica sobre el proceso de desinfibulación.



Fuente: "Mutilación genital femenina. Abordaje y prevención". Medicusmundi Andalucía.

c) En el momento del parto<sup>197</sup>:

En el parto está orientado para prevenir complicaciones derivadas de la MGF, sobre todo en el momento de la expulsión. Se considera una prevención secundaria.

En el momento del parto se busca a una mediadora cultural o bien la pareja de la paciente, ya que para ellas, que esté presente un referente femenino es muy importante.

Las complicaciones más graves que se producen en los partos de mujeres que han sufrido MGF son<sup>198</sup>:

- Se aumenta la probabilidad de necesitar una cesárea, dado que por parto natural corren el riesgo de que el feto pueda morir asfixiado porque las cicatrices de la madre le o la impidan salir.

<sup>197</sup> Véase nota a pie de página número 192.

<sup>198</sup> Mutilación genital femenina. Abordaje y prevención. Medicusmundi Andalucía.

- Metrorragias tras el parto. Las metrorragias son sangrados irregulares que se producen fuera del proceso menstrual.
- Hematomas perineales: pueden ser producidas por desgarros musculares que provoca la salida del feto.
- Puede producir fístulas obstétricas.
- Sufrimiento fetal: provocado por la imposibilidad de salir del útero.

En el post parto las actuaciones que se realizan son las siguientes<sup>199</sup>:

- a) Explicarle cómo se van a realizar las curas y los cuidados de los posibles desgarros que se hayan producido en el parto.
- b) Se aconseja no mantener relaciones sexuales hasta que el proceso de cicatrización se haya completado.
- c) También se le debe informar sobre los cuidados de higiene genital que debe tener después del parto.

Además de los cuidados que se le realicen a la mujer, los profesionales de ésta área deberán trabajar conjuntamente con el área de pediatría para tratar a las niñas.

d) Cuando se someten a cirugía genital<sup>200</sup>:

Los tres tipos de MGF que se están dando en nuestro país actualmente se están resolviendo quirúrgicamente, dependiendo de los daños ocasionados.

El resultado de estas intervenciones es una apariencia anatómica normal en sus genitales femeninos, y se evitan problemas de salud.

Se les informa que en un plazo de tres o cuatro meses después de someterse a la intervención quirúrgica recuperará la sensibilidad del clítoris y todo ello contribuye a mejorar la calidad de vida de la mujer.

## **7. Prevención e Intervención desde los Servicios Sociales<sup>201</sup> (SS.SS).**

---

<sup>199</sup> Véase nota a pie de página anterior.

<sup>200</sup> *Mutilación genital femenina. Abordaje y prevención.* Medicusmundi Andalucía.

Los SS.SS de Base son el primer sistema público que se encuentra más cercano a las necesidades de las personas individualmente, dentro de la familia y en su entorno social. Ellos utilizan como herramienta el trabajo en red, es decir, trabajan mediante la cooperación con otros y otras profesionales de diferentes ámbitos como pueden ser el sanitario, el educativo, el judicial, el policial, etc. Se coopera para realizar intervenciones eficaces y teniendo en cuenta el terreno sobre el que se va a trabajar.

A su vez, también se trabaja directamente con la población que se encuentra en situación de riesgo, a partir de una prevención educativa y sanitaria. Se debe llevar a cabo respetando siempre los valores, la cultura y sus tradiciones, y con la ayuda de un mediador cultural o mediadora cultural, así como colaborando con asociaciones de la localidad en la que se encuentren y del país de origen.

Por ello, en el tema relacionado con la MGF, los objetivos<sup>202</sup> en los que se concreta la actuación de los SS.SS son: garantizar la autonomía personal; mejorar las condiciones de vida; eliminar todas las situaciones de injusticia; y favorecer su inclusión social. Para garantizar el cumplimiento de estos objetivos, desarrollan las siguientes actuaciones<sup>203</sup>:

- Intervenir, una vez detectado el riesgo de MGF, en las unidades familiares o de convivencia, interviniendo con más rapidez si se hallan menores en el mismo.
- Cuando nos encontremos ante colectivos de riesgo, debemos realizar actuaciones con carácter preventivo y tratamientos de carácter socioeducativo.
- Crear proyectos comunitarios basados en la integración y la participación de mujeres y de hombres, así como de las familias y de las comunidades.
- Aplicar todas las herramientas disponibles, como pueden ser, los protocolos de prevención y de atención ante casos de maltratos contra menores.
- Facilitar la comunicación y la coordinación entre los distintos profesionales de los diferentes ámbitos, para que intervengan ateniendo a

---

<sup>201</sup> Información obtenida de los informes: *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Creadores: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales de la Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>202</sup> *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Kaplan marcusan, a; Martínez Bueno, C.

<sup>203</sup> Vid nota a pie de página 29.

personas que se encuentran en riesgo de sufrir MGF abordando con ellos un programa integral y multidisciplinar.

Los SS.SS de Base desarrollan su actividad en torno a dos actividades principalmente:

a) Trabajar con las familias<sup>204</sup>.

Se trabaja con todo el sistema familiar, ya que no es una causa que deciden únicamente los progenitores sino que en ocasiones es impuesta por obligación de la familia extensa que se encuentra el país de origen. Por ello la actividad se debería centrar en todo el sistema familiar, además de intervenir específicamente en la niña. Pero al tratarse de la intervención con el sistema familiar, es mejor abordarlo de forma individual, comenzando por la madre, unida si es preciso a la presencia de una mediadora cultural, y posteriormente, se uniría a ella el padre de la niña.

Por todo ello, la intervención con estas familias suele realizarse cuando ya se está trabajando con ellas en otras dificultades y por ello, la intervención comienza cuando se da una serie de síntomas que evidencian el riesgo, junto con la colaboración de otros servicios como el educativo y el sanitario. También se puede iniciar las actuaciones preventivas ante la posibilidad inminente de un viaje de los progenitores junto con la niña a su país de origen, por ello las actuaciones deben ser rápidas y coordinadas.

b) Intervenciones específicas con los menores<sup>205</sup>.

Aquí se distinguen cuatro niveles:

- a) Nivel 1: Destinado a la información y a la sensibilización. En este nivel se proporciona toda la información pertinente sobre los peligros para la salud que corre la niña, así como las acciones legales que se pueden tomar sobre la familia en el caso en el que decidan mutilar genitualmente a la menor. Para poder llevar a cabo esta sensibilización es necesario sensibilizar en primer lugar a los y las profesionales, explicando las experiencias que han surgido en los países donde se ha practicado, incluido el nuestro. También se debe informar a toda la población diana acerca de las consecuencias que la MGF tiene sobre la salud de las niñas sometidas.

---

<sup>204</sup> Vid nota a pie de página 30.

<sup>205</sup> Vid nota a pie de página 29.

Por ello, las actuaciones que se pueden llevar a cabo, entre otras son: difundir el material divulgativo, centrándose en las familias que se encuentran en situación de riesgo. También se realizan sesiones informativas para los y las profesionales de los Servicios Sociales, del ámbito sanitario, el educativo, etc.

- b) Nivel 2: Se plantea una prevención específica para familias que plantean realizar un viaje al país de origen de los progenitores.

Este nivel se comienza a utilizar cuando se produzcan indicios que lleven a pensar que el padre y la madre tengan pensado viajar junto con su hija al país de origen de ambos o de uno o una de ellos o ellas.

En esta fase el o la profesional contactará con el resto de profesionales, de áreas diferentes, involucrados en el caso, para informarles o informarlas sobre la proximidad de un viaje para que refuercen el compromiso preventivo y se establecerán las condiciones del compromiso preventivo.

- c) Nivel 3: Cuando se produce la intervención en casos de sospecha. Esto se puede producir cuando los progenitores se niegan a firmar el compromiso preventivo, o bien, cuando hay indicios de que el viaje se realiza para practicar la MGF a sus hijas. Ante esto, el o la profesional debe informar de los hechos a la Fiscalía de menores o al juzgado de guardia para que establezca las medidas cautelares oportunas. Por ejemplo, una medida que se puede enmarcar en este nivel es la retirada del pasaporte a la menor para que no pueda viajar a su país de origen y evitar con ello que se le practique la mutilación genital.
- d) Nivel 4: Cuando se verifica que a la niña se le ha practicado la MGF, el profesional tiene la obligación de ponerlo en conocimiento de la justicia, ya que si no lo hace, pueda provocar que éste o ésta tenga consecuencias legales derivadas de la omisión de denunciar el hecho delictivo.



## **8. Prevención e intervención en el centro escolar<sup>206</sup>:**

El rol que desempeña el centro escolar es fundamental en estos casos. En ellos pueden llevarse a cabo una serie de situaciones que identifiquen que niñas escolarizadas en dicho centro puedan estar riesgo o puedan haber sufrido alguno de los tipos de MGF.

La forma de prevención que se realiza desde los centros escolares es la siguiente<sup>207</sup>:

- Cuando los padres de la niña informan que van a realizar un viaje, e identifican que al lugar al que se dirigen es el país de origen, tienen que ser prudentes y no sacar conclusiones apresuradas. En el caso de que los progenitores se muestren a favor de este tipo de prácticas, si se deberá comunicar al centro de salud su propósito de viajar a dicho país.
- Al no saber lo que les va a ocurrir, las niñas no suelen hablar mucho sobre el viaje que van a realizar. Por tanto, es difícil que puedan contarles nada a sus profesores o profesoras. En estos casos, se suele sacar el tema de las vacaciones como actividad educativa mediante la cual el maestro o maestra pueda ganarse la confianza de la menor. En cambio, si en vez de mostrarse callada, se niega rotundamente a hablar del tema y de ningún tema relacionado con estas prácticas, es un indicio de que sabe que va a viajar para someterse a un ritual, aunque no sepa a ciencia cierta qué es lo que la va a suceder.

En este caso, depende mucho la confianza que el profesor o la profesora haya conseguido con la niña. Si su relación se basa en un nivel de confianza alto, el o la profesional puede utilizarlo para ofrecerle apoyo psicológico, y a la vez, aportarla información sobre el tema.

Si utilizando todas las actividades preventivas que hemos descrito anteriormente, se observa que a la vuelta del viaje la niña ha cambiado su comportamiento, se puede pensar que se le haya practicado la MGF.

Al volver de las vacaciones<sup>208</sup> se les suele pedir que hablen sobre las vacaciones, que cuenten sus experiencias. En este caso, si la menor ha sido mutilada

---

<sup>206</sup> También he obtenido información para este apartado de Mutilación Genital Femenina: prevención y atención. Guía para profesionales. Associació Catalana de Llevadores.

<sup>207</sup> Vid nota anterior.

<sup>208</sup> *STOP mutilaciones genitales femeninas. Guía de prevención.* Gobierno de Aragón.

genitalmente se mostrará reacia a hablar o rechazará la cultura africana. Esto es debido a que movidas por el horror que han vivido al practicárseles la MGF, no quieren volver a recordar todo el proceso. Por ello, es necesario derivarlo a un o una profesional especializado en estos temas.

Como la mayoría de los casos practicados son del Tipo I y II, no se muestran efectos físicos, son más las secuelas psicológicas, por ello, es vital el clima de confianza que se establezca entre el educador o educadora y la niña. Mayoritariamente, será mayor la confianza que se establezca entre una educadora y una menor porque ellas se muestran más tranquilas con una figura femenina porque entenderá mejor su problema.

### **9. Intervención de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado<sup>209</sup>:**

Los futuros y las futuras policías deben recibir una formación sobre la MGF integrada dentro de la formación multicultural que acogen durante su período académico. Lo mismo se aplica para los y las policías que están ya en activo.

Cuando se encuentren ante una situación de riesgo, se debe trabajar colaborando con los demás ámbitos o áreas implicados en el tema, con el fin de averiguar si la situación se encuadra dentro de una situación de riesgo, y, en el caso en el que sea cierto, se debe proceder a la neutralización de la misma. Si a pesar de todo no se consigue, se debe enviar el caso al juzgado para que se valoren si hay necesidad de establecer medidas cautelares contra los progenitores o contra los familiares que se dispongan a realizarle la práctica.

En el caso de que la sospecha sea por causa de consumación, directamente se tramita el expediente al juzgado para que inicie las investigaciones con la apertura de las diligencias pertinentes. Esto se llevará a cabo tanto si han intervenido otros u otras profesionales con anterioridad como si aún no han intervenido.

---

<sup>209</sup> Información extraída del “*Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina*” Comisión de seguimiento integrada por los departamentos de Acción Social y Ciudadanía, Educación, Salud, Interior y Relaciones Institucionales y Participación. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2007.

## **10. Prevención e intervención con asociaciones que trabajan en materia de prevención de la MGF<sup>210</sup>.**

La formación que ofrecen estas asociaciones se divide en tres partes: la que reciben el resto de profesionales, las que reciben las familias, y, por último, la que reciben los colectivos.

- Por ello, en primer lugar, intentan sensibilizar al resto de profesionales, y a su vez, también les explican una serie de estrategias de intervención para que les sea más fácil implantar sus actuaciones en materia de prevención con el colectivo con el que trabajen.
- En segundo lugar<sup>211</sup>, trabajan específicamente con diversos colectivos, por ello intentan:
  - Empoderar a las mujeres africanas, dotando a las asociaciones de mujeres un protagonismo sobre las actuaciones de MGF.
  - Movilizar a las personas inmigradas para que luchen contra la MGF.
  - Estudiar y proponer quiénes dentro de la comunidad puedan ostentar el cargo de interlocutores o interlocutoras para difundir los mensajes para erradicar la MGF.
  - Crear programas de desarrollo colectivo, aumentando el estatus social, económico y educativo de las mujeres para poder prevenir la MGF.
- En tercer lugar<sup>212</sup>, se trabaja para crear un diálogo intergeneracional entre los miembros de la familia.

Cuando se encuentran ante una situación de riesgo, ante la posibilidad de un viaje próximo de la familia al país de origen de ambos o del padre o de la madre, se les debe facilitar una guía de recursos de apoyo. A su vez, se realizarán una serie de actividades con carácter educativo e informativo para recordar los derechos de la menor, la

---

<sup>210</sup> Vid nota anterior.

<sup>211</sup> Vid nota a pie de página 209.

<sup>212</sup> Vid nota a pie de página 209.

legislación de nuestro país y las consecuencias que tienen este tipo de prácticas para la salud de la menor.

Si la menor ha comentado a sus compañeras de clase o a sus amigas comentarios que está favor de la MGF, y a su vez, su padre y su madre muestren actitudes a favor de la MGF, se comunicará a los Equipos Básicos de Atención Social y Primaria (EBASP) para que inicien los trámites pertinentes y si es necesario, se recluirá a la menor en nuestro país para evitar que la mutilen.

- En el caso de que no se haya intervenido con anterioridad<sup>213</sup>, y a la vez, se sospeche que se haya podido consumir el acto, se debe dar a conocer a los EBASP ese caso para que inicien medidas educativas y preventivas con las demás hermanas o, incluso, demás familiares femeninas, y que a su vez, informen al pediatra sobre la posibilidad de que se les realice una MGF con el paso del tiempo.

En cambio, si ha habido una intervención profesional previa, se ofrecerá apoyo para realizar las actuaciones establecidas previamente por el protocolo.

---

<sup>213</sup> Vid nota a pie de página 209.

#### **IV: CONCLUSIONES.**

- 1) La MGF constituye una de las formas más violentas de violencia ejercidas sobre la mujer en todo el mundo. Aunque los esfuerzos realizados por los organismos internacionales para hacer cumplir lo establecido en la legislación internacional está comenzando a ser efectivo, algunos países aún no se han concienciado sobre lo dañino de esta práctica, por eso se deben reforzar aún más las acciones promovidas por los organismos internacionales destinadas a abolir estas prácticas y a reconocer los derechos reconocidos a las mujeres a nivel internacional.
- 2) Los tres tipos básicos de MGF, suponen una discriminación atroz de género, además de una forma de violencia contra la mujer muy grave, pero lo más grave es, en el caso de la infibulación, que la mujer sea descosida, únicamente para mantener relaciones sexuales por petición de su marido. Por lo que ella tiene que soportar, que, en ocasiones sea él mismo el que la descosa y la vuelva a coser, sin ningún cuidado, suponiendo unos dolores enormes para la mujer. Una vez más, nos encontramos ante situaciones de esta magnitud que nos llevan a comprender cómo de arraigados están los sistemas patriarcales en África y cuál es el rol de la mujer, es decir, el segundo sexo.
- 3) El papel que ejerce la comunidad sobre los individuos es muy importante, incluso, los valores en los que se sustenta la comunidad son muy importantes, como en nuestros países el ordenamiento jurídico. Son normas de obligado cumplimiento, y en el caso de que alguien se niegue a cumplir alguno de los mandatos, es decir, se niegue, en nuestro caso, a realizar la MGF, puede ser rechazado o rechazada por la comunidad o incluso expulsársele o expulsársela de la misma.
- 4) En la mayoría de las ocasiones, la MGF forma parte de un rito de iniciación, en el que además de practicársela la misma, se la enseña el rol que va a ostentar

dentro de su comunidad, se la enseña los valores en los que se basa la comunidad, se la dota de la educación necesaria para que transmita esos conocimientos a sus hijos e hijas. Por ello, se están comenzando a implantar en algunas comunidades ritos de iniciación, en los que no se incluyan la MGF como parte del mismo.

- 5) Las características generales que poseen las madres que deciden mutilar a sus hijas son principalmente:
  - a. A ellas se las realizaron a edades muy tempranas, con lo cual no recuerdan el sufrimiento y el dolor ocasionado.
  - b. Poseen un nivel educativo bajo, con lo que su información sobre los efectos nocivos para la salud de sus hijas es nulo.
  - c. Suelen decir mutilar a sus hijas las mujeres mayores, ya que entre madres jóvenes se está reduciendo la tasa.
  - d. Suelen ser mujeres que habitan zonas rurales, donde los valores de la comunidad son muy estrictos y hay que acatarlos sin reproches, por lo cual, la comunidad, en algunos casos, obliga a las mujeres a mutilar genitualmente a sus hijas. Además, al vivir en zonas rurales tienen muchas más limitaciones para acceder al sistema educativo.
  - e. Por último, la riqueza del hogar también se encuentra entre estas características, ya que los hogares de personas con un nivel económico muy bajo, tienen tasas de mutilación genital más altas que hogares donde el nivel económico es mayor.
- 6) El problema de nuestro país, es que intenta resolver los problemas a través de las leyes, en vez de invertir esfuerzos y medios económicos, en prevenir que se realicen este tipo de prácticas en nuestro país. Prueba de ello es que la CC.AA pionera en prevención es Cataluña, CC.AA que más población procedente de países donde se practica la MGF tiene, cuyo protocolo de prevención de la MGF está siendo el referente a seguir en las restantes CC.AA. Se deben crear medios para combatir estas prácticas a nivel nacional, no a nivel autonómico.

- 7) La decisión tomada respecto a la irrevocabilidad de las solicitudes de asilo de personas que corren el riesgo de sufrir MGF, o que la han sufrido y huyen para que no se les practique a sus hijas, se ha establecido hace pocos años, lo que demuestra una vez más, que los jueces y las juezas que no aceptaban a trámite estas solicitudes carecían de una formación básica, para conocer el riesgo tan grande que corren por no haber querido realizársele la MGF y los castigos que recibirán por su desobediencia, estas mujeres o niñas si son devueltas a sus países de origen. Por ello, esta irrevocabilidad en las solicitudes concedidas, supone un avance en la concienciación de los jueces y las juezas, en materia de MGF y de derechos humanos.
- 8) La iniciativa catalana de establecer el compromiso preventivo como documento acreditativo por el cual los progenitores establecen su promesa de no realizar la MGF en algunos de los viajes que realizan a sus países de origen, constituye una herramienta de una utilidad inimaginable, ya que este documento, unido a una buena prevención educativa multidisciplinar, puede servir a las familias que deciden no mutilar a sus hijas como medio de presentación a su familia en su país de origen para que no los obliguen a mutilarlas.
- 9) Una propuesta que debería hacerse sería la creación de cursos de formación para obtener una base informativa sobre la actuación y prevención en materia de MGF desde una perspectiva interdisciplinar. Se debería profundizar en nivel sanitario y educativo, para que se formara el personal sanitario de Atención Primaria y el personal docente, ya que son los y las profesionales que están en contacto directo con las menores y sus familias, para que a su vez, pudieran informar más detalladamente sobre los efectos de estas prácticas, a nivel sanitario y a nivel docente, desde una perspectiva multidisciplinar, es decir, además de la adquisición de conocimientos, además de sanitarios y educativos, también explicarles cuáles son los mecanismos jurídicos que existen en nuestro país para castigar estos procedimientos, cuales son las penas que se imponen, etc, para que después puedan propagar esta información
- 10) Una propuesta que debería hacerse sería invertir más esfuerzos y más recursos económicos en crear equipos específicos, que regulen y revisen, a nivel nacional,

la realización de estas prácticas, si se está llevando a cabo actividades de prevención, si los protocolos funcionan correctamente, si deben modificarse, etc.

## **X: ANEXOS LEGISLATIVOS:**

### 1. A nivel internacional:

- Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los pueblos.
- Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo.
- Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo + 5.
- Conferencias Mundiales sobre la Mujer.
- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (Convención de Ginebra de 1951)



- Convención de las Naciones Unidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, tratos inhumanos o degradantes.
- Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- Convención de la Organización de la Unidad Africana, en la que se regulan los aspectos específicos de problemas de los refugiados en África.
- Convenio de Aplicación del Acuerdo de Schengen (Acuerdo de Schengen).
- Convenio para los Derechos Humanos.
- Convenio relativo a la determinación del Estado responsable del examen de las solicitudes de asilo presentadas en la Comunidad Europea (Convenio de Dublín).
- Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.
- Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de las formas de intolerancia y discriminación fundadas en la religión o las convicciones.
- Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.
- Declaración y Programa de Acción de Viena.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos.
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Protocolo a la Carta Africana de Derechos.
- Protocolo de Nueva York de 1967.
- Tratado de Ámsterdam, de 1997.

## 2. A nivel nacional:

- Código Civil.

- Constitución Española de 1978.
- Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado.
- Ley 9/1994, de modificación de la ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado.
- Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley 1/1996 de protección jurídica del menor.
- Ley 11/2003 de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social.
- Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que modifica la ley 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.
- Ley 12/2009 de 30 de octubre de 2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria.

## **XI: BIBLIOGRAFÍA:**

- AMNISTÍA INTERNACIONAL: “Refugiados. Los derechos humanos no tienen fronteras”. Editorial Amnistía Internacional, 1997.
- AMNISTÍA INTERNACIONAL: “La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación”. Editorial Amnistía Internacional, 1998.
- ARROYO DE LAS HERAS, A; MUÑOZ CUESTA, J: “Delitos de lesiones”. Aranzadi, 1993.
- ASENSIO SÁNCHEZ, M. A: “La patria potestad y la libertad de conciencia del menor. El interés del menor a la libre formación de su conciencia”. Editorial Tecnos, 2006.
- Associació Catalana de Llevadors: “Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales. Barcelona 2004.
- BENEDICTE, L: “Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina”.
- BENEDICTE, L: “Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: Planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal”.
- BODEGÓN ALONSO, A; MUÑOZ BENAVENTE, M<sup>a</sup> T; UTRERA CEJUDO, C: “El derecho de asilo en España: compilación histórica. Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración, 2004.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES DE UNICEF: “Cambiar una convención social perjudicial: La ablación o mutilación genital femenina”. 2005.

- Comisión Interdisciplinar para la Prevención de la mutilación genital femenina del Gobierno de Aragón: “STOP mutilación genital femenina. Guía de prevención”.
- CUERDA RIEZU, ALCÁCER GUIRAO, R; GARCÍA DEL BLANCO, V; SANZ-DÍEZ de ULZURRUM LLUCH, M; GARCÍA SÁNCHEZ, B; ROPERO CARRASCO, J: “La respuesta del derecho penal a los nuevos retos”. Servicios de publicaciones de la Universidad Rey Juan Carlos, 2006.
- DIAZ, Y GARCÍA CONNLEDO, M: “Protección y expulsión de extranjeros en Derecho Penal”. Editorial la ley, 2007.
- DIRIE, W: “Flor del desierto”. Editorial Maeva, 2003.
- Dirie, W: “Niñas del Desierto”. Ediciones Madrid, 2005.
- Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales de la Universidad Autónoma de Barcelona: “Mutilación genital femenina. Manual para profesionales”.
- GARCÍA CARCÍA-CERVIGÓN: “Delitos de lesiones. Tipos agravados y cualificados”. Editorial universitaria Ramón Areces, 2006.
- GARCÍA-MINA, A; CARRASCO, M<sup>a</sup> J: “Cuestiones de género en el fenómeno de las migraciones”. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2002.
- KAPLAN MARCUSÁN, A: “Mutilaciones genitales femeninas: Derechos humanos, tradición e identidad”.
- KAPLAN MARCUSAN, A; BEDOYA, M<sup>a</sup> H: “Las mutilaciones genitales femeninas en España: Una visión antropológica, demográfica y jurídica”.
- KAPLAN MARCUSÁN, A; LÓPEZ GAY, A: “Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009. Servicio de publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- KAPLAN MARCUSÁN, A; MERINO TEJADA, M; FRANCH, M: “Construyendo un mapa de las mutilaciones genitales femeninas en España”. Barcelona, 2002.

- KARLENE DAVIS, D; McCAFFERTY, C: “Female genital mutilation”. Editado por Radcliffe publishing, 2005.
- LINDE PANIAGUA, E; MORENO DÍAZ, J. A: “Inmigración, extranjería y asilo”. Editorial Colex, 2005.
- Medicusmundi Andalucía: “Mutilación Genital Femenina -MGF-”.
- Medicusmundi Andalucía: “Mutilación genital femenina. Abordaje y prevención”. Grupo Editorial Universitario, 2009.
- Medicusmundi Andalucía: “Mutilación genital femenina. Más que un problema de salud”. Grupo Editorial Universitario, 2008.
- MONETERO PÉREZ, J. L; MARTÍNEZ GALLEGO, E. M; REGUERO CELADA, J: “Mujer y empleo. Una estrategia para la igualdad”. Colección Trabajo y Seguridad Social. Editorial Comares, 2004.
- MORALES LEZCANO, V, BONDJALE OKO, M; EMBAREK LÓPEZ, M; PEREIRA RODRÍGUEZ, T: “Inmigración africana en Madrid: Marroquíes y guineanos. UNED. Madrid, 1993.
- Resultados del Sexto Simposio Internacional sobre la Integridad Genital: Salvaguardando los Derechos Humanos Fundamentales en el vigésimo primer Centenario: “Understanding circumcision. A Multi-Disciplinary Approach to a Multi-Dimensional Problem”. Editado por: MANSFIELD HODGES, F; FAYRE MILOS, M, 2006.
- RUISÁNCEHZ CAPELASTEGUI, C: “La privación de la patria potestad”. Atelier libros jurídicos, colección Atelier civil, 2006.
- SANTOLAYA MACHETTI, P: “El derecho de asilo en la Constitución Española”. Colección Derecho Público. Editorial Lex Nova, 2001.
- Sección de Políticas de Protección y de Asesoramiento Jurídico del ACNUR: “Guía sobre las solicitudes de asilo relativas a la Mutilación Genital Femenina. Ginebra, 2009.

- Secretaría para la Inmigración de la Generalitat de Catalunya: “Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina”. Barcelona, 2007.
- SHELL-DUNCAN, B; HERNLUND, Y: “Female circumcision in Africa. Culture, controversy and change”. Ed paperback 2001.
- UNICEF: “Female genital mutilation/cutting. A statistical exploration”. UNICEF, 2005.
- UNICEF: “Estado mundial de la infancia 2007. La mujer y la infancia. Doble dividendo de la igualdad de género”. UNICEF, 2007.
- UNICEF: “Progreso para la infancia. Un balance sobre la protección de la niñez”. UNICEF, 2009.
- UNICEF: “Progreso para la infancia. Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas”. UNICEF, 2007.
- VAN GENNEP, A: “Los ritos de paso”. Editorial Alianza, 2008.

#### 1. Vídeos.

- “Flor del Desierto”. Dirigida por Sherry Horman, 2009.
- “Mooladé”. Dirigida por Ousmane Sembene, 2004.
- Documental emitido por Informe Semanal bajo el título “Ablación genital femenina, la extirpación de los derechos de las niñas”.