



UNA MIRADA CALEIDOSCÓPICA SOBRE LA
MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN CATALUÑA.

Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e
intervenciones preventivas.

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

Tesis Doctoral
Aina Mangas Llompart
Directora
Adriana Kaplan Marcusán



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

2017





Universitat Autònoma
de Barcelona

**UNA MIRADA CALEIDOSCÓPICA SOBRE LA
MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN CATALUÑA.**

Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e
intervenciones preventivas.

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

Tesis Doctoral

Aina Mangas Llompart

Directora

Adriana Kaplan Marcusán

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

2017

Als meus pares

Resumen

Cataluña es la comunidad autónoma que históricamente concentra más población procedente de los 28 países del África Subsahariana que practican la mutilación genital femenina (MGF). A principios de los 90, con la reagrupación familiar, se detectan los primeros casos de niñas y se desata la polémica en la opinión pública. En estos años, se fundan las primeras asociaciones de mujeres africanas que inician el diálogo sobre la práctica. En este período, se gesta el Modelo Wassu, el cual parte de la investigación etnográfica origen-destino, realizada por la antropóloga Adriana Kaplan.

En 2001 el Parlament insta al Gobierno de la Generalitat de Catalunya a llevar a cabo un plan de choque para erradicarla. En 2002, se presenta el primer protocolo en España, el cual estipula cinco niveles de actuación: prevención, detección, actuación, actuación urgente y recuperación. Sin embargo, la actuación mayoritaria, obvia los primeros tres niveles, para centrarse en el control y la persecución de las familias que viajan al país de origen de vacaciones. En 2007, se publica un segundo protocolo, reeditado en 2009, bajo el enfoque de la violencia machista. El modelo de la Generalitat de Catalunya se gesta en la provincia de Girona, a través de las Mesas de Prevención de la MGF, como herramienta para desplegar el protocolo a nivel territorial. La Generalitat pretende expandir esta fórmula al resto de Cataluña, sin una evaluación de su impacto.

«Una mirada caleidoscópica sobre la mutilación genital femenina (MGF) en Cataluña» es una etnografía que no solo analiza minuciosamente las políticas y las acciones que ha planteado el Gobierno catalán para erradicar la MGF sino que evalúa su aplicación e impacto tanto en la población afectada como en los y las profesionales que intervienen. Después de más de diez años de la puesta en marcha del primer protocolo catalán como herramienta base para erradicar la MGF, nunca antes se había evaluado el impacto generado. De hecho, en otras investigaciones se alardeaba el modelo de intervención, basado en análisis superficiales, que demostraban un escaso trabajo de campo. Lejos de lo que se publica en los medios de comunicación, esta investigación visibiliza la intervención que se realiza con las familias africanas. El resultado es una tesis crítica con el modelo que se impone y se ejecuta.

Se detecta que se crean herramientas de control, más que de prevención, que vulneran los derechos de las familias africanas. En 2011, el desmantelamiento progresivo del sistema del bienestar afecta a los servicios de salud, servicios sociales y educación. Las repercusiones de las políticas de austeridad afectan directamente en la atención y la prevención general, incluida la MGF. Sin embargo, en 2015, la Generalitat anuncia como medida pendiente, que la sanidad pública asumirá la reconstrucción genital femenina. Al mismo tiempo, se experimenta un auge de la cirugía genital cosmética, realizada en clínicas privadas.

Como alternativa se presenta el Modelo Wassu, basado en la investigación-acción, desplegado y pilotado por la doctoranda en el municipio de Badalona a través del Programa de Prevención y Atención de la MGF desde el servicio de salud pública. Se trata de un modelo construido en la periferia, de aquí el título metafórico «Al otro lado del muro». Además, se propone un estudio sobre la situación de la MGF desde los sistemas de información en salud pública y que, unido al conocimiento de la antropología, podría avanzar en algunas cuestiones, evitaría el control nominal que se realiza a la población y mejoraría las políticas públicas en relación a este tema.

Summary

Historically, no other region in Spain has had a larger population from the 28 Sub-Saharan African countries that practice female genital mutilation (FGM) than Catalonia. The first cases involving girls were identified in the early '90s, driven by family unification legislation, which sparked controversy among public opinion. The first African women's associations were set up at around that time, and the practice increasingly became the subject of debate. It was during this period that the *Wassu Model* was developed, based on ethnographic origin-destination research conducted by anthropologist Adriana Kaplan.

In 2001, the Catalan Parliament urged the Catalan Government to implement an emergency plan aimed at eradicating the practice. An initial protocol was introduced in 2002, which identified five areas of action: prevention, detection, action, urgent action and recovery. However, in practice most of the work tended to overlook the first three areas to focus exclusively on controlling and persecuting families travelling to their countries of origin on vacation. A second protocol was established in 2007, and republished in 2009, which shifted the focus onto violence against women. The Catalan Government model is being implemented in the province of Girona, via the FGM Prevention Desk, with a view to driving a nationwide rollout of the protocol. The Catalan government intends to extend the approach to the rest of Catalonia, without having conducted an assessment of its impact.

“A kaleidoscopic view of female genital mutilation (FGM) in Catalonia” is an ethnographical study that takes a detailed look not only at the policies and actions implemented by the Catalan government to eradicate FGM, but also examines how the same are applied on the ground, evaluating the policies and their impact both on the affected population and the professionals carrying out the same. More than ten years since the Catalan protocol was introduced as a basic tool to eradicate FGM, no prior assessment had been conducted on its impact. In fact, other research commended the model based on superficial analysis and scant fieldwork. In stark contrast with what is reported in the media, this research sheds light on the work done with African families. The thesis is critical of the current prevailing model.

Observers note that the established tools tend to focus on control rather than prevention, thus infringing the rights of African families. By 2011 the gradual dismantling of the welfare system had undermined health services, social services, and education systems. The ramifications of austerity policies were directly affecting general care and prevention, including for FGM. However, in 2015 the Catalan government announced that the public healthcare system would encompass female genital reconstructive surgery. This came at a time when cosmetic genital surgery was undergoing a boom at private clinics.

One alternative that has been proposed to the prevailing model is the Wassu model, based on research-action piloted in the municipality of Badalona, as part of the public healthcare service FGM Prevention and Care Program designed by the PhD student. The model was developed at the margins, hence the metaphorical title “On the Other Side of the Wall”. The proposed study examines the status of FGM, combining public healthcare service data with anthropological insight, seeking to advance our understanding of specific issues and to prevent situations of nominal control being imposed on the population, and likewise to improve public FGM policies.

Índice

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

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

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

Introducción.....193

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

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

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

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

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

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

Prólogo, a modo de agradecimiento

Una habitación propia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BLOQUE I
LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA
EN EL PUNTO DE MIRA



CAPÍTULO 1
EL CALEIDOSCOPIO

Cada uno ve lo que lleva en su corazón

Johan Wolfgang von Goethe

Introducción

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

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

¹ MGF en adelante.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. PLANTEAMIENTO Y ÁMBITO DE ESTUDIO

1.1. Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Hipótesis de trabajo

Hipótesis 1

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

Hipótesis 2

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

Hipótesis 3

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

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

Hipótesis 4

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

Hipótesis 5

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

Hipótesis 6

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

1.3. Ámbito y sujetos de estudio

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

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

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

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

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

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

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

Los criterios de selección en cuanto a los perfiles son:

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

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

⁴⁰ Mangas, A. (2010), *op. cit*.

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

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

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

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

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

Figura 3. Profesionales entrevistados por ámbito de trabajo

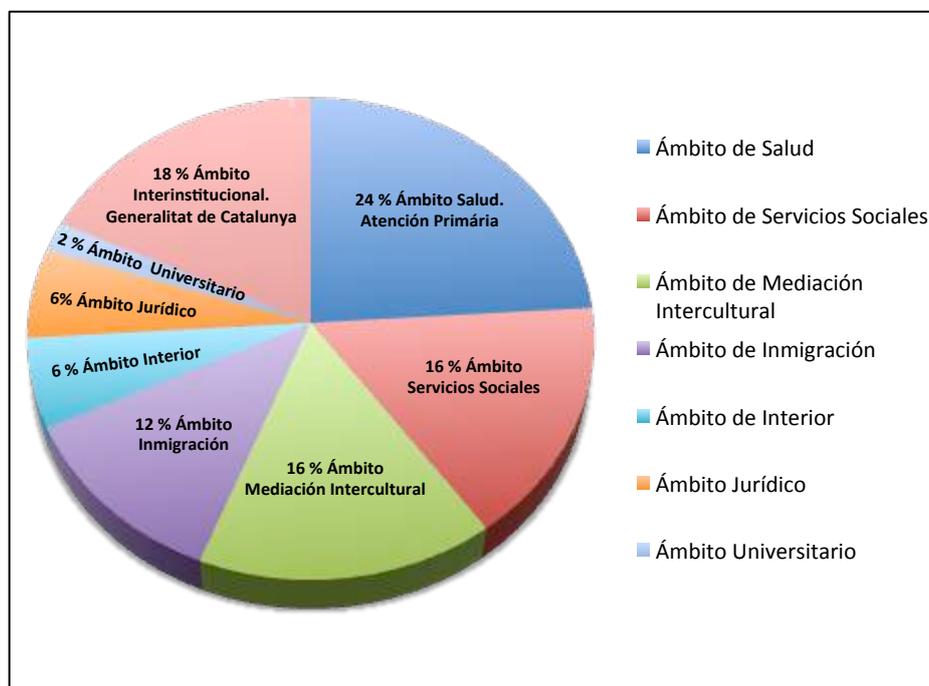
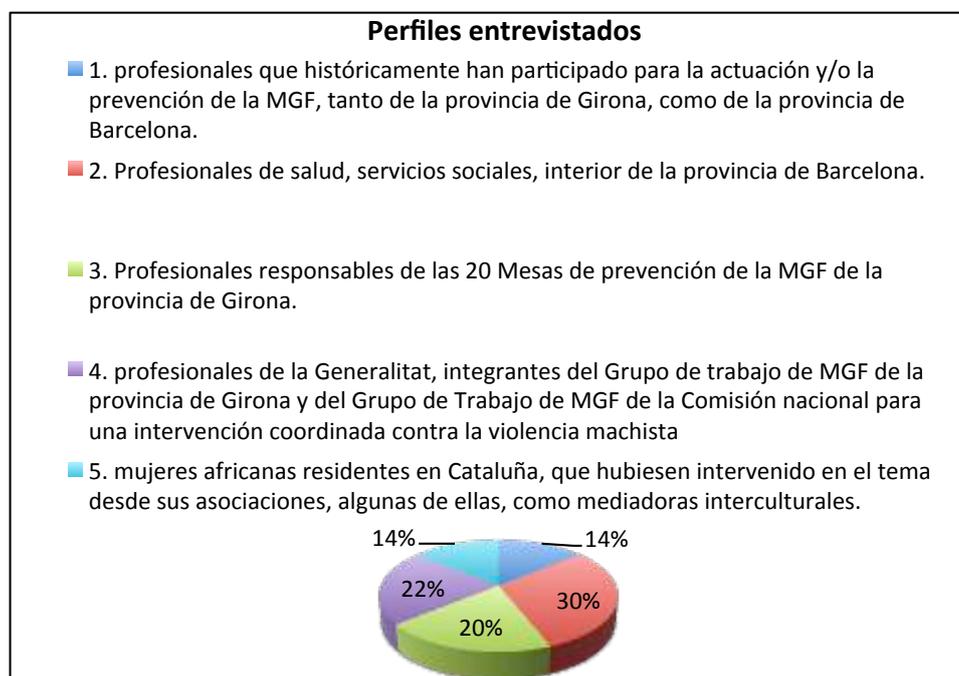


Figura 4. Perfiles entrevistados



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

1.4. Métodos y técnicas de investigación

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

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

1.4.1. Discusión en sesiones focales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.2. Entrevistas semiestructuradas a informantes clave

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

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

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

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

Los aspectos comunes fueron:

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁴ Ver punto 1.3. Ámbito y sujetos de estudio.

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

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

1.4.3. Análisis histórico

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

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

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

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

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

1.4.4. Análisis de casos

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

Escenarios y casos analizados de forma cualitativa:

1. Actuaciones punitivas: 9

Caso 1. Provincia de Barcelona (2008)

Caso 2. Provincia de Barcelona (2008)

Caso 3. Provincia de Barcelona (2008)

Caso 4. Provincia de Girona (2012)

Caso 5. Provincia de Barcelona (2013)

Caso 6. Provincia de Barcelona (2013)

Caso 7. Provincia de Barcelona (2014)

Caso 8. Provincia de Barcelona (2014)

Caso 9. Provincia de Girona (2013)

2. Casos sentenciados: 7

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

3. Casos derivados del Modelo Híbrido: 21 casos

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

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

⁴⁸ Por ser la primera sentencia condenatoria en España.

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

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

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

Escenarios y casos analizados de forma cuantitativa:

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

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

⁵⁰ A partir de la Ley 5/2008.

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

2. ESTRUCTURA DE LA TESIS

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

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

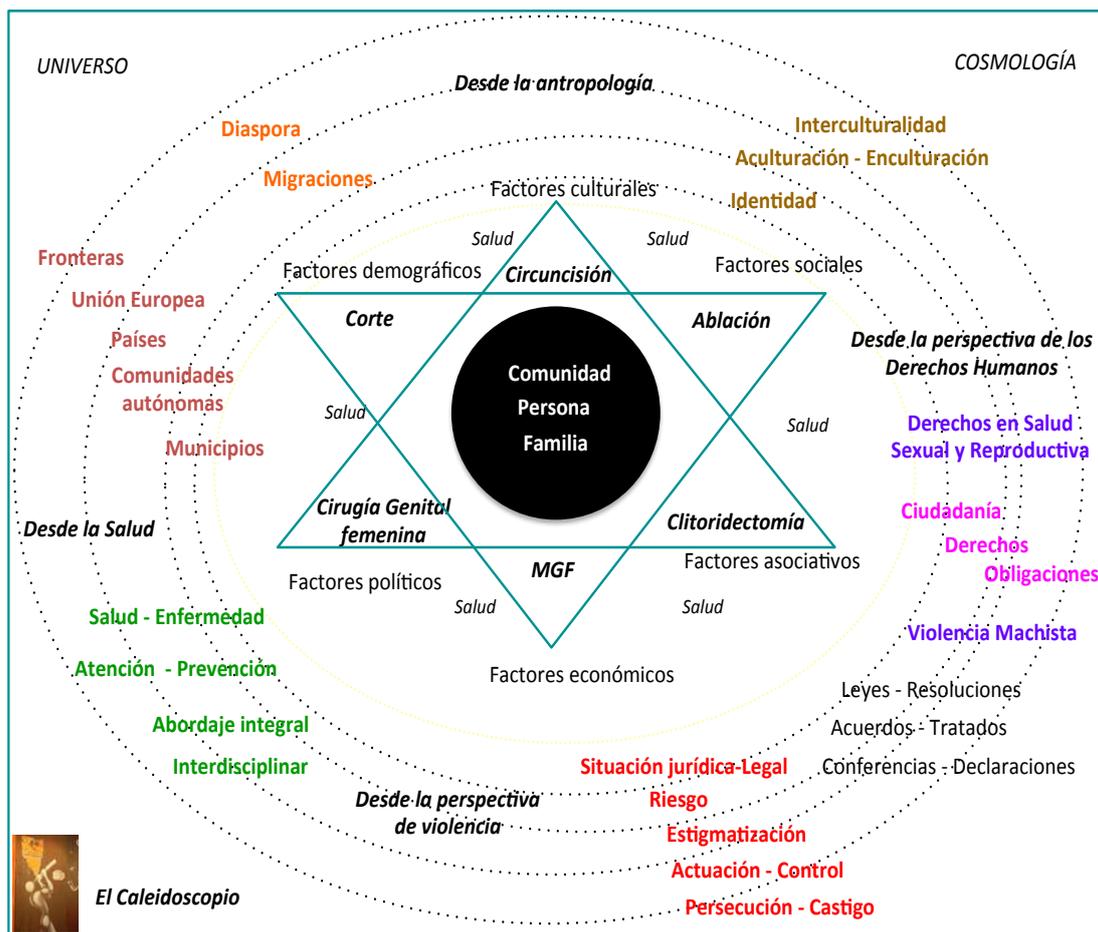
El bloque II, «El Modelo de la Generalitat de Catalunya (GC). A un lado del muro», describe y analiza el modelo. El capítulo 5 analiza el marco político (legislación y planes de acción de 2008 a 2016). El capítulo 6 corresponde al análisis en profundidad de las Mesas de Prevención de la MGF como herramienta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

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

3. DIFERENTES MIRADAS SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

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

Figura 1. Una mirada caleidoscópica sobre MGF en Cataluña



Fuente: elaboración propia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1. Miradas desde la antropología

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

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

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

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

⁵⁶ Obermeyer (1999)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Religión

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

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

c) Salud

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

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

d) Higiene y estética

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

e) Preservación del rol de género

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

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

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

3.2. Miradas desde la salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Impacto y consecuencias para la salud

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

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

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

Tabla 1. Consecuencias de la MGF para la salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3. Miradas desde la perspectiva de los Derechos Humanos

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Miradas desde la perspectiva de violencia

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

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

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

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

Realización propia

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

Realización propia

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

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

Realización propia

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

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

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

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

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

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

⁷⁷ Resolución 60/1

4. GÉNESIS DE LA INVESTIGACIÓN Y TRABAJO DE CAMPO

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

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

El trabajo de campo se presenta en cuatro grandes períodos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diario de campo 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁸⁶ Mangas, A. (2010), *op. cit.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

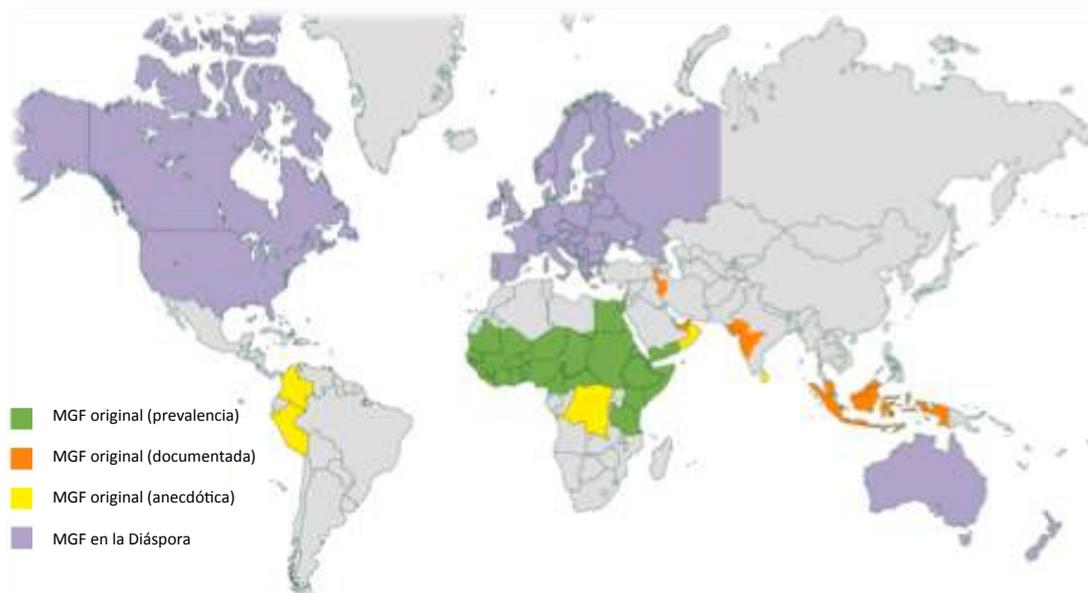
CAPÍTULO 2

CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

1. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN EL MUNDO

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

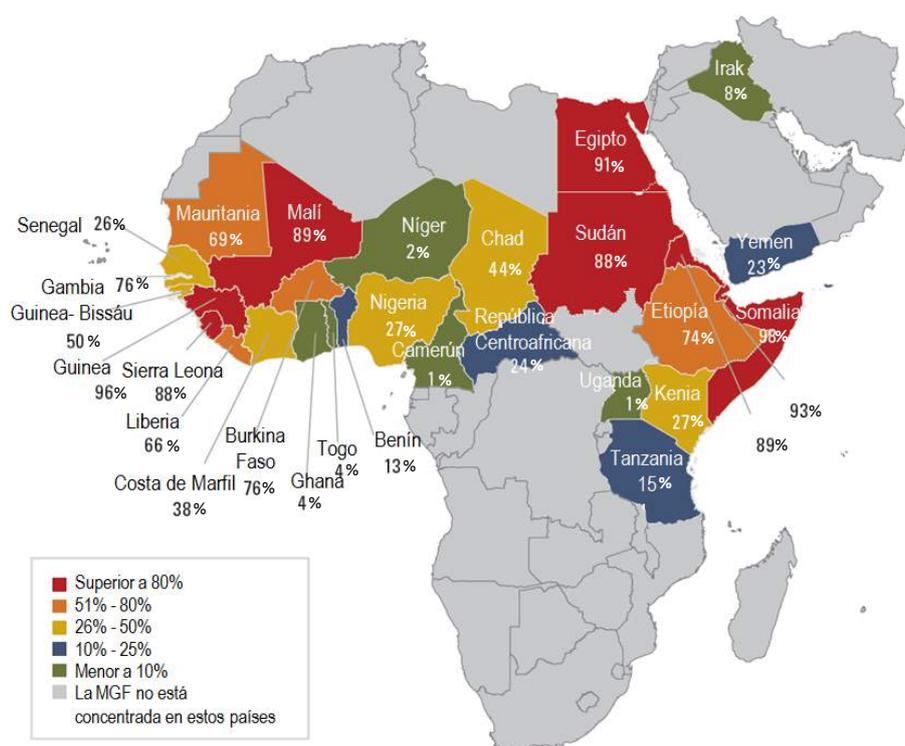
⁹⁷ Parlamento Europeo (2009) Lucha contra la mutilación genital femenina en la UE. *Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE (2008/2071 (INI))*. Estrasburgo.

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

1.1. Estudios de prevalencia en África

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

Figura 6. Mapa de prevalencia de la MGF en África



Fuente: UNICEF, 2013

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Declaraciones y conferencias internacionales

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

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

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

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

¹⁰⁶ *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹¹⁰ <http://www.iac-ciaf.net/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹¹⁵ *Conferencia Mundial de Derechos Humanos*, 1993.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹²⁵ Resolución 60/1

¹²⁶ Reiterando la Resolución 65/1

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

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

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

1.4. Legislación internacional

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

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

¹²⁸ Resolución 67/146.

1.4.1. Legislación de la mutilación genital femenina en África

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

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

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

* Reflejan reformas de la ley original o leyes nuevas.

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

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

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

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

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

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

1.4.2. Resoluciones y legislación en la Unión Europea

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.3. Legislación específica en Europa

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

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

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

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

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

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

1.5. Reflexiones. Efectividad y retos

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

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

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

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

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

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

2. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA

2.1. Población procedente de los países que practican la MGF

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

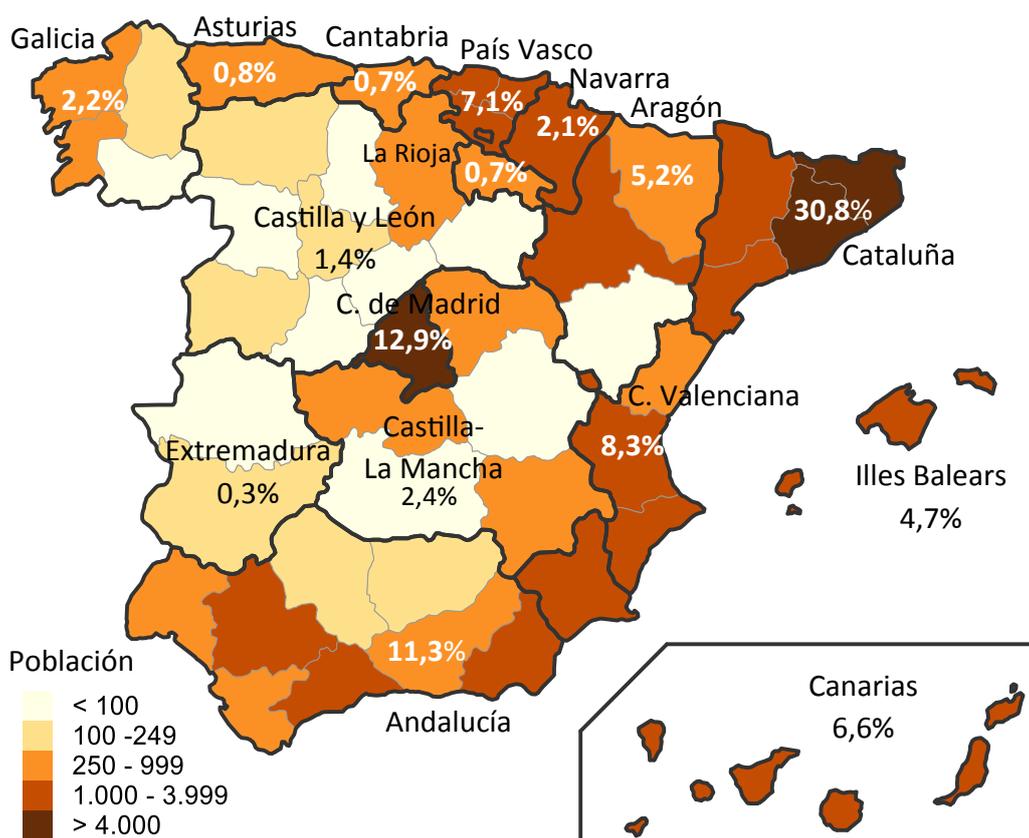
La metodología se basa en la explotación de los datos del padrón según la nacionalidad (población procedente de países que practican la MGF) y el sexo. La población femenina se agrupa de 0 a 14 años y de 15 años en adelante. Dichas variables se actualizan regularmente y de forma sistemática.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Escenarios y características de la MGF

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

Tabla 3. Escenarios de la MGF en España

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

Realización propia, a partir de la fuente:

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

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

2.2.1. Mujeres que llegan a España con la MGF practicada

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

2.2.2. Niñas que llegan a España con la MGF practicada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Legislación

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

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

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

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

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

1. El que cause a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.
2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor incapaz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

«1º el procedimiento se dirija contra un español;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Miradas profesionales. Desde el Derecho Penal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Miradas profesionales. Desde el Derecho Penal

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

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

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

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

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

Miradas profesionales. Desde el Derecho Penal

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

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

2.4. Protocolos y sentencias

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

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

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

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

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

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

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

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

Caso de Teruel, Aragón. 2011

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

¹⁶⁸ 2006, 2010, 2013 y 2017.

1. CONTEXTO SANITARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. ÁMBITO DE ESTUDIO

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

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



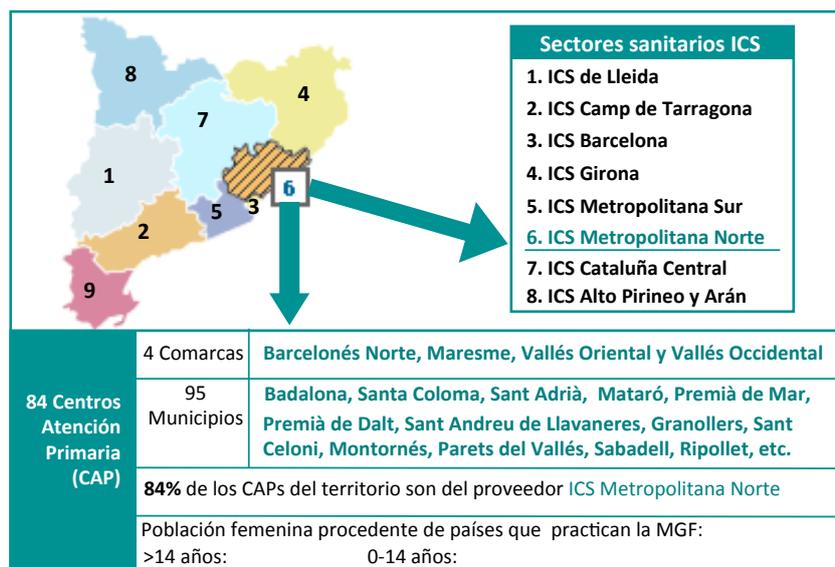
Fuente: realización propia a partir de la fuente:

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

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

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

Figura 8. Sector sanitario: ICS Metropolitana Norte

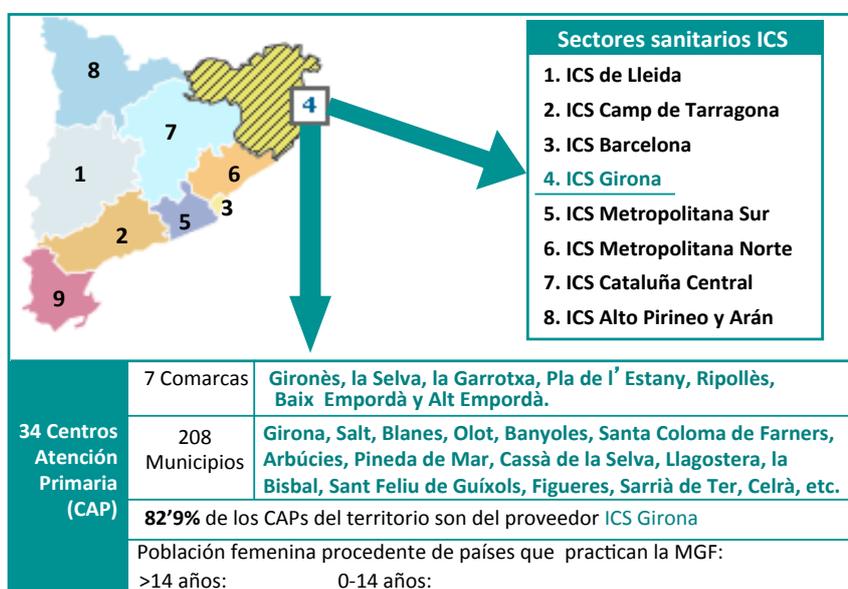


Fuente: realización propia a partir de las fuentes:

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

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

Figura 9. Sector sanitario: ICS Girona



Fuente: realización propia a partir de la fuente:

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

3. POBLACIÓN DIANA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. REGISTROS DE SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 4. Códigos existentes y utilizados en Cataluña hasta 2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. METODOLOGÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por franjas de edad:

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

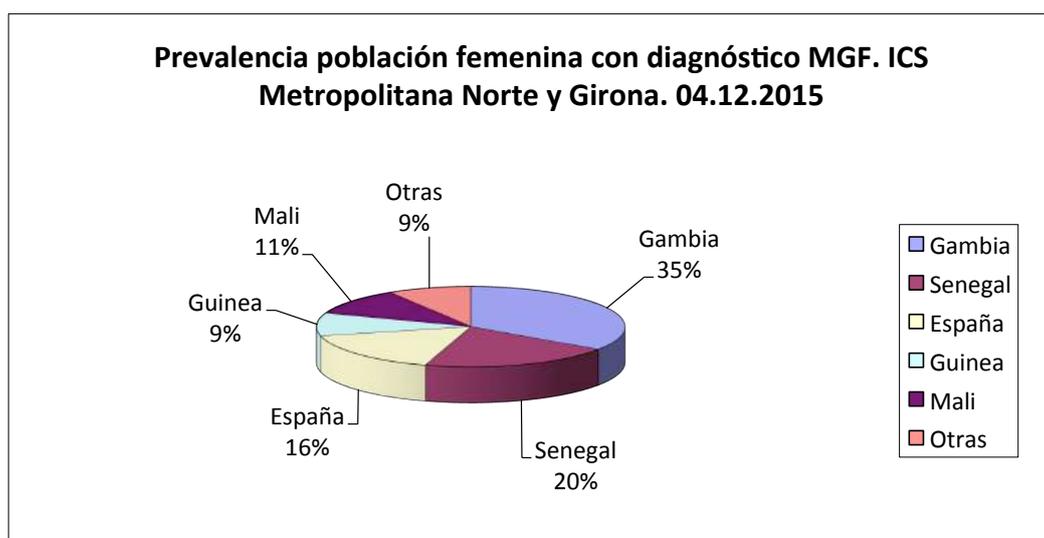
Población femenina 0-14 años con diagnóstico "MGF" según sector sanitario							
Sector sanitario	Gambia	Senegal	España	Guinea	Mali	Otras	Total
ICS Metropolitana Norte	37	29	9	6	10	3	94
ICS Girona	33	9	6	6	12	8	74
Total	70	38	15	12	22	11	168

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

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

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

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

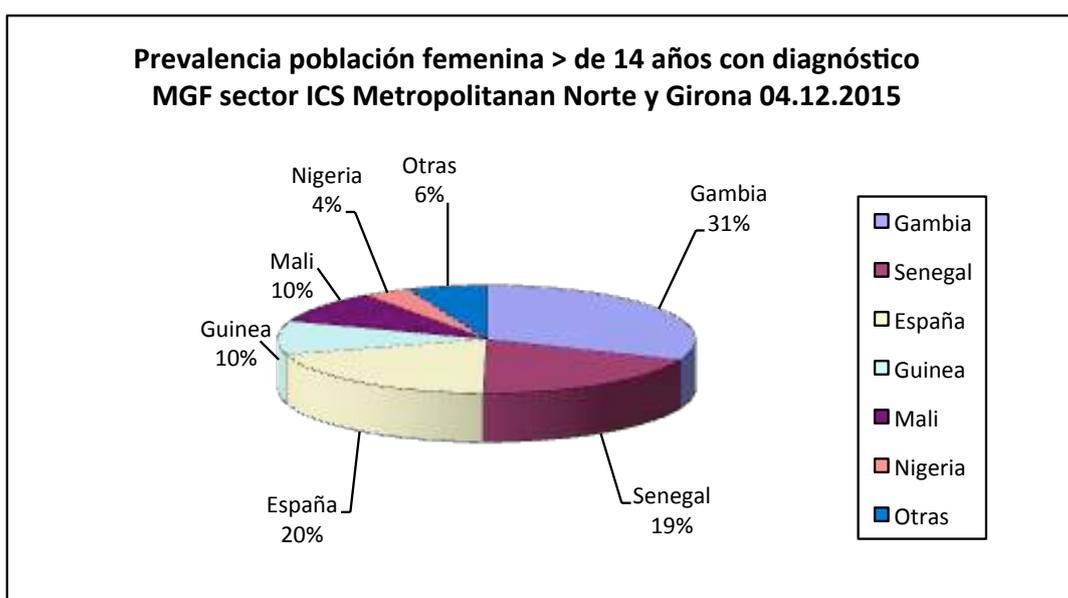


Fuente: realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos N.90.81 y S.38.2 de nuestro ámbito de estudio, sectores: ICS Metropolitana Norte de Barcelona y ICS Girona. Fecha de la extracción: 30.10.2015 (Metropolitana Norte Barcelona) y 04.12.2015 (Girona) Facilitada por los Sistemas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

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

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

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



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

Fecha de la extracción: 30.10.2015 (Metropolitana Norte Barcelona) y 04.12.2015 (Girona)

Facilitada por los Sistemas de Información del Institut Català de la Salut de ambos sectores.

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

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

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

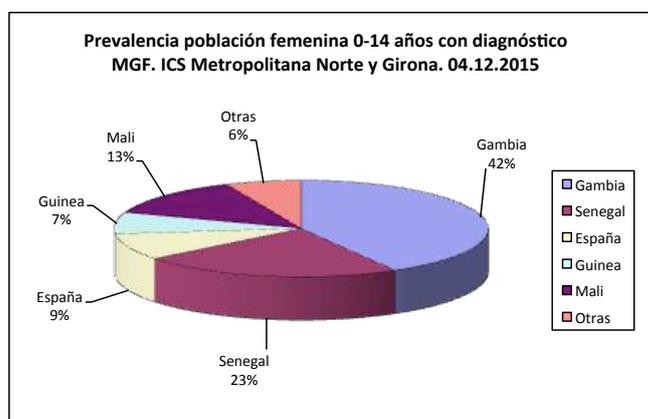
Fuente: realización propia, a partir de la explotación de códigos diagnósticos N.90.81 y S.38.2 del ámbito de estudio. Sectores ICS: Metropolitana Norte (30.10.2015) y Girona (04.12.2015).

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

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

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

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



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

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

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

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

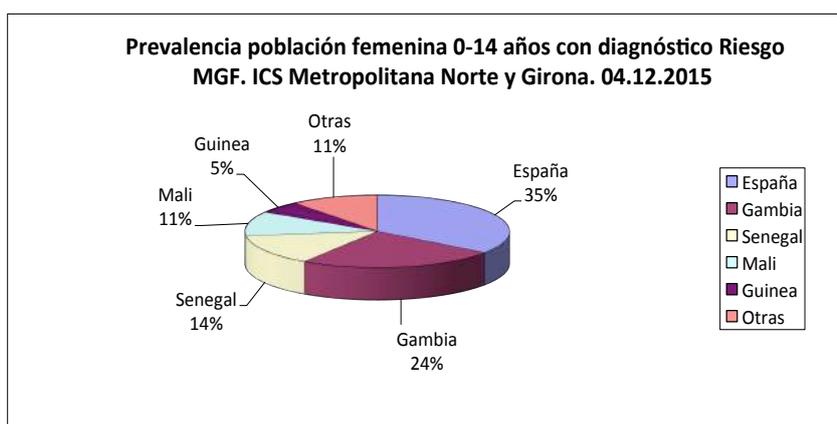
Municipio	Población diana 0-14	Diagnósticos MGF	% Diagnóstico
Salt	374	20	5,35
Mataró	347	17	4,90
Sabadell	257	9	3,50
Terrassa	161	2	1,24
Girona	159	7	4,40
Granollers	159	22	13,84
Banyoles	129	2	1,55
Badalona	109	0	0,00
Figueres	109	4	3,67
Sta. Coloma de Gram.	93	0	0,00
Canovelles	79	0	0,00
Mollet del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

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

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

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

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



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

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

Tabla 12. Diagnóstico Riesgo MGF sectores ICS 2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

7.1. Alcances y limitaciones de la codificación diagnóstica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Factores de formación

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Factores de procedimiento

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

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

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

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

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

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

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

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

Miradas profesionales. Ámbito de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

Miradas profesionales. Ámbito de salud

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

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

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

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

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

Miradas profesionales. Ámbito de salud

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

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

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

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

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

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

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

Miradas profesionales. Ámbito de salud

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

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

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

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

8. CONCLUSIONES

Destaca la muy baja detección de mujeres que han sufrido una MGF (4,87 % de la población diana), a pesar de la elevada prevalencia de MGF en Gambia (76%), Senegal (28%), Nigeria (21%), Mali (89%) y Guinea Conakry (96%) (UNICEF, 2013). Existen varios motivos por los cuales se da una baja detección:

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

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

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

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

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN CATALUÑA

LAS DOS CARAS DEL MURO.

Introducción

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

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

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

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

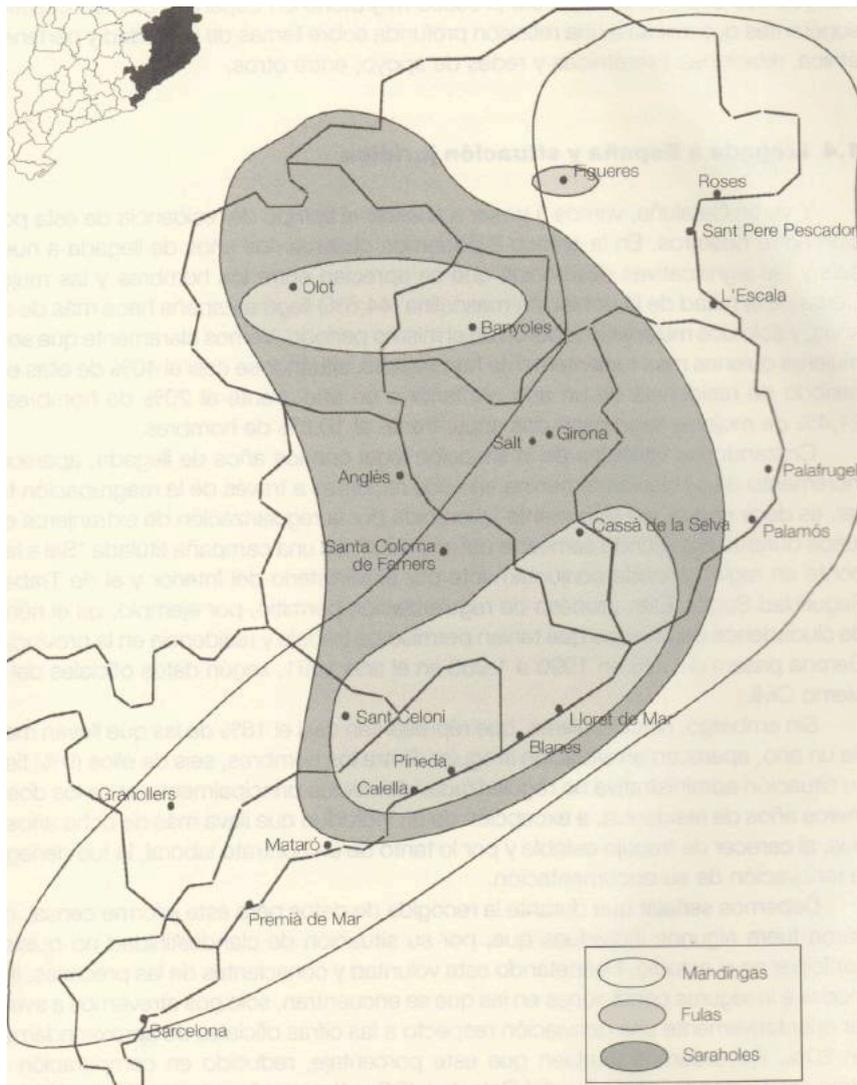
Por último, el tercer período corresponde del año 2005 al 2008. Caracterizado por la consolidación de los dos modelos de intervención ante la MGF estudiados: el Modelo Wassu, con la puesta en marcha del Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada para la Prevención de la MGF, cuyo embrión comienza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

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

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

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

Figura 19. Mapa Localización étnica en Cataluña



Fuente: (Kaplan, 1998:95)

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

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

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

a) El caso Mataró (1993)

Miradas profesionales. Ámbito de salud

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

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

En 2001 Julia Roperó opina sobre el desarrollo del caso¹⁹⁴.

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

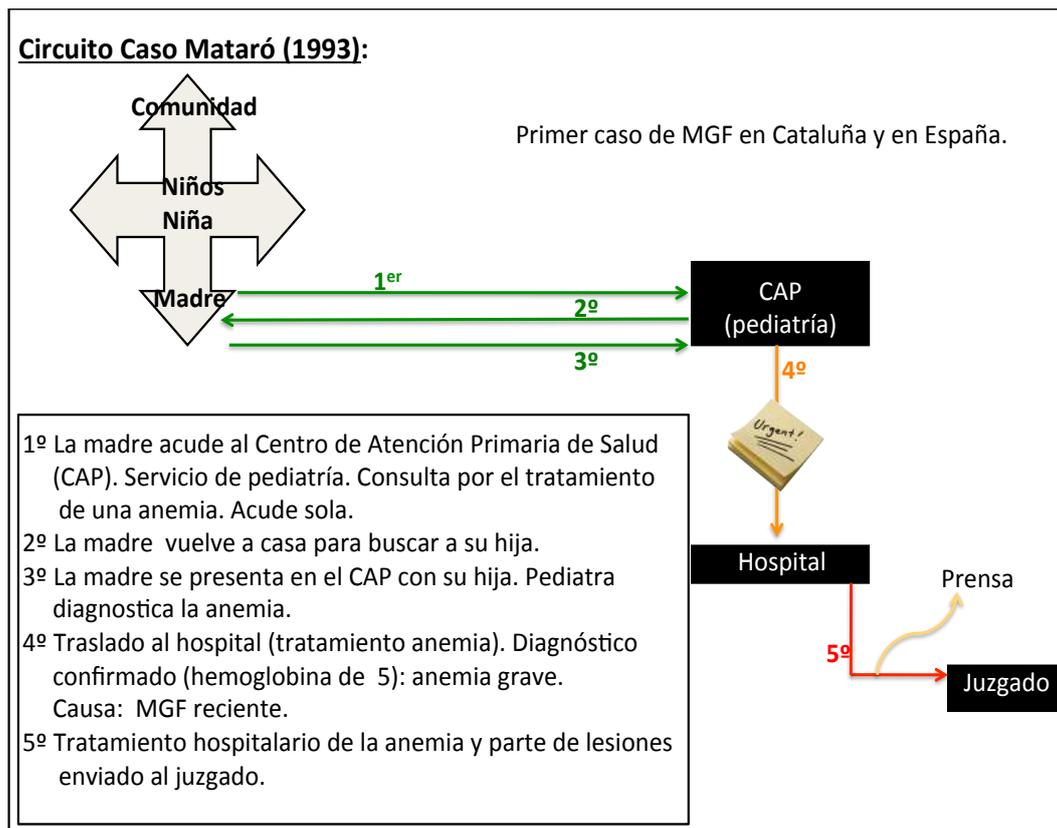
¹⁹⁴ Roperó, J. (2001) *El derecho penal ante la mutilación genital femenina*, Diario 5383 de 26 de septiembre de 2001, Editorial La Ley, Madrid.

Miradas profesionales. Ámbito jurídico

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

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

Figura 20. Circuito del caso de Mataró (1993)



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Miradas profesionales. Ámbito de la mediación intercultural

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Miradas población afectada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. El embrión del Observatorio Transnacional de la MGF

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

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

El Centro de Atención Primaria de Salt, fue pionero en el abordaje de la práctica gracias a la iniciativa y el trabajo que hizo Granada Rebollo con la puesta en marcha de una consulta específica para abordar el tema con las familias. Era la consulta de Educación para la Salud y bajo este nombre y filosofía, atendía a las familias.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Era molt interessant, molt dur i esgotador alhora, perquè potser veia 15 homes i 8 dones en un matí. Eren entrevistes llargues. Citava als pares, a la mare, al pare i a les criatures. Si eren petites no, però si eren grans i volien venir, i els pares volien que jo li expliqués, idò encantadíssima. També hi havia noies adolescents que venien soles, que venien a dir que no volien ser mutilades. Tinc unes 400 entrevistes. Algun dia m'agradaria fer un treball per publicar-ho, perquè em sembla que és un material molt interessant, perquè son entrevistes directes, de moltes preguntes; de les ètnies, de les edats, les edats dels matrimonis, els fills amb un, amb l'altra, amb genogrames, amb les reminiscències del marit amb les altres dones, etc... En aquesta entrevista, abordava el tema de la mutilació, els hi demanava als homes, "què penses sobre això que se li ha fet a les dones?", ells contestaven, "es lo que nos hacen a nosotros" i jo li demanava, "¿qué es lo que os hacen a vosotros?. Aquí ells m'explicaven la circumcisió masculina i jo els hi feia veure, les diferències amb la pràctica, que li feien a les dones.»

Transcripción entrevista P2, enfermera
Provincia de Girona, 06.03.2014

A finales de los 90, los servicios sociales potencian la creación de asociaciones. Granada Rebollo junto con Mariama N'Dow funda la Asociación Yamarikafo²⁰⁷ en Salt, que a través del teatro, sensibilizaban sobre el tema de la MGF a la comunidad. Hay que destacar que a raíz de los dos casos, la comunidad africana se comprometió a no realizar la práctica en España.

Nacen otras asociaciones de mujeres africanas, sobre todo de Gambia y de Senegal, que realizan acciones de sensibilización para la prevención de la práctica y contribuyen al codesarrollo en las comunidades de origen a través de proyectos de cooperación. Destacamos a la Asociación Musukafo²⁰⁸ en Mataró, con Eva Bojang y AMAM²⁰⁹ en Barcelona, con Mama Samateh y Fatou Secka. En todas ellas, participó Adriana Kaplan, trabajando codo a codo con la comunidad, participando en sesiones y debates.

²⁰⁷ Yamarikafo significa en lengua mandinga, grupo de todos

²⁰⁸ Musukafo, significa en lengua mandinga, grupo de mujeres. Esta asociación se crea no sólo para trabajar la prevención de la MGF, sino para dar soporte a las mujeres en otros temas.

²⁰⁹ AMAM, Asociación de Mujeres Anti Mutilación.

Estas asociaciones se convierten en referentes para las mujeres del África Subsahariana en España, e intervienen en los debates para evitar los prejuicios sobre la práctica y la estigmatización de las mujeres africanas. Destacamos el artículo publicado en *El País*, «Mutilaciones femeninas»²¹⁰, del 5 de diciembre de 1998, en el que la asociación AMAM pide que se evite utilizar las palabras como «salvaje», «satánico», «intrusos hambrientos y esclavizados» al hablar de otras culturas.

En 2002, Adriana Kaplan y María Helena Bedoya presentan al Grupo de Interés Español (GIE) en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva el informe *Mutilaciones genitales femeninas, la respuesta del derecho*²¹¹, en el que se exponen cronológicamente los trabajos parlamentarios realizados en el Estado español para dar cumplimiento y desarrollar una legislación interna a los acuerdos adoptados por los organismos de Naciones Unidas y la «IV Conferencia de Mundial de las Mujeres en Pekín» (1995), así como las campañas de información y asistencia en materia sanitaria que se realizaban o se realizarían en un futuro inmediato.

La base, sobre la cual se gesta el Modelo Wassu tiene un enfoque vinculado al estudio de las migraciones, de la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio y a la transferencia del conocimiento en cascada circular y longitudinal. Los antecedentes de investigación-intervención social en España y Europa, que lidera como investigadora principal Adriana Kaplan eran:

- (1998) *European Network for the prevention of FGM*. Proyecto Daphne I.
- (2000-03) *Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España. Retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias*. I+D Instituto de la Mujer.
- (2002) *Mutilaciones Genitales Femeninas: respuestas desde el derecho y la política*. Grupo de Interés para el Estudio de la Población, GIE/Fundación CIDOB.

²¹⁰ AMAM (1998) Mutilaciones femeninas. *El País*, Edición Cataluña, 5 de diciembre de 1998.

²¹¹ Kaplan, A. y Bedoya, M.H. (2002) *Mutilaciones genitales femeninas, la respuesta del derecho*. [Documento no publicado, realizado para el Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE). Como uno de los resultados del Programa Daphne (2000-2003) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia contra los niños, los adolescentes y las mujeres. Iniciado dentro del Proyecto IDIL (*Instruments to develop the integrity of lases-* Instrumentos para proteger la integridad de las niñas). En: Comisión Europea (2002) «*Ciudadanía Carta de derechos fundamentales, Racismo y xenofobia*». Bruselas, 169 final.

- (2002-03) *IDIL: Instruments to develop the integrity of lasses* (Mapa y Guía). Proyecto Europeo Daphne I.
- (2003) *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to Female Genital Mutilation*. Proyecto Europeo Daphne.
- (2004) Documental *Iniciación sin mutilación*, presentado en el Fórum Mundial de las Mujeres. Barcelona.
- (2003-07) *Las MGF en España: identidad, derechos humanos e integración social*. Programa Ramón y Cajal, Ministerio de Ciencia y Tecnología. Dpt. Antropología Social y Cultural, Universidad Autónoma de Barcelona.

Posteriormente, se unieron al equipo profesionales de la comarca del Maresme. En esta comarca, Adriana Kaplan también había realizado trabajo de campo²¹² en el que se crearon relaciones personales que potenciaron el trabajo conjunto, dando respuesta a las necesidades de las profesionales que trabajaban en atención primaria.

Este fue el escenario, en el que a principios del 2000, se constituye el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, cuya investigadora principal es Adriana Kaplan. Está compuesto por profesionales del ámbito sanitario (pediatras, médicos de familia, enfermeras, ginecóloga y salud pública), trabajo social, pedagogía social, derecho y antropología, que empieza con rigor y entusiasmo.

A grandes rasgos, a principios del 2000, el GIPE/PTP trabaja en los siguientes aspectos: elaboración de materiales para profesionales: video²¹³ y guía para profesionales²¹⁴, formación a profesionales de atención primaria, análisis de casos producidos en Cataluña, análisis de encuestas Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de los y las profesionales y continua con el trabajo etnográfico en las sociedades de origen.

²¹² Kaplan, A. et al. (2000-03) *Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España. Retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias*. I+D Instituto de la Mujer, *European Network for the prevention of FGM*. Proyecto Daphne I "Lucha contra la violencia ejercida contra los niños, los adolescentes y las mujeres".

²¹³ Kaplan, A. y Risler, S. (2004) *Iniciación sin mutilación*. [DVD]. Barcelona, Ovideo, 34 minutos.

²¹⁴ Associació Catalana de Llevadores, ed. (2004) *Mutilación Genital Femenina: Prevención y atención*. Guía para profesionales. Barcelona, Proyecto IDIL, Programa Europeo DAPHNE. Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html [Consultado: 22.01.2016].

2. AÑOS 2000-2004. LA RESPUESTA DE LA ADMINISTRACIÓN CATALANA

Del 2000 en adelante, hay una respuesta institucional por parte de la Administración Catalana sobre esta situación. Entre las propuestas políticas, el Parlament es pionero en la aprobación de una resolución para erradicar la MGF. La Resolución 832/VI²¹⁵ aprobada por el Parlament de Catalunya en 2001, se realiza unos meses antes de la Resolución del Parlamento Europeo 2001/2015 (INI), en la que insta al Gobierno a hacer un plan de choque para erradicar las mutilaciones rituales femeninas a partir de medidas preventivas y asistenciales de los ámbitos de salud, servicios sociales y educación. Sin embargo, el gobierno catalán²¹⁶ focaliza la intervención en la puesta en marcha de mecanismos para el control y la persecución de la práctica (Foucault: 1975) a través de publicar protocolos y leyes, como veremos a continuación.

Unos meses antes, previa a la Resolución 832/VI, un juez de Girona retira el pasaporte a una niña de cuatro años por el riesgo de sufrir una MGF durante la estancia vacacional en el país de origen de sus padres. Este caso salta a la prensa junto con otros. Vemos la mirada médica a través de ellos. Según el artículo «La ablación de niñas se practican en España²¹⁷» publicado en *El País* los médicos habían denunciado hasta treinta casos de MGF, pero ninguno de ellos había prosperado. Una pediatra manifiesta que «*ahora la población va con más cuidado a la hora de practicar la ablación*», otra profesional «*si se aborda como un hecho aislado vamos a fracasar. La solución llegará a largo plazo y cuando consigamos garantizar a estas mujeres una vida normal*» y advierte que la focalización en este asunto estigmatiza al colectivo subsahariano. Otro profesional, en otro artículo²¹⁸ se muestra crítico con la nula información que llega a los centros sanitarios sobre la atención que deberían recibir las personas «inmigrantes».

²¹⁵ Disponible en: <http://www.parlament.cat/document/nom/06b206.pdf> [Consultado: 2010].

²¹⁶ En el que gobernaba el partido político Convergència i Unió.

²¹⁷ Irujo, J.M. (2001) La ablación de niñas se practica en España. *El País, Edición Cataluña*, 29 de abril de 2001.

²¹⁸ Redacción Girona (2001). Un juez de Girona evita con ayuda de un juez la ablación a una niña de cuatro años. *El País, Edición Cataluña*, 30 de abril de 2001, página 30.

2.1. Marco político. Plan de acción [2001-04]

En 2001, la Secretaria para la Inmigración pone en marcha el *Pla Interdepartamental d'Inmigració [2001-2004]*²¹⁹, en el cual uno de los programas transversales de género era el *Programa de Prevenció de la MGF en els col·lectius de dones de països on es practica*²²⁰. El organismo responsable del desarrollo de este programa es el Institut Català de la Dona (ICD) y los departamentos colaboradores son la Secretaria de Inmigración, el Departamento de Salud, el Departamento de Educación, el Departamento de Interior y el Departamento de Bienestar Social.

El objetivo general de este programa es «prevenir la práctica de la MGF en aquellos colectivos de mujeres procedentes de países donde esta práctica era habitual» y el objetivo específico «ofrecer información sobre la MGF y sus consecuencias». Según la descripción del programa, se tiene que elaborar material encaminado a prevenir la práctica de la MGF y ofrecer sesiones informativas. El calendario previsto es 2001 elaboración del material, y 2001-2004 difusión y medidas de soporte, como acciones de coordinación con entidades de mujeres inmigrantes y/o entidades de mujeres, de zonas donde se concentrara un elevado número de personas migradas afectadas. Este programa planteaba evaluarse mediante los indicadores siguientes: número de ejemplares difundidos del protocolo de actuación de MGF, número de sesiones informativas realizadas, número de personas asistentes y recursos desplegados. Una evaluación que no valora el impacto de las acciones desplegadas²²¹.

2.2. Resultado del plan de acción. I Protocolo de Actuación para Prevenir la MGF

En 2002 la Generalitat de Catalunya presenta su primer Protocolo de Actuación para Prevenir la MGF²²², editado por la Secretaria per a la Immigració²²³ y elaborado por la Comisión Técnica interdisciplinaria de los Departamentos implicados: Salud, Educación, Bienestar Social, Justicia, Interior, el Institut Català de la Dona (ICD), la Subcomisión de Violencia Doméstica de Girona, del Grupo de Trabajo-MGF entre ellos Joan Mayoral de

²¹⁹ Secretaria per a la Immigració (2001) *Pla Interdepartamental d'Immigració 2001-2004*. Generalitat de Catalunya. [Plan aprobado en la sesión del Gobierno del día 18.07.2001].

²²⁰ Programa nº 8.2 del Departamento de la Presidencia. Página, 202-203. *op. cit.*

²²¹ No se ha solicitado, porque no se ha considerado relevante para esta investigación. El impacto de las acciones desplegadas se evaluará de 2011 a 2015, en esta investigación transversal.

²²² Secretaria per a la Immigració, ed. (2002), *op. cit.*

²²³ Dos años después de su creación, el 31 de agosto de 2000, en el que Gobierno de Catalunya aprueba su creación, adscrita al Departamento de la Presidencia.

la Dirección de Justicia de Girona y un grupo de profesionales, que había empezado a trabajar el tema a principios de los 90, en la provincia de Girona, entre ellos la pediatra Nadette Viñamata, la enfermera Granada Rebollo y la antropóloga Adriana Kaplan.

Es el primer protocolo del estado español en materia de la MGF. Este documento se visualiza en la Resolución 832/VI, en que el Parlament de Catalunya insta al Govern de la Generalitat a crear una comisión interdisciplinaria de expertos, para diseñar un plan de acción contra la práctica de las mutilaciones rituales femeninas en Cataluña. Se creó la comisión que realizó el protocolo. Sin embargo, el plan de acción se centró más en el control que en la prevención.

El marco legal del protocolo hacía referencia al marco legal vigente en la época, en el que la MGF se consideraba un delito de lesiones, haciendo referencia al artículo 147 del Código Penal. El principio de extraterritorialidad de la legislación penal en aquel momento, impedía que se castigara la práctica realizada en el extranjero. Sin embargo, el protocolo argumentaba que podía ser perseguible el acto preparatorio del viaje si se iba a realizar una MGF al considerarse la figura legal de «proposición y/o conspiración» que sí estaba tipificada en el Código Penal. De esta manera, un juez podía ordenar la aplicación de medidas cautelares como la retirada del pasaporte y la revisión de los genitales de la menor por un médico forense cada seis meses hasta la mayoría de edad. Por otra parte, el protocolo recoge en su introducción:

El abordaje preventivo de las mutilaciones genitales femeninas debe tener en cuenta que la vía judicial será el último escalón del proceso y únicamente se utilizará en aquellos casos, en los que las intervenciones de los operadores implicados, reconocidos en este protocolo, no hayan conseguido las garantías necesarias. (Secretaria per a la Immigració, 2007: 6)

En su intervención aparecen profesionales sanitarios, de servicios sociales de atención primaria, docentes y cuerpos de seguridad. Debe haber formación continuada para profesionales en colaboración con el Institut d'Estudis de la Salut (IES). Paralelamente, se propone la edición del protocolo específico Programa del Nen Immigrant²²⁴ como anexo del programa de pediatría Programa del Nen Sa²²⁵.

²²⁴ Este protocolo: Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del Nen Sa*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 64 páginas. Se editó en 2005,

La intervención con las familias y con la comunidad se proponía desde la educación sanitaria y en el marco del Programa del Nen Sa. En el caso que hubiera un viaje al país de origen, debía llevarse a cabo el abordaje del tema con la familia y una exploración pediátrica de la niña, juntamente con la programación de una cita a la vuelta. Si la familia se mostraba abiertamente a favor de la MGF, el personal debería ponerse en contacto con los servicios sociales y con el EAIA²²⁶. En el caso de detección de una MGF, el protocolo proponía denunciar «si la MGF ha sido realizada y ha habido intervención previa».

Los profesionales de servicios sociales intervenían en la formación en los equipos, la edición de material informativo y la realización de charlas con asociaciones del África Subsahariana, en el marco del trabajo comunitario. En el caso de viaje, al igual que se ha explicado en el apartado anterior, los servicios sociales podían coordinarse con el EAIA. Solo «si la familia se mostraba abiertamente a favor de la MGF o verbalizaba que realizarían la práctica en el país de origen», deberían comunicarlo a la Fiscalía.

La intervención de los profesionales de los centros docentes se incorporarían en el marco de los cursos sobre diversidad cultural. En cuanto a la certeza de un viaje o la «sospecha razonable», la dirección del centro debería informar a los servicios sociales y al inspector del centro. Frente a la detección de una MGF, se informaría directamente a la Fiscalía.

Por último, cabe mencionar la intervención de los cuerpos de seguridad. Respecto a la formación, se proponía que se incluyera en el marco de la formación en multiculturalidad. En cuanto a la intervención con la comunidad, se proponía aprovechar las charlas informativas «al colectivo inmigrante» para informar que en Cataluña la MGF es un delito. Respecto a la proximidad de un viaje, propone tramitar las denuncias.

en el marco del *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut* [2005-2007] y como el resto, a penas se dio a conocer en los territorios.

²²⁵ Direcció General de Salut Pública, ed. (2005), *op. cit.*

²²⁶ Equipo d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència.

2.3. Primeras actuaciones ante la MGF, promovidas por la Generalitat de Catalunya

En 2003, la Secretaria per a la Immigració de la Generalitat, «anuncia» (Foucault: 1990) junto a la Fiscalía que intensificarán el control de las familias subsaharianas que viajen al país de origen con sus hijas. Estas serán objeto de control judicial y médico con una primera revisión genital. Si la Fiscalía dictamina que las niñas pueden viajar, estas serán obligadas a pasar otra revisión a la vuelta del viaje. Así lo recoge un teletipo de la cadena catalana TV3 «Les nenes immigrants a Catalunya amb risc d'ablació seran objecte de control mèdic i judicial»²²⁷. Explica que «este es el principal resultado de un protocolo de actuación de la MGF acordado hoy por el secretario de Inmigración de la Generalitat Salvador Obiols [...] y el fiscal José Maria Mena». En este comunicado se advierte que la submisión a una revisión médica de una menor podría representar una vulneración de su derecho a la intimidad, por lo que se anuncia que será necesaria la autorización de un juez para ello. Se vuelve a ver la focalización del tema en medidas exclusivamente de control frente a los viajes.

Con la aplicación de estas medidas cautelares, podíamos presenciar una victimización secundaria a las mujeres que ya estaban mutiladas y represalias a las profesionales que habían denunciado. Una de ellas nos explica el siguiente caso:

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«[...] Aquí es va retirar el pasaport i la dona va rebre maltractaments. [...] Era una família de risc, no hi havia manera de parlar amb el pare, no es mullava, havíem entrevistat a la mare, a la nena, no sabíem què podria passar al viatge, ni sabíem si tornarien o no... [...] en aquest cas hi va haver molt de merder [...] Em va venir a trobar aquí, un dia de guàrdia, un dissabte amb la dona amb el cap ben cot que jo pensava que rebiem perquè nosaltres no tenim ningú a la porta, estàvem soles, eh? Em va venir a amenaçar i no el vaig denunciar perquè hagués anat a presó, perquè si jo el denuncio se'n va a la presó, però vaig ser suau. Llavors va haver de sortir un moment fora perquè li va sonar el mòbil i li vaig demanar a ella què havia passat i em va dir, "no et preocupis". Ella acceptava rebre i li vaig dir que ho hauríem de denunciar. Ella no ho tenia gens clar, els nens no els tocava. Es destaca molta cosa..., i be, tenen retirat els passaports fins els divuit anys.

²²⁷ Telenoticias TV-3 (2003) Les nenes immigrants a Catalunya amb risc d'ablació seran objecte de control mèdic i judicial. *Telenoticies.cat*, 8 de julio de 2003.

»Els Mossos van començar a participar, després d'haver elaborat el primer protocol, després del 2002, però s'ha de dir que, totes les actuacions judicials que van fer a Olot, les vam fer com a pediatres, no les vam fer mai a través de Mossos". [...] en canvi, quan es varem muntar les Taules²²⁸, i es varen incorporar els Mossos, es feia a través d'ells.»

Transcripción entrevista P4, profesional de la salud.
Provincia de Girona. 19.03.2014

El 10 de agosto de 2003, sale en la portada de *El Mundo*, el artículo «Mujeres africanas se alzan contra la ablación»²²⁹, en el que se da voz a la Asociación Yamarikafo de Salt a través del caso de tres mujeres africanas —madre, hija y abuela— en su lucha por la erradicación de la MGF. La abuela había practicado la MGF a la madre y esta la había evitado en su hija. La abuela, que se encuentra de vacaciones en Salt, explica para el periódico que entendió los motivos de su hija y que los respetó, porque estaban fundamentados y eran de peso. Comenta que de haberlo sabido antes, no hubiera practicado la MGF a su hija, quien añade: «*Yo no guardo ningún rencor a mi madre*».

El artículo plantea el tema de los viajes con el siguiente titular: «El riesgo aumenta cuando las menores van en verano a la tierra de sus padres. Los Mossos aumentan la vigilancia de las potenciales víctimas durante las vacaciones escolares». La representante de los Mossos explica que «*existe un peligro nuevo, que las niñas no regresen tras el viaje [...]*», por lo que justifica la aplicación de medidas cautelares como la retirada del pasaporte y la revisión de los genitales por un médico forense hasta la mayoría de edad. Que las niñas no regresen tras el viaje podría ser el resultado de políticas punitivas tan duras como las amenazas de cárcel, las retiradas de la patria y potestad de las menores o las confiscaciones de los pasaportes.

También se explican los circuitos a seguir ante la detección de los viajes: «*Los maestros suelen ser los primeros en enterarse de ese tipo de cosas y son ellos los que, muchas veces, informan a las autoridades*». Por lo que explica el artículo, «la mosso se dedica

²²⁸ Refiriéndose a las Mesas de Prevención de la MGF, herramienta creada por la Secretaria per a la Immigració de la Generalitat de Catalunya, para el despliegue del protocolo de la MGF, que nace en la provincia de Girona y se extiende a toda Cataluña a partir del 2008-09. Este modelo, que se basa en el control de casos delante de un viaje. Ver Capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF.

²²⁹ Figueredo, E. (2003) Mujeres africanas se alzan contra la ablación. Un grupo de mujeres africanas lucha desde una asociación de Salt por convencer a los suyos de que debe erradicarse la ablación del clítoris. *El Mundo, Edición Cataluña*, 10 de agosto de 2003.

a explicar a los miembros de la comunidad subsahariana y a profesionales de la enseñanza o la medicina, que la Generalitat dispone de un protocolo de actuaciones que les atañen para prevenir la mutilación femenina». De aquí que maestros/as y sanitarios/as informen directamente a los Mossos d'Esquadra delante de cualquier viaje. Ante este aviso, estos se presentaban en los domicilios de las familias. La mosso explica que «a veces se ha ido a domicilios con la correspondiente orden judicial y en otros, por iniciativa de la propia policía autonómica».

Miradas profesionales. Àmbit de interior

«[...] el que es feia, jo trucava al domicili, els demanava permís per parlar amb ells, perquè efectivament, no tenen cap obligació de parlar amb la policia, però permís per parlar amb ells, i m'adaptava als seus horaris, i llavors, jo anava al domicili. Normalment em convocaven a les 9 del vespre, que era quan tothom ha fet la feina, i jo agafava el meu cotxe, anava a veure'ls. Van ser molts de domicilis que jo hi vaig anar a veure²³⁰. Vaig visitar sobretot a Salt, però també a altres municipis de comarques gironines. Allà és on vaig aprendre, i per exemple, amb un d'aquests, t'explicaré varies anècdotes [...] A n'aquells principis, no sé si teníem..., però en aquell moment no hi havia..., però va anar molt be, eh? perquè sortosament, i no “me'n penedeixo” gens, perquè això va permetre posar el tema a sobre de la taula i va haver-hi moltes famílies, que si no hi haguéssim intervingut, s'hauria mutilat i no es va mutilar.

»Als domicilis que no em volíem veure, els hi dèiem que aquesta informació la passariem als jutjat, perquè aquí hi havia una situació de risc i el jutge el citarà i no vindrà a casa seva, haurà d'anar-hi. Llavors jo trucava, llavors, si hi havia algú que posava resistència per parlar amb mi, “perfecte, cap problema”, però jo havia de ser sincera, llavors els hi deia, “mira, teníem informació de varis llocs, que vostès viatgen i no tenim clar el tema de les nenes i ho passarem al jutjat, potser que el jutjat, el vulgui veure, pensi que si el cita al jutge, clar... no li dirà, a quina hora li va bé?, li diria, demà, en aquesta hora vostè ha de venir aquí. Hi va haver-hi més d'un que em va dir “Doncs vine...”

»Als inicis, el motiu perquè em trucaven era perquè hi havia un viatge, treballàvem molt en situació d'emergència, això és que no hem aconseguir reduir, encara ara²³¹, perquè treballar preventivament, encara no es fa prou, perquè moltes vegades, l'alarma te la marca un viatge, jo encara l'any passat em vaig trobar amb un director d'un centre, que forma part d'una

²³⁰ “[...] he entrat a més de 70 domicilis” misma transcripción.

²³¹ Año 2014.

taula de treball del centre, doncs, si sabien que hi havia unes nenes que viatjaven, a veure, realment hi consideraven que hi havia risc, realment teníem tot el temps del món per treballar-ho, [...] i si veien que aquesta família, continuava sent de risc, doncs fas un informe a nosaltres o directament al jutjat, [...] i si el jutge, que si ha de prendre alguna decisió, idò que la prengui, no a una setmana vista del viatge, sinó que ho pugui fer sense que hi hagi un viatge programat.

»[...] Perquè clar, en aquells anys, era molt dur, perquè ens hi posàvem a l'última hora, hi havien hagut vegades, que s'havien retirat passaports, com encara passa ara. Llavors, evidentment, aquella gent portava molts anys estalviant, perquè a última hora, tots els professionals ens poséssim a sobre d'ells, per tant, lo que havien d'haver aconseguit aquests anys, es no treballar en situació d'emergència, que encara ara, no hem aconseguit. Allò, mira, estava mig justificat.

» És veritat, que hi va haver jutges, que davant d'una persona al Prat a punt de sortir, parlava amb mi, i em deia, ...i jo li deia, “jo l'entenc, senyor jutge, però em deixi parlar com a mínim parlar per telèfon”, per tant, parlava per telèfon amb gent que ja estava a l'aeroport i els hi deia “no poden tornar mutilades, perquè tindreu molts problemes quan torneu per aquí”. Per tant, introduir aquesta idea, aquestes nenes que viatgin, però que tornin íntegres, perquè clar, quan torneu, la gent aquí tenia la seva casa, intentar a última hora».

Transcripció entrevista P6, professional de Interior.
Provincia de Girona. 11.03.2015

Asociaciones como Yamarikafo junto con otros profesionales de salud manifiestan su indignación ante el control, la estigmatización y la persecución de la población por el simple hecho de viajar a su país de origen junto con sus hijas. Consideran que esta no es la manera para erradicar la MGF. Ante estas medidas punitivas, la población y los profesionales que trabajan sobre el tema se resienten.

Miradas profesionales. Àmbit de salut

«Van començar a actuar els Mossos d'Esquadra, jo em vaig assabentar per part de les mares que els mossos havien anant a les escoles i havien dit que quan s'assabentessin que alguna nena viatjava al seu país, ho havien de denunciar, qui fos. Fossin altres nenes, fossin els mestres,...s'havia de denunciar als serveis socials o als Mossos d'Esquadra. Llavors què passava? Això era l'any ...aproximadament 2000..., la policia va començar a anar a les cases quan s'assabentava de que algú viatjava. Al veure als Mossos al domicili, el veïnat pensava:

“què han fet aquests que ve la policia a casa seva?”, no? Llavors els marits de les dones de l’associació, que llavors a l’associació érem 112 dones actives, associades,..., els marits culpaven les dones. “Veieu, abans la policia no s’hi ficava amb aquest tema, “de si cortàbamos o no cortàbamos”, i ara que aneu a les reunions, ve la policia a casa. Relacionaven el fet de venir a les reunions, el fet de que la policia anés a les cases. A nivell dels marits, hi va haver dones que les van enviar a Gàmbia, que no havien mutilat les seves filles, i també hi va haver casos que a través de la intervenció dels mossos no els han deixat viatjar... i clar, a mi això,... Jo he treballat 19 anys amb aquest tema i m’he dedicat moltes hores, molt a gust, i em semblava molt greu, perquè no es pot anar així pel món carregant, i més per un afany de protagonisme, perquè qualsevol notícia que sortia..., “Els Mossos han evitat, han salvat... Els Mossos, i els mestres?, i els sanitaris?... què?”.

» Els Mossos anaven demanant històries clíniques, que és il·legal, que no poden sortir, però com anaven amb l’uniforme als professionals sanitaris els feia por i els donaven la història, pues això... Llavors, jo ho vaig denunciar públicament, en algun congrés, a qualsevol jornada, a qualsevol lloc, que no em semblava correcte, que no es podia actuar així. Pel fet de parlar com t’estic parlant en els llocs on jo he parlat, se m’ha acusat de fomentar la mutilació, de protegir les dones contra la policia, de que sóc un perill i han buscat molt contrarestar-me [...]».

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

Otro tipo de caso es el que se dio en la provincia de Girona, delante de la denuncia de una MGF practicada a una menor, detectada a la vuelta de un viaje al país de origen de sus padres. No existía todavía la LO 3/2005 que permitía perseguir la práctica realizada fuera del territorio español, por lo que no había ninguna garantía que prosperara la denuncia. Sin embargo, podían desencadenar efectos no deseados, como la doble victimización de las niñas. Una profesional de salud lo explica:

Miradas profesionales. Àmbito de salut

«[...] Aquesta família, com jo vaig posar la denúncia amb confidencialitat, és a dir, jo no li vaig explicar a ningú, però la propia comunitat es va adonar, i els van fer fora del poble [...], a mi em va saber molt de greu perquè a aquestes nenes no les vàrem poder ajudar, ni acollir, i no hi va haver manera de saber on havien anat a parar.»

Transcripción entrevista P4, profesional de la salud
Provincia de Girona. 19.03.2014

Volviendo al marco jurídico español, a finales de 2003 se modifica el artículo 149 del Código Penal y se especifica la práctica de la MGF en la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, sobre medidas concretas de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros²³². La concreción se refleja en el punto 2:

1. El que cause a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.
2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor incapaz.

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

2.4. Situación de la MGF en Catalunya (2004)

El *Informe sobre las mutilaciones genitales femeninas en Catalunya*²³³ que elabora con el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) acabado de constituir²³⁴ recoge la situación de las mutilaciones en Cataluña. En la siguiente tabla se resumen las dificultades que se encuentran por un lado en las familias migrantes subsaharianas y por otro las dificultades entre las profesionales de atención primaria.

²³² Publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 234, 30 de septiembre de 2003.

²³³ Kaplan, A. (2004) *Informes de las mutilaciones genitales femeninas en Catalunya*. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona. 9 páginas. Barcelona, 29 de abril de 2004. [Documento no publicado, presentado el 30.04.2004 a la Honorable *Consellera de Benestar Social i Família* de la Generalitat de Catalunya, la Sra. Anna Simó]. Kaplan hacía quince años que realizaba investigación aplicada, tanto en Cataluña, como en los países de procedencia de la MGF, había empezado a colaborar de forma informal, sin convenios firmados, ni financiación, elaborando materiales para profesionales y familias, realizando formaciones, etc, por lo que el GIPE/PTP propone una vez más su colaboración, sin recibir respuesta.

²³⁴ Como grupo de investigación del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, con la antropóloga Adriana Kaplan, como investigadora principal.

Tabla 14: Dificultades entre familias migrantes subsaharianas y profesionales

DIFICULTADES	
Entre las familias migrantes subsaharianas:	Entre las/los profesionales de atención primaria (y otros):
<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos de lealtades respecto a sus mayores en las sociedades gerontocráticas de origen, donde el poder lo ostentan los ancianos que representan y legitiman la reproducción de la tradición. • La incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa en España. • El mito del retorno está presente e incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género. • Consideran que no se tienen en cuenta otros problemas que para ellas son prioritarios, de carácter laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia doméstica, escolar, etc. • La existencia de una violencia simbólica difundida por los medios de comunicación a través de imágenes y palabras, no ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento por parte de los/las profesionales de atención primaria de la significación de la práctica. Genera temor a ser abordada desde el diálogo y el respeto. • Se generan dilemas profesionales de primera magnitud, ante la inminente partida de las niñas hacia África de vacaciones, la denuncia, las medidas legales y la posibilidad de no retorno. • Demanda de formación y asesoramiento por parte de estos/as profesionales para trabajar desde la prevención. • Debate entre estigmatización-criminalización versus integración, que poco contribuye a un proceso de enculturación selectiva a través del diálogo, que daría lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de las niñas, tanto por parte de las propias familias como de los/las profesionales directamente implicados en su prevención.

Realización propia, a partir de la fuente:

Kaplan, A. (2004) *Informe de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña*. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona. 9 páginas. Barcelona, 29 de abril de 2004. [Documento no publicado, presentado en el Parlamento de Catalunya]

Se destaca que Cataluña tenía una realidad étnica procedente mayoritariamente del África Occidental —concretamente de la región de Senegambia— centrada en Barcelona, Girona y Lleida. El informe aseguraba que el número de población «permitía una abordaje privilegiado» pero que hasta la fecha no se había facilitado una metodología óptima. Hacía falta un trabajo con las comunidades y con los y las profesionales de atención primaria. Se planteaba, la necesidad de un plan estratégico más amplio y transversal, que incluyera Salud y Educación.

El GIPE/PTP realiza investigación e intervención social. Inicia un estudio transversal en el tiempo y descriptivo en cuanto a objetivos. Diseña la encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la MGF²³⁵) para profesionales de atención primaria y para familias procedentes de los países que practican la MGF. El cuestionario recoge información sobre variables sociodemográficas (edad, género, profesión y especialidad), conocimientos sobre el tema y herramientas disponibles (protocolos, guías de intervención, etc), sobre la experiencia previa, la detección de la práctica, la

²³⁵ Que irá realizando periódicamente a profesionales: 2001-2004 y 2004-2007 y a familias: 2004-2007.

actuación o abordaje realizado y sobre las actitudes frente al abordaje (ignorar, educar y sensibilizar o denunciar) así como el interés suscitado (necesidad o deseo de conocer más sobre el tema y realización de formación).

El primer estudio CAP se lleva a cabo del 2001 al 2004. Los sujetos de estudio y la muestra fueron profesionales de 13 centros de atención primaria en salud, con un total de 280 cuestionarios. El ámbito de estudio fue la comarca del Maresme.

Tabla 15. Resumen de la encuesta CAP del GIPE/PTP a profesionales de la salud (2001/2004)

GIPE/PTP	Encuesta CAP, Conocimientos, Actitudes y Prácticas (2001/04) a profesionales de la salud del Maresme
	<ul style="list-style-type: none"> • 56% no identificaban bien los tipos de MGF. • 17% no estaban interesados en el tema. Delante de la pregunta ¿qué harías ante un caso de MGF? la respuesta era ignorarlo. • Afirmaban haber detectado o conocido algún caso en madres o hijas: 21% ASSIR (Atención Sexual y Reproductiva), 7% pediatría, 5% medicina de familia y comunitaria • Entre 2001 y 2004: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se triplica el nº de profesionales que dicen haber detectado o conocido algún caso. ○ Tendencia a disminuir las actitudes de sólo denunciar. ○ Aumentan las actitudes de sensibilizar y educar.

Realización propia, a partir de la fuente:

Kaplan, A.; Toran, P; Moreno, J.; et al. (2009)

[Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence.](#) In *BMC Health Services Research*, No9: BioMed Central. pp. 11.

Como se señala en los resultados de esta encuesta, entre 2001 y 2004 en la comarca del Maresme se aprecia un cambio de actitud que tiende a disminuir la denuncia en pro de la sensibilización y educación gracias, posiblemente, a la formación por parte del GIPE/PTP, que se realizó en esta comarca. Sin embargo, no tenemos datos de los y las profesionales de las comarcas de Girona, donde se gesta el Modelo de la Generalitat de Catalunya y se llevan a cabo las primeras actuaciones policiales.

Por lo que se refiere a la intervención social y la transferencia, el GIPE/PTP junto con otros profesionales de la Associació Catalana de Llevadores elaboran la guía *Mutilación genital femenina: prevención y atención*²³⁶, la primera en España para profesionales de la salud y la educación. Esta guía se enmarca dentro del Proyecto IDIL: *Instruments to*

²³⁶ Associació Catalana de Llevadores (2004), *op. cit.*

develop the integrity of lasses (Instrumentos para proteger la integridad de las niñas), que formaba parte del programa Daphne 2000-03 de la Dirección General de Justicia y Asuntos Sociales de la Comisión Europea y cuya directora en España, era la investigadora Adriana Kaplan.

Este año es muy fructífero y coincide con el estreno del documental *Iniciación sin Mutilación*²³⁷, en el Fórum Mundial de las Mujeres en Barcelona, el 31 de julio, en el marco del Fórum Mundial de las Culturas de Barcelona²³⁸. Este evento fue organizado con la intención de mostrar una Cataluña sostenible, cosmopolita, multicultural y abierta a las culturas. Sin embargo, fue duramente criticado por el coste de la organización, centrado básicamente en los intereses de especulación urbanística (que desplazó la población gitana residente) y por el impacto medioambiental en el puerto de Barcelona, ambos contrarios a los valores del evento. Como estudiante de la época, recuerdo que las entradas eran excesivamente caras²³⁹. Era un parque temático no apto para todos los bolsillos. Como respuesta a esta proyección multicultural de respeto y diálogo, en el barrio del Raval se organizó el Contra Fórum, totalmente gratuito e inclusivo. La mercadotecnia multicultural del Fórum Mundial de las Culturas también fue puesto en tela de juicio por la antropóloga Adriana Kaplan, en el discurso inaugural de la mesa *Iniciación sin mutilación*:

Miradas profesionales. Ámbito de la antropología

«Cuando se me propuso la coordinación de esta sesión, dentro del Fórum Mundial de las Dones, no dudé en sobreponer el interés del tema al montaje Fórum. Pensé que era una verdadera oportunidad poder compartir con muchas y muchos profesionales que están trabajando en primera línea, los avances y las dificultades con las que se enfrentan con experiencias africanas y a la vez, presentar una propuesta metodológica, a través del documental Iniciación sin mutilación, que da título a esta mesa.

»Digo que es un milagro que podamos compartir conocimiento con estas ponentes, porque

²³⁷ Kaplan, A. y Risler, S. (2004), *op.cit.*

²³⁸ Celebrado del 9 de mayo al 26 de septiembre de 2004. La idea surgió en 1996, del entonces alcalde de Barcelona, Pasqual Maragall, aprobada en 1997, en la 29ª Conferencia General de la Unesco, fijando el 2004, como celebración del Fórum en tres ejes temáticos: el desarrollo sostenible, la paz y la diversidad cultural. Fuente: Wikipedia.

²³⁹ Para jóvenes de 17 a 25 años, el precio era de 126 euros (pase de temporada), 31'50 euros para el pase de 3 días y 15'80 euros (pase de un día). Fuente [En línea] http://www.barcelona2004.org/esp/info_practica/precios.htm [Consultada: 07.02.2016].

hay otras que están ausentes. A un mes del evento, se me comunica que la sesión prevista de 4 horas queda reducida a una mesa redonda de 2 horas y las ponentes se recortan. La organización de los diálogos no dispone de medios suficientes y sufre importantes recortes presupuestarios. Lamento profundamente la ausencia del Dr. Kuyate de Guinea y de la Sra. Juliet Chugulu de Tanzania. La Sra. Chugulu enfermera y miembro del Comité Interafricano del Kilimanjaro, fue invitada para que pudiéramos conocer de primera mano el trabajo pionero que están realizando con los hombres sobre la prevención de las mutilaciones en esta zona y la implantación de la propuesta Iniciación sin mutilación en la región. La participación del Dr. Kuyate, pretendía atraer al debate no sólo el trabajo que como pediatra está realizando en Guinea sino explicar las dificultades con las que se enfrenta, uno de los primeros países africanos en legislar sobre la práctica en 1984, que hoy sigue teniendo una prevalencia del 90%, según datos de la OMS del año 2001.

»Y lamento profundamente, que una de las protagonistas del documental que vais a ver, Arokey Touray, no esté presente, porque sólo ha recibido dificultades burocráticas por parte de la embajada de España en Dakar y las gestiones que debía realizar el Fórum, han sido tardías y poco eficientes. Parece que no podemos dialogar sin papeles y esta es una llamada a la solidaridad de todas nosotras y a preguntarnos que parece que no podemos dialogar sin papeles. Si Skakespeare levantara la cabeza, “Ser o no ser”, hoy sería “Tener o no tener papeles”. Ni el Fórum ha movido el mundo, como pretende su eslogan, ni ha podido mover las barreras que ha puesto la embajada para permitir el viaje a Arokey Touray.»

Trascripción del discurso inaugural de la prof. Adriana Kaplan.
 Barcelona, 31 de julio de 2004
 Fuente: Kaplan A. y Risler, S. (2004)

Adriana Kaplan realiza el documental *Iniciación sin mutilación* y lo dirige Sebastián Risler. En este se propone un rito de paso alternativo que excluye la primera fase del ritual (fase física durante la cual tiene lugar la MGF), pero mantiene las fases posteriores de transmisión cultural y pertenencia social. En un país en el que todas las acciones preventivas ante la práctica habían sido prohibidas, el documental es bien acogido por la Vicepresidenta de Gambia, que en 2004 solicita su traducción a las cinco principales lenguas locales (mandinga, fula, sarahole, djola y wolof), añadiéndose a las versiones ya existentes en español, inglés y catalán. El documental tenía que ser financiado por la Secretaria per a la Immigració, pero una vez acabado, la Generalitat encontró que no había «sang i fetge» explícito en su contenido. Refiriéndose a que no se mostraba suficientemente el dolor. Era una mirada desde la antropología, que

según la vicepresidenta de Gambia, Isatou Njie - Saidy, «estaba visto con ojos africanos²⁴⁰» y no desde la mirada occidental universalista. Finalmente, gracias a una donación privada, se pudo editar el documental en los cinco idiomas locales.

2.5. Impacto de las actuaciones promovidas por la Generalitat de Catalunya

A mediados de 2004 se formó una comisión²⁴¹ para valorar el seguimiento del protocolo de MGF después de dos años de su puesta en marcha. Fue liderada por la Secretaria per a la Immigració, el Institut Català de la Dona (ICD), la Secretaria de la Família, el Departament de Salut, el Departament d'Educació, el Departament d'Interior y profesionales que habían intervenido en el tema en los años 90 junto con las Asociaciones Yamarikafo y Equis. A continuación, destacamos algunos párrafos sobre la valoración de la herramienta y de su despliegue, así como otras reflexiones recogidas en las diferentes actas de las reuniones²⁴²:

Miradas profesionales. Departamento de Salud

La distribución del Protocolo no fue muy buena, posteriormente se hizo una distribución a través del proveedor ICS [...] los profesionales van inundados de protocolos. La información es necesaria, pero es importante hacerlo normativo. El Pla Director de Salut²⁴³, es una nueva fase en la que se podría incluir. [...] Hay que mejorar la capacitación de los profesionales e involucrar a la institución sanitaria en este tema [...] Todavía hay profesionales que no conocen bien el tema. Acta 1

El Institut d'Estudis de la Salut (IES), entre los temas que tiene de formación para profesionales, ha incluido la MGF en el marco del Pla Director Immigració i Salut, además de incorporar la formación de mediadores. Acta 2 de la comisión.

²⁴⁰ En el discurso inaugural de la Conferencia Internacional sobre las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Explorando estrategias y nuevas prácticas de lo local a lo global. 5, 6 y 7 de mayo de 2009. Brufut, Gambia.

²⁴¹ Esta comisión, se crea en el contexto político del nuevo Gobierno Catalán de izquierdas, el llamado "Gobierno Tripartito", compuesto por el Partido Socialista Catalán, Esquerra Republicana y Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa, que gobierna del 14.12.2003 al 11.05.2006. Esta comisión, es el embrión de los dos grupos Interinstitucionales de Trabajo de MGF: el Grupo de trabajo de MGF de la provincia de Girona y el Grupo de trabajo de MGF de la Comissió Nacional per a una intervenció coordinada contra la violència masclista, a nivel autonómico en Cataluña, que se pone en marcha a partir del 2006 en Girona y en 2008, a nivel autonómico.

²⁴² Actas de las reuniones: Secretaria para la Inmigración (2004) Acta de reunión de seguimiento del protocolo de la MGF de 2002, de los días: 06 de julio de 2004 en Barcelona, 14 de octubre de 2004 en Salt y 3 de diciembre de 2004 en Mataró. [Documento no publicado, facilitado en 2014, por una de las personas integrantes de la comisión].

²⁴³ Que en 2006 editará la, Direcció General de Planificació i Avaluació (2006) *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

Valoración poco positiva del Protocolo, ha habido una mala distribución del documento. [...] Han habido experiencias en las que se ha judicializado directamente, sin tener en cuenta la prevención y la sensibilización, mediante la retirada de pasaportes, por parte de los jueces. Desde la ONG Yamarikafo, se realizan sesiones informativas y talleres por etnias. [...] Aunque opino que este tema no debería ser abordado por las ONG, sino que se tendría que hacer desde los Departamentos. Por otra parte, la sensibilización de la población autóctona se debería hacer con cautela y para ello, habría que trabajar con los medios de comunicación. Acta 1

Los cursos eran interesantes, pero no tuvieron una buena difusión y por este motivo tuvieron poca acogida entre los profesionales. Por otra parte, se tendría que aclarar el concepto de mediación en salud, ver que formación se requiere y como se distribuyen estos profesionales, por ejemplo, en un CAP donde hay más de 60 nacionalidades. Acta 2 de la comisión.

Miradas profesionales. Departamento de Educación

El protocolo como primera iniciativa ha estado bien, pero hay que avanzar. En este sentido, el Departamento de Educación está en una situación óptima para trabajarlo, a través de la figura de los LICS (asesores de lengua, integración y cohesión social), que son unos 160 profesionales y que es podrían formar para sensibilizar sobre les MGF. Acta 1 de la comisión.

Miradas profesionales. Departamento de Interior

Falta que participe la gente de la comunidad y falta la capacitación profesional [...]. En el marco de la policía de proximidad, disponemos de interlocutores con colectivos y se habla de la violencia de genero y de otras cuestiones que interesen a la comunidad, en estas se trata el tema de la MGF. Este trabajo se ha hecho en las escuelas de adultos y en otros ámbitos. [...]. Acta 1 de la comisión.

Según estas reuniones, en los siguientes seis meses el próximo plan de acción tendría que marcar la normativa obligatoria y ser reconocida por todos los involucrados. Se propone recoger los materiales realizados para hacer un diagnóstico de la situación de la MGF en Cataluña. En estas reuniones se debate paralelamente el papel de la mediación intercultural y la figura de mediador, del agente de salud y del traductor.

Parece ser que estas reuniones no dieron el fruto que se esperaba por parte de algunas de las profesionales que participaron ya que esperaban que se evaluara el impacto de las actuaciones reactivas delante de la programación de un viaje al país de origen y se iniciaran propuestas encaminadas a mejorar la prevención.

En los medios de comunicación se visualiza este modelo de actuación como una intervención poco sostenible. En *El País* el artículo «23 intentos frustrados de ablación genital»²⁴⁴ califica de «frenética» la actividad que tiene que desplegar la Fiscalía de Girona cuando una familia comunica que va a viajar. Según el artículo:

Miradas profesionales. Ámbito del periodismo

Durante 2003 fueron tramitados procedimientos que afectaron a un total de 23 niñas y hubo que proteger a varias hermanas en un mismo procedimiento. [...] En la mayoría de ocasiones se tiene conocimiento del inminente viaje a África de una familia con hijas menores a través de la escuela, del pediatra, de la asistente social e incluso de vecinos que lo comunican a los Mossos d'Esquadra. Éstos remiten el atestado al juzgado, donde llega al fiscal de guarda, que suele tomar medidas cautelares para la protección de las menores. Una de las medidas cautelares de las que se hace uso, es la prohibición de la salida del territorio nacional y la retirada de los pasaportes de las menores, así como su reconocimiento por el médico forense cada seis meses, que certificará que la práctica de la ablación no se ha consumado. Si la situación se comunica a la Fiscalía con suficiente antelación, se pone en conocimiento de la Entidad Pública de Protección de Menores, evitando así que los padres puedan sacarla del país, sin perjuicio de que la menor siga viviendo con su familia aunque bajo la tutela de la administración, ya que una separación familiar podría resultar "muy traumática" para ellas.

El País, Edición Madrid, 14 de septiembre de 2005, 29.

²⁴⁴ J.M.L. (2005) 23 intentos frustrados de ablación genital. *El País, Edición Madrid, 14 de septiembre de 2005, 29.*

Son actuaciones que desatan polémica, como se refleja en el artículo de *El Periódico de Aragón* «Un magistrado quita el pasaporte a tres niñas para evitar su ablación»²⁴⁵, donde es el propio cónsul de Gambia que critica las actuaciones que se están produciendo en la provincia de Girona:

Miradas políticas. Ámbito de las Relaciones Internacionales

«Esta práctica se debe combatir, ya que se trata de una amputación gravísima, pero opino que decisiones como la del juez de Sant Feliu, sirven para criminalizar a los padres, a quienes no se les puede imputar un delito. La prohibición de viajar entra dentro de la vulneración del derecho a la libre circulación de las personas y a la libertad de estas niñas a ir a su país. Estoy a favor de las medidas represivas siempre que antes se den informaciones preventivas. Critico los métodos de la Comisión de Violencia de Gerona ya que, hace que los médicos se conviertan en policías.»

Juan Antonio del Moral
Cónsul de Gambia
(Cf. Buesa: 2004)

Las críticas hacia los procedimientos ocurridos se hicieron públicos dos meses más tarde en el Fórum Mundial de las Mujeres en Barcelona.

Miradas profesionales. Ámbito de la antropología

«En la Declaración final, se hace referencia a la última sentencia de Sant Feliu de Guixols, donde se condena a dos niñas a no salir del país hasta que tengan 18 años, se les retira el pasaporte y se las convoca a realizar chequeos de sus genitales, cada seis meses, hasta que las niñas cumplan 18 años. Esta es una violación a la intimidad de la infancia y la infancia tiene intimidad. Ya tenemos una ley, se ha modificado la ley, tenemos un artículo específico²⁴⁶, ahora, sigamos caminando.»

(Kaplan, 2004)

²⁴⁵ Buesa, C. (2004) Un magistrado quita el pasaporte a 3 niñas para evitar su ablación. El Cónsul de Gambia critica la orden judicial y la tacha de ilegal. *El Periódico de Aragón.com*, 15 de mayo de 2004

[En línea] http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/sociedad/magistrado-quita-pasaporte-3-ninas-evitar-ablacion_118369.html. [Consultada el 22.02.2010]

²⁴⁶ Se refiere al artículo 149 del Código Penal.

La queja quedó plasmada en la Declaración de Barcelona sobre la MGF en el Fórum Mundial de las Mujeres el 31 de julio de 2004:

Manifestamos nuestra preocupación por la retención de pasaportes y la prohibición de viajar a las niñas y también la revisión de sus genitales cada seis meses hasta que alcancen los 18 años. Esto es una violación de los derechos básicos de privacidad e intimidad

En el artículo de Joan Mayoral²⁴⁷ «Criminalització i Prevenció de la mutilació genital femenina²⁴⁸» publicado en el Butlletí d'Infància también se critica esta manera de actuación.

Miradas profesionales. Ámbito de la infancia

«El protocol de prevenció de la MGF a la demarcació de Girona, elaborat dintre de la Comissió de Treball de Violència Doméstica de Girona, de caire interdisciplinari, però fonamentalment policial i judicial, amb la proposta de mesures com a la prohibició de sortida del territori espanyol de la menor, que fonamentalment, es creu que pot ser víctima de la MGF a l'Estranger.»

Joan Mayoral, Subdirector de la DGAIA
Butlletí d'Inf@ncia núm. 8- marzo de 2007

²⁴⁷ Joan Mayoral Simón, es licenciado en Derecho y trabajó de 1995 a 1999, como Abogado Fiscal de la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Girona, de 2001 a 2002 como Jurista de la Dirección General de Atención al Menor. En 2002, como representante de la DT de Justicia de Girona, forma parte de la Subcomisión de Violencia Doméstica de Girona, concretamente, del Grupo de Trabajo de la MGF y como tal, participó en la elaboración del primer protocolo de la MGF, Secretaria per a la Immigració, ed. (2002) *Protocol d'actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. De 2001 a 2007, trabajó como Letrado del Gabinete Jurídico de la Generalitat y de 2007 en adelante es el Subdirector de la Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (DGAIA) de la Generalitat de Cataluña. Fue impulsor de la Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los Derechos y las Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia, incluyendo en el título III y en el Artículo 76 "la prevención de l'ablación o la MGF de las niñas y adolescentes. Por lo que representa a su actividad docente, de 2000 a 2004, fue profesor de derecho penal y procesal de la Escuela de Policía de Cataluña y de 2006 a 2007, profesor asociado de derecho administrativo de la Universidad de Girona.

²⁴⁸ Mayoral, J. (2007) Criminalització i Prevenció de la mutilació genital femenina. [En línea] *Butlletí d'Inf@ncia* núm. 8, marzo de 2007. 4 páginas. Disponible en: http://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/04_familia_infancia_adolescencia/butlleti_infancia_articles_2007/links/8-profunditat2.pdf [Consultada el 01.03.2013]

Este mismo año 2004, el Equipo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las MGFs²⁴⁹ presentan al Síndic de Greuges de Catalunya, un Informe²⁵⁰ en el que denuncian las actuaciones de control²⁵¹. Alertan del empeoramiento de esta situación, que «crea un estado de opinión entre los profesionales, centrado en la criminalización y la denuncia, antes que en el entendimiento y la prevención». Reivindican que se han presentado varias propuestas de colaboración para la prevención y atención de la MGF, pero hasta el momento no han tenido respuesta. Solicitan la intervención del Síndic de Greuges, para que *«inste a la administración pública catalana a clarificar las estrategias sobre esta materia, a dotar de recursos económicos y a poner en marcha los mecanismos necesarios, que permitan evitar la aparición de futuros casos, sin el riesgo de lesionar la convivencia entre culturas diversas de nuestro país y a la vez, respetar los derechos fundamentales de las familias, de las mujeres y de las propias niñas»*.

Al descubrir la intención de viajar de una familia con menores, se incitaba a la Fiscalía a aplicar medidas cautelares, como la retirada de pasaporte y la revisión de los genitales por un médico forense. Se pone en juego el derecho a la integridad y el derecho a la intimidad, el derecho a la libre circulación, el derecho a la presunción de inocencia de una falta no cometida (Informe Síndic de Greuges, 2004). Es, en definitiva, una fina línea roja fácilmente traspasable.

²⁴⁹ Formado por profesionales de salud, de servicios sociales, de la pedagogía, de la jurisprudencia y de la antropología. Algunos de ellos, posteriormente formaran parte del GIPE/PTP, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB.

²⁵⁰ Informe sobre la situación de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña al Síndic de Greuges. Barcelona, 26.11.2004.

²⁵¹ No era la primera vez que se denunciaban públicamente, estas actuaciones punitivas. (Ver, *Declaración de Barcelona*, 31 de julio de 2004. Fórum Mundial de las Mujeres).

3. AÑO 2005-2008. EL EMBRIÓN DE LAS MESAS DE PREVENCIÓN DE LA MGF

A mediados del 2005, el *Butlletí del Consell dels Il·lustres Col·legis d'Advocats de Catalunya* anuncia (Foucault, 1999) que «La justícia perseguirà els immigrants que practiquin l'ablació a les seves filles, fins i tot en els seus països d'origen²⁵²». Según este artículo, «la comissió de Justícia del Congrés dels Diputats ha aprovat per unanimitat una proposició de llei, presentada pel grup Parlamentari Català CIU, amb l'objectiu de perseguir la mutilació genital femenina fins i tot si es realitza fora de les fronteres espanyoles». Es el anuncio del proyecto de reforma de la Ley Orgánica del Poder Judicial 3/2005²⁵³, que se aprobará tres meses después, el 8 de julio, para poder perseguir la práctica de la MGF realizada fuera del Estado español.

Otro artículo, publicado en *El País*, «La mutilación de las mujeres entre nosotros²⁵⁴», califica de «actuaciones preventivas» las que se producen «gracias a la diligencia y celeridad de jueces, fiscales, policías y profesionales» en la demarcación de Girona siguiendo el protocolo de MGF. El artículo finaliza remarcando que ha evitado la mutilación de 24 niñas entre 2003 y 2004. Sin embargo, no son más que retiradas de pasaporte.

Pascual Maragall [2003-2006] gobierna en Cataluña gracias al pacto entre el Partido Socialista Catalán, Esquerra Republicana de Catalunya y Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa. En este marco político, se propondrá la creación de un equipo de supervisión de casos de MGF, lo que acabará conformando, a partir del 2008, las Mesas de Prevención de la MGF, metodología pilotada en las comarcas de Girona para desplegar el segundo Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF²⁵⁵, en pleno gobierno socialista de José Montilla [2006-2010].

²⁵² La justícia perseguirà els immigrants que practiquin l'ablació a les seves filles, fins i tot en els seus països d'origen. [En línia] *Butlletí del Consell dels Il·lustres Col·legis d'Advocats de Catalunya*, 19 de abril de 2005. Disponible en: <http://www.cicac.org/infonews/n37/articles/18.htm> [Consultada: 26.04.2010]

²⁵³ LO 3/2005, de 8 de julio de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio. En el que se añade al apartado 4 del art.23, un nuevo epígrafe g), relativos a la MGF y su persecución extraterritorial, siempre que los responsables se encuentren en España.

²⁵⁴ Cruz, C. (2005) La mutilación de las mujeres entre nosotros. *El País. Edición Cataluña*, 29 de abril de 2005.

²⁵⁵ Secretaria per a la Immigració (2007), *op. cit.*

3.1. Marco político: legislación y planes de acción [2005-08]

El 23 de junio de 2005 la polémica llega al Parlament de Catalunya. Dolors Clavell, diputada del grupo parlamentario Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa²⁵⁶, reflexiona sobre el proyecto de la reforma de la Ley Orgánica del Poder Judicial, 3/2005, en la que está trabajando el Parlamento Español a instancias del grupo parlamentario CIU. En palabras de Clavell²⁵⁷:

Miradas profesionales. Diputada del Parlament de Catalunya

«Nosaltres pensem que circumscriure les accions a la via penal ens pot deixar molt tranquil·les les consciències²⁵⁸, però poca cosa més, si alhora, ens neguem a posar-nos al lloc de les persones realment afectades, que són conciutadanes nostres, i a les que, en realitat, no volem veure ni volem sentir massa. I si escoltem i mirem les persones, les dones immigrades, comprovem que el camí a recórrer ha de passar pel coneixement i el debat, més que per l'estigmatització. Les mares de moltes d'aquestes nenes ens estan demanant un ajut efectiu, i no podem dir-los que aquest ajut passa per la Llei penalitzadora i res més. En els últims sis mesos hem conegut quatre nous casos, al Maresme i a Girona, detectats en els centres d'atenció primària, que é son, en la major part dels casos, es dona a conèixer aquesta situació. Tenim clar, doncs, que cal una específica formació dels professionals que poden intervenir en aquesta problemàtica, que han d'actuar partint del respecte entre persones, i sobretot amb capacitat per poder orientar, evitant confrontacions, ja siguin culturals, familiars o de qualsevol altre tipus». [...] “Voldriem saber quines mesures afronta el Govern Català cara a la formació específica de professionals, [...]”»

Dolors Clavell,
Diputada Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa
Ple del Parlament de Catalunya,
23 de junio de 2005.

La Consellera de Benestar i Família, Anna Simó, toma la palabra para contestar:

Miradas políticas. Diputada del Parlament de Catalunya

«[...] Comparteixo totalment el seu enfocament, pel qual el camí judicial de l'estigmatització no és el camí adequat [...] Els esforços del governs han anat encaminats a dissenyar

²⁵⁶ Que había pedido por escrito al Consell Executiu, el resultado de las sesiones de trabajo de la Comisión que evaluaba el Protocol d'Actuació per a Prevenir la MGF.

²⁵⁷ Transcripción de la pregunta oral de la diputada Dolors Clavell, del grupo parlamentario Iniciativa per Catalunya Verds-Esquerra Alternativa, en el Ple del Parlament de Catalunya, el día 23 de junio de 2005.

²⁵⁸ Es lo que hemos llamado “Derecho Penal Simbólico”. Ver capítulo 2.

polítiques transversals, interdepartamentals, per coordinar de forma efectiva aquesta resposta, en tres línies bàsiques: la formació, la informació i la mediació. El juliol passat es va constituir una comissió de treball per avaluar els dos anys de funcionament del protocol.»

Anna Simó,
Diputada d'Esquerra Republicana de Catalunya
Ple del Parlament de Catalunya, 23 de junio de 2005.

Anna Simó anuncia los planes de acción que se presentarán en breve desde el ICD y la Secretaria per a l'Immigració para formar a agentes de salud y dar soporte a los profesionales en la gestión de casos de MGF «*posant en marxa un equip de supervisió de casos, per centralitzar, comptabilitzar les alertes de risc, assessorar i formar els professionals, fent un seguiment conjunt dels casos presentats i crear aquesta xarxa de suport*».

La Secretaria per a la Immigració de la Generalitat presenta el 16 de marzo de 2005, ante la Comisión de Política Social del Parlament de Catalunya, el Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-08]²⁵⁹, que se aprueba. Según la memoria, este plan «suponía un salto cualitativo en el diseño de políticas transversales en materia de inmigración. Se estructuraba en tres ejes: políticas de acogida, políticas de igualdad i políticas de acomodación»²⁶⁰. En el eje de políticas de acomodación, bajo el objetivo de «gestión de la diversidad», en el ámbito de «sexo» se describe el programa *Suport als professionals en la gestió de casos de les mutilacions genitals*. La justificación de este programa es la siguiente:

Actualment, sembla que hi ha dificultats per part dels professionals per gestionar els casos en què se sospita que pugui haver una situació de risc o una situació de consumació de mutilació que pugui afectar una menor d'alguna de les famílies d'origen subsaharià residents al territori. També es detecten dificultats en la recollida de dades i en la comunicació entre els professionals i aquestes famílies. (Secretaria per a la Immigració, 2005: 96)

El objetivo era realizar un abordaje transversal de la MGF desde una perspectiva integral y mejorar la gestión con la creación de un equipo de supervisión y de coordinación de casos, que diera respuesta a las inquietudes de los profesionales. El

²⁵⁹ Secretaria per a la Immigració (2005) *Plan de ciudadanía e inmigración [2005-2008]*. Barcelona, Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya. 194 páginas.

²⁶⁰ Fuente: http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/immigracio/politiques_i_plans_dactuacio/antecedents/ [Consultada: 26.01.2016]

departamento responsable debía ser el Departamento de Salud, en colaboración con el Departamento de Educación, Interior, la Secretaria para la Inmigración, la Secretaria de Familias y de Infancia, el ICD, administraciones locales, entidades y asociaciones de inmigrantes subsaharianos.

Las funciones del plan eran:

- Revisar y difundir los materiales existentes sobre como intervenir delante de situaciones de riesgo de consumación.
- Editar materiales en diferentes idiomas sobre la legislación española en este tema.
- Trabajar a través de l'Agència de Cooperació al Desenvolupament, con grupos y organizaciones no gubernamentales especializadas que aborden el tema de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud y la sexualidad de las niñas y las mujeres en los territorios de origen, con el fin de poner en su centro de trabajo las necesidades y las expectativas de las mujeres como sujetos y no como objetos de intervención.
- Crear y poner en marcha un equipo de supervisión de casos de MGF.

El embrión del Equipo de Supervisión de Casos de MGF nace en los municipios de Olot, Salt y Banyoles a principios del 2000, con una metodología focalizada en el control de los viajes. Participaban salud, educación, interior y servicios sociales. El nuevo Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-08] recupera esta metodología y propone las funciones:

Tabla 16. Funciones del Equipo de Supervisión de Casos de MGF

Funciones del Equipo de Supervisión de casos de MGF
<ul style="list-style-type: none"> • Centralizar y contabilizar las alertas de riesgo. • Asesorar e informar a los profesionales, haciendo un seguimiento conjunto de los casos presentados. • Trabajar con las familias cuando sea necesario. • Crear una red de soporte. • Extender el trabajo en red de prevención de casos de riesgo a las asociaciones que trabajen contra la mutilación en los países de origen. • Identificar las asociaciones y establecer contacto.

Realización propia, a partir de la fuente:

http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/immigracio/politiques_i_plans_dactuacio/antecedents/

[Consultada: 26.01.2016]

Estos equipos se consolidarán en 2008 como las Mesas de Prevención de la MGF²⁶¹ en los municipios de las comarcas de Girona, potenciadas por la Secretaria per a la Immigració, a través de sus técnicos/as de Inmigración y por Interior a través de los Mossos d'Esquadra. Contrariamente a lo indicado por el plan, Salud no intervendrá.

Siguiendo el diseño de políticas transversales del gobierno tripartito, en materia de inmigración se elaboran desde el Departament de Salut el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut [2005-2007] y desde el Institut Català de la Dona (ICD) el Plan de Acció y Desarrollo de Políticas de Mujeres [2005-2007]. La Secretaria per a la Immigració tenía que velar para la conexión entre los planes.

En el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut [2005-2007]²⁶², la MGF consta como una práctica tradicional perjudicial para la salud, bajo la línea de actuación 3, con el objetivo de «mejorar la atención sanitaria de la población inmigrante en Cataluña, en especial en aquellas áreas de atención de mayor impacto (salud sexual y reproductiva, salud infantil, salud mental, enfermedades parasitarias e infecciosas) para tender a equipararlas a la población autóctona». Se desprenden dos proyectos relacionados con la MGF: el proyecto 3.1 «Cartera de servicios en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la salud infantil» y el proyecto 3.7 «Intervenciones específicas y de soporte en el ámbito de las mutilaciones genitales». A continuación se presentan dos tablas con los proyectos, las actividades y los productos resultantes²⁶³.

²⁶¹ A partir de 2009, en el marco de la legislación catalana de la Lley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, se exportará el modelo de las Mesas de Prevención de la MGF, pilotado en las comarcas de Girona, a todo el territorio catalán, otra vez a través de la Secretaria per a la Immigració y de Interior.

²⁶² Direcció General de Planificació i Avaluació (2006), *op. cit.*.

²⁶³ En el siguiente apartado, 3.2, se analizan los protocolos.

Tabla 17. Proyectos sobre MGF del Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut

PROYECTO 3.1 Cartera de servicios en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la salud infantil.	
Actividades	Productos
<ul style="list-style-type: none"> Revisar y difundir del <i>Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya</i>. Elaborar y difundir el protocolo de asistencia al parto, puerperio y atención al bebé con criterios de atención a la diversidad. 	 Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2005) MGF, en el anexo 1 "Atención a la diversidad en el embarazo" pág.242-244
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar, difundir e implantar el <i>Protocol d'Atenció als infants immigrants</i>. 	 Protocol d'Atenció a l'Infant Immigrant (2005) como anexo del programa general de pediatría "Nen Sa" (1996).
<ul style="list-style-type: none"> Difundir y mejorar el <i>Protocol de Prevenció de les MGFs</i>, editado por la <i>Secretaria per a la Immigració</i>. 	2002  →  2007
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar una Guía para profesionales para la atención en Salud Sexual y Reproductiva de la población inmigrante. 	

Realización propia, a partir de las fuentes:

Direcció General de Planificació i Avaluació (2006) *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del Nen Sa*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 64 pàgines.

Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 247 pàgines

Tabla 17 (continuación). Proyectos MGF del Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut

PROYECTO 3.7 Intervenciones específicas y de soporte en el ámbito de las mutilaciones genitales.
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> Formar específicamente a profesionales de la salud y a informadores (<i>Sanitat Respon</i>, 112). Establecer líneas de asesoramiento a profesionales y familias sobre la MGF. Registrar los casos para centralizar el conocimiento de este fenómeno a lo largo del territorio y agilizar las intervenciones.

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

Direcció General de Planificació i Avaluació (2006) *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

En el Plan de Acción i Desarrollo de Políticas de Mujeres [2005-2007]²⁶⁴, realizado por el Institut Català de les Dones, la mutilación genital femenina se enfoca desde la salud sexual y reproductiva y desde los derechos fundamentales de las personas.

Tabla 18. Medidas en MGF del Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de les Dones [2005-07]

<p>Objetivo 1.15. Establecer medidas para el abordaje de las prácticas tradicionales y convencionales perjudiciales para la salud y la sexualidad de las mujeres y las menores, y que vulneran los derechos fundamentales de las personas.</p>
<p>Medida 1.15.1 Crear programas específicos de capacitación de profesionales de atención primaria de centros de salud y centros escolares, para hacer un trabajo de prevención, detección y atención con las familias afectadas por estas prácticas, especialmente las menores objeto de estas tradiciones. <i>Coordinación:</i> Educación, <i>Institut Català de les Dones</i> y Salud <i>Participación:</i> Interior</p>
<p>Medida 1.15.2 Trabajar en estrategias que eviten la criminalización de los padres y madres y la estigmatización de las menores, sin perjuicio de la necesaria protección de los derechos de las menores. <i>Coordinación:</i> <i>Benestar Social i Família</i> <i>Participación:</i> Educació, ICD, Interior y Salud</p>
<p>Medida 1.15.3 Trabajar, con las mujeres líderes de las comunidades, así como con los líderes religiosos, de procedencia donde se realicen estas prácticas, estrategias de formación para que actúen como agentes preventivos y mediadores, para avanzar en el camino de la erradicación. <i>Coordinación:</i> <i>Benestar Social i Família</i> y <i>Presidència</i> <i>Participación:</i> Interior y Salud</p>
<p>Medida 1.15.4 Establecer mecanismos de cooperación internacional mediante los grupos de mujeres y ONG especializadas que trabajen el tema del abordaje de prácticas tradicionales y convencionales perjudiciales para la salud y la sexualidad de las mujeres y las menores, en los territorios de origen, a partir de una perspectiva de poner en el centro de su trabajo las necesidades y expectativas de las mujeres como sujetos y no como objetos de intervención. <i>Coordinación:</i> <i>Governació i Administracions Públiques</i>, ICD, Interior.</p>
<p>Medida 1.15.5 Avanzar en el impulso de medidas para que el Estado Español, desarrolle leyes específicas que permitan el derecho de asilo y el reconocimiento de refugiadas delante de los casos de MGF y/o otras formas de violencia, como pueden ser los matrimonios forzados, etc. <i>Coordinación:</i> ICD <i>Participación:</i> Interior, Justicia y <i>Presidència</i></p>

Realización propia, a partir de la fuente:

Institut Català de les Dones (2006) "V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya [2005-2007]". Barcelona, Generalitat de Catalunya. 116 páginas.
 Disponible en: http://dones.gencat.cat/web/.content/03_serveis/docs/publicacions_eines02.pdf [Consultada: 28.01.2016]

²⁶⁴ Institut Català de les Dones (2006) *V Plan de acción y desarrollo de políticas de mujeres en Cataluña [2005-2007]*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. 116 páginas.
 Disponible en: http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/publicacions_eines02cast.pdf [Consultada: 10.05.2017]

En la etapa posterior del PSC²⁶⁵, desde Acción Social i Ciutadania (departamento que precede a Benestar Social i Família) se pone en marcha el Plan Director de Infancia y Adolescencia de Cataluña²⁶⁶ [2008-2009]. En este nuevo plan, la MGF se enfoca desde el maltrato infantil, por lo que las medidas de actuación van encaminadas a la protección de menores, derivando en el Protocolo de Prevenció de la MGF de la Demarcació de Girona (2006)²⁶⁷ y el Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF (2007).

3.2. A un lado del muro. Leyes y protocolos

Los resultados de los planes de acción se visualizan en los protocolos y leyes. Desde el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut [2005-2007] se elaboran y reeditan diferentes protocolos que incluyen la MGF. Sin embargo, aparece anecdóticamente en los anexos de los protocolos generales de gineco-obstetricia y pediatría.

Tabla 19. MGF en el Protocolo de seguimiento de l'embaràs a Catalunya (2005)

	<p style="text-align: center;">Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2005)</p> <p style="text-align: center;">Anexo 1 "Atención a la diversidad en el embarazo" (pág.231)</p> <p>Dificultades que se destacan, en la aplicación de este protocolo en mujeres migrantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mujer no recuerda la fecha de la última regla. • Atrasa mucho la concertación de la 1ª visita de seguimiento del embarazo. • Es frecuente que utilicen los servicios de urgencias hospitalarias para el seguimiento del embarazo. • No entienden la razón por la cual, se realizan pruebas complementarias como: Serología del VIH, Diagnóstico prenatal (análisis bioquímico y cariotipo), Test de tolerancia a la glucosa, etc. • No ven la necesidad del cumplimiento del calendario de visitas y pruebas complementarias, si todo va bien. • Es frecuente que no comprendan los mensajes y las recomendaciones que les da el personal sanitario y también es habitual el incumplimiento de pautas y tratamientos que se le recomienda a la embarazada. <p>La MGF, aparece en este anexo en :</p> <p>2. Recomendaciones para el seguimiento del embarazo en la población inmigrante.</p> <p>2.2. Conocer los aspectos específicos a considerar en la atención al embarazo de la mujer inmigrante. <i>"MGF en mujeres procedentes de culturas que la practican, y que puedan representar algún problema en el parto, etc."</i> (pág. 242)</p> <p>2.3. Detectar algunas patologías prevalentes en los países de origen: Anemia, tuberculosis, desnutrición, hemoglobinopatías, talasemias, consanguinidad, hipocalcemia, infecciones de transmisión sexual (VIH, Sífilis, Papilomavirus), enfermedades infecciosas transmitidas por artrópodos, alimentos y agua, Mutilaciones genitales: África subsahariana (pág. 243)</p>
---	--

Realización propia, a partir de la fuente:

Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 247 pàgines

²⁶⁵ Presido por el Sr. José Montilla [2006-2010].

²⁶⁶ Secretaria per a la Infància i Adolescència de Catalunya (2009) *Pla Director d'Infància i Adolescència de Catalunya [2008-2009]*. Barcelona, Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

²⁶⁷ Elaborado por el Grupo de Trabajo de MGF, de la comisión de seguimiento de Violencia Doméstica de Girona.

En el **Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2005)**²⁶⁸ la MGF no apareix el contingut mínim de les dades de la història clínica, ni en la anamnesis ni en la exploració física. Com es pot apreciar en la taula anterior, la MGF només apareix en l'anexo sota el títol «Atenció a la diversitat en el embarazo», en el apartat 2 «Recomendacions per al seguiment del embarazo en la població immigrant». Manifesta que la MGF pot desembocar en complicacions en el part. Sin embargo, no se especifican cuáles, no se describen los tipos de MGF, no se listan los países en los que se practica y no se especifica cómo abordar el tema. En la página 244 vuelve a aparecer en el apartado 3 bajo el epígrafe: «Detectar algunas patologías prevalentes en los países de origen». Sin embargo, simplemente enuncia «Mutilaciones genitales: África Subsahariana». No se deriva al Protocolo de Actuaciones para prevenir la MGF que tres años había elaborado la Secretaria per a la Immigració ni se ofrece ningún enlace o bibliografía para ampliar el tema, como por ejemplo, la guía para profesionales *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*²⁶⁹.

El **Protocol d'Atenció a Infants Immigrants (2005)**²⁷⁰ se elabora como anexo al programa general de pediatria, Programa de Seguiment del Nen Sa (1995). La MGF apareix des del principi, en el capítol 1 i en el capítol 7 i se deriva en primera instància al Protocolo de Actuaciones para la Prevención de la MGF (2002).

²⁶⁸ Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 247 pàgines

²⁶⁹ Associació Catalana de Llevadores (2004) *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Barcelona, IDIL/DAPHNE (2001-2008). 47 pàgines. Editada hacia un año y medio por la Associació Catalana de Llevadores, que també havien participat en la elaboració del *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Esta guía se analiza en el apartado 3.4. Model Wassu. *Al otro Lado del Muro*.

²⁷⁰ Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del Nen Sa*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 64 pàgines.

Tabla 20. MGF en el Protocol d'Atenció a Infants Immigrants (2005)

Protocol d'Atenció a Infants Immigrants (2005)	
	<p>Capítulo 1 “Población objeto y procedimiento a seguir” (pág.21)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1: <i>Infants</i> hijos de inmigrantes, nacidos aquí y que siguen el Programa del Nen Sa. Especial atención en los siguientes aspectos: “En población de riesgo se tienen que llevar a cabo actividades preventivas para evitar la MGF” (ver capítulo VII, pág. 57) • Grupo 2: <i>Infants</i> que van a pasar estancias al país de origen de sus padres. Especial atención en los siguientes aspectos antes del viaje: “Exploración sistemática de los genitales en población de riesgo de MGF antes de marchar de viaje” (ver cap. VII, pág.57) • Grupo 3: <i>Infants</i> que vuelven de pasar estancias en el país de los padres. Procedimiento a seguir: Exploración de los genitales en población de riesgo de MGF (Ver cap. VII, pág.57) • Grupo 4: <i>Infants</i> inmigrantes que llegan por primera vez a nuestro país. Procedimiento a seguir: Exploración de los genitales en población de riesgo de MGF (Ver cap. VII, pág.57)
	<p>Capítulo VII Aspectos socio sanitarios: Prevención de la MGF (pág. 57) Seguir las pautas del Protocol per a la prevenció de la MGF (2002)</p> <p><u>5.1. Situación de riesgo que el profesional sanitario tiene que valorar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertener a una etnia que practique la MGF. • Pertener a una familia en la que la madre y/o hermanas más mayores la hayan sufrido • Pertener a un grupo familiar en el que el mito del retorno al país de origen está muy presente. • Proximidad de un viaje o vacaciones que pueda hacer la menor al país de origen. <p><u>5.2. Indicadores de sospecha (MGF reciente).</u></p> <p><u>5.3. Recomendaciones generales.</u></p>

Realización propia, a partir de la fuente:

Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del Nen Sa*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 64 pàgines.

El Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-08] establecía el concepto de «ciudadanía residente» para todas las personas de origen inmigrante y sus descendientes. Según el plan, la idea era avanzar, considerando a estas personas «ciudadanos de Cataluña y no inmigrantes». Sin embargo, esta consideración no se refleja en el título del Protocol d'Atenció a Infants Immigrants, ni en el protocolo de atención al parto, como se ha expuesto.

En 2006, el Grup de Treball-MGF de la Subcomisión de Violencia Doméstica de Girona, actualiza el Protocolo de Actuación para Prevenir la MGF en la Demarcación de Girona²⁷¹. Según este documento, en esta demarcación se encuentran personas emigrantes procedentes de países que practican la MGF, mayoritariamente de Gambia, Senegal, Mali y Mauritania. La etnia mayoritaria es la sarahule, procedente de zonas rurales e interiores. El objetivo de actualizar el documento es aclarar el procedimiento a seguir ante un caso de MGF o ante una situación de riesgo. El

²⁷¹ Grupo de Trabajo-MGF. (2006 [2003]) *Protocol de prevenció de la MGF en la demarcació de Girona*. Secretaria per a la Immigració. 36 pàgines. [Documento no publicado, de uso interno para profesionales]. Facilitado por el Departament d'Immigració en 2014.

protocolo plantea dos circuitos, uno de prevención y otro en caso de sospecha de que se pueda producir la MGF. El primer circuito de prevención va dirigido a profesionales de atención primaria en salud y servicios sociales, asociaciones de inmigrantes y, en caso de que se requiriera, al EAIA²⁷². El segundo circuito de «sospecha», se añade a los Mossos d’Esquadra, la DGAIA²⁷³ y en caso de que se requiriera, la Fiscalía y el juzgado. Respecto al marco legal, el documento añade dos apartados, uno sobre el lugar donde se cometa la MGF y la competencia de la jurisdicción española para su enjuiciamiento y otro en el que se detallan las medidas cautelares. A continuación se detallan estas medidas.

Tabla 21. Marco legal del Protocolo de Prevención de la MGF Demarcación de Girona (2006[2003])

Protocolo de prevención de la MGF en la demarcación de Girona (2006 [2003])
<p>Marco legal:</p> <p>“Lugar donde se comete la MGF y competencia de la jurisdicción española para su enjuiciamiento” (pág.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La LO 3/2005 (en vigor desde el 10.07.2005), incluye los delitos de la MGF, siempre que los responsables se encuentren en España. • Cuando se tenga conocimiento de que una menor a sido objeto de una MGF, investigaremos si se ha cometido en España o en el extranjero, y en este caso, si las personas criminalmente responsables son españolas o si han adquirido la nacionalidad española con posterioridad a los hechos. <p>“Medidas cautelares a adoptar en los casos en los que se tenga conocimiento de la voluntad de uno o ambos progenitores de llevar a cabo una MGF a una menor ” (pág.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información y medidas educativas de naturaleza sociocultural, relativas a la distinta consideración social y legal de la MGF. • Prohibir a los padres que trasladen a la menor fuera del territorio español. • Acordar la presentación periódica de la menor a efectos de controlar el cumplimiento de la prohibición temporal de salida de la menor y para ser visitada por el médico forense, médico o pediatra. • Atribuir el ejercicio de la potestad al progenitor que sea contrario a la decisión de practicas la MGF (art. 138 del Código familiar). • Solicitar un informe y(o seguimiento del caso a los equipos de asesoramiento técnico y de atención a la víctima o a los servicios sociales competentes

Realización propia, a partir de la fuente:

Grupo de Trabajo-MGF. (2006 [2003]) *Protocolo de prevención de la MGF en la demarcación de Girona*. Secretaria per a la Inmigració. 36 páginas. [Documento no publicado, de uso interno para profesionales]. Facilitado por el Depart. de Inmigración

Al año siguiente, en 2007, la Secretaria per a la Inmigració edita el segundo protocolo de actuación ante a la MGF, Protocol d’Actuacions per a Prevenir la Mutilació Genital Femenina²⁷⁴, en colaboración con el Departament d’Interior, Salut y Benestar Social y Família. Este documento se realiza para actualizar el marco legal vigente y se añade el

²⁷² EAIA: Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia.

²⁷³ DGAIA: Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia.

²⁷⁴ Secretaria per a la Inmigració (2007), *op. cit.*

artículo 149 del Código Penal²⁷⁵, en el que se especifica la MGF como un delito de lesiones y se añade la LO 3/2005²⁷⁶, que permite perseguir extraterritorialmente la práctica. Al igual que el anterior protocolo del 2002, se presentan los aspectos generales sobre la MGF, los motivos de atención, posible riesgo, indicadores de sospecha, consecuencias de la práctica, marco jurídico, recomendaciones generales y un apartado de intervención para profesionales de diferentes ámbitos, además de otros recursos de interés.

En el apartado «Intervenció professionals de la salut» se deriva a la guía *Mutilació Genital Femenina, prevenció i Atenció*²⁷⁷, editada por el Institut Català de Salut (ICS) y producida por el GIPE/PTP, de la Universidad Autónoma de Barcelona. Otra novedad que incorpora el nuevo protocolo es el cuadro de niveles de actuación, en el que establece cinco niveles de actuación: 1) prevención, que se asocia a informar y sensibilizar; 2) detección del caso de riesgo; 3) atención no urgente, 4) atención urgente, del que se derivarían dos casos, dependiendo de si hay riesgo de MGF o la MGF ha sido practicada, en este caso daría paso al último nivel y 5) recuperación para valorar las secuelas físicas y psíquicas y procurar su atención.

1) Nivel de prevención. Engloba actividades de información y formación a profesionales, información y educación sanitaria a la ciudadanía (dentro de las actividades comunitarias que se desarrollan desde atención primaria en salud, trabajo en red con la comunidad y asociaciones y colaboración en edición de materiales informativos) y, finalmente, educación sanitaria a las familias y las niñas.

2) Nivel de detección. Están involucrados todos los agentes anteriormente mencionados en este orden: salud, seguridad, educación, servicios sociales, atención a menores en riesgo, asociaciones para la prevención de la MGF y otros.

²⁷⁵ Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, sobre medidas concretas de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. En la que se modificando el artículo 149 del Código penal y se especifica la práctica de la MGF.

²⁷⁶ LO 3/2005, de 8 de julio de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio. En el que se añade al apartado 4 del art.23, un nuevo epígrafe g), relativos a la MGF y su persecución extraterritorial, siempre que los responsables se encuentre en España.

²⁷⁷ Institut Català de Salut (2006) *Mutilació Genital Femenina: prevenció i atenció*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [Guía realizada por el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. Esta nueva guía, suponía la actualización de la anterior editada por la Associació Catalana de Llevadors, en el que se ampliaba un apartado de atención en la edad pediátrica y el papel de la escuela en la prevención de la práctica.

3) Nivel de atención no urgente. Se pone en marcha a partir de la detección. Los motivos de atención y valoración del posible riesgo son: pertenecer a una etnia que practique la MGF, pertenecer a una familia o grupo familiar practicante de la MGF, o la proximidad de un viaje o vacaciones.

4) Nivel de atención urgente. Se activa cuando se ha valorado la situación de riesgo inminente de que se realice la práctica o cuando se ha consumado.

5) Nivel de recuperación. Implica garantizar la atención a las secuelas físicas y psíquicas que pueda presentar la niña y, eventualmente, la realización de una intervención quirúrgica para revertir las secuelas.

En cada nivel de actuación están involucrados diferentes agentes: profesionales de la salud, profesionales de los servicios sociales de atención primaria, de centros docentes, de atención a los menores en riesgo, de los cuerpos de seguridad y asociaciones que trabajan para la prevención de las MGF. Los/as profesionales de la salud tienen una función preponderante, destacándose las acciones que deben llevar a cabo en todos los niveles.

En 2008, se aprueba la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Esta ley marcará un enfoque nuevo y provocará que se dispare la creación de nuevos protocolos, como el protocolo policial **Protocol de Prevenció i Atenció Policial de la Mutilació Genital Femenina**²⁷⁸, la reedición del Protocolo de Actuaciones de la MGF²⁷⁹, los microprotocolos sobre el tema de la MGF en múltiples municipios y la creación de las Mesas de Prevención de la MGF, como respuesta de la demanda de los Equipos de Supervisión de Casos de MGF que aparecía en el Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-2008].

El Equipo de Supervisión de Casos de MGF, como se definía en el Plan de Ciudadanía e Inmigración, no se llega a consolidar en toda Cataluña, aunque en los municipios de las comarcas de Girona se continúa en la línea del control de los viajes de las familias

²⁷⁸ Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació (2008) *Protocol de prevenció i atenció policial de la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. 6 pàgines.

²⁷⁹ Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]) *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 40 pàgines.

subsaharianas. Según la memoria del plan, figura el año 2008 como inicio de la creación de las primeras Mesas locales de Prevención de la MGF de las comarcas de Girona: «Hem organitzat 24 taules d'ens locals de prevenció, per tal de supervisar i coordinar els casos de mutilació genital femenina» (Secretaria per a la Immigració, 2010: 201).

3.3. Proyección en la prensa del modelo de actuación de la Generalitat de Catalunya

En 2005 se publican dos artículos sobre la intervención de los Mossos d'Esquadra en Girona ante la MGF, uno en *La Vanguardia*, autorizado por la propia Consejera, y otro en *El Mundo*. En *La Vanguardia*, con el titular «Desde aquí evitamos ablaciones en África²⁸⁰», una mossa explica que a raíz de leer el reportaje de Kadi en el *Magazine* de *La Vanguardia*²⁸¹, se puso a actuar sobre este tema. En el reportaje la mossa anuncia que «han evitado 36 casos de ablación de clítoris en niñas inmigrantes». Vuelve a salir el concepto de niñas «inmigrantes», que si bien tenían la nacionalidad de sus padres, habían nacido en Cataluña. Sin embargo, bajo este término, recibían la consideración del Otro, un Otro peyorativo en una situación económicamente vulnerable. Son actuaciones «bendecidas», según ella misma, por las propias asociaciones de inmigrantes subsaharianos.

Miradas profesionales. Departamento de Interior

«Nosotros les ayudamos a extender su influencia entre los inmigrantes para que expliquen que la ablación no es islámica, sino aberrante, y así vayan abriendo las mentes incluso de las más tradicionalistas, para que se planteen la posibilidad de evitársela a sus hijas, también por amor.»

La Vanguardia, 8 de octubre de 2005

²⁸⁰ Amiguet, L. (2005) Desde aquí evitamos ablaciones en África. *La Vanguardia*. Edición Cataluña, 8 de octubre de 2005. [En línea] http://www.lavanguardia.es/Vanguardia/Publica?COMPID=51194869798&ID_PAG... [Consultada: 08.10.2010].

²⁸¹ Ramos, I. y Manresa, K. (1997) La ablación. *Magazine*, *La Vanguardia*. Edición Cataluña, 23 de noviembre de 1997.

La misma mossà representaba al Departament d'Interior, sin embargo, explica en primera persona la preparaci3n de «su misi3n»: «*Para preparar mi misi3n, estuve en Gambia, paìs de origen de gran parte de la inmigraci3n africana en Cataluña, donde se practica la ablaci3n de clìtoris*».

En el artìculo de *El Mundo*, «Una mossà contra la ablaci3n²⁸²», la misma mossà explica que su trabajo es «màs preventivo que policial». El periodista describe las visitas domiciliarias que hace la agente, al enterarse que una familia va a viajar a Àfrica: «Cuando toca la puerta de una familia gambiana o mauritana tras la llamada de una profesora o un pediatra alertàndola de un sospechoso viaje a Àfrica, no cae en el juicio fàcil». Se «enuncia» (Foucault, 1999), que: «*Un ambicioso plan pretende implicar a pediatras, sanitarios, asistentes sociales, fuerzas de seguridad, profesionales de atenci3n a menores en riesgo y a las propias asociaciones de inmigrantes*». Refiriéndose a la puesta en marcha de las Mesas de Prevenci3n de la MGF²⁸³, dice que algunas mediadoras se brindan a «*influir bajo el mandato policial*» en sus comunidades, ya que «*se trata de que tengan los ojos abiertos, sensibilicen a los inmigrantes y denuncien ante cualquier duda*».

En 2007 y 2008 se visualiza la parte punitiva de las intervenciones del Modelo de la Generalitat de Catalunya. En *El Paìs*, el artìculo «Un juez prohìbe a una niña salir de España para evitar su ablaci3n²⁸⁴» trata un caso de la provincia de Girona donde se gestaron los dos protocolos y donde se pondrìan en marcha a partir del 2008 las Mesas de Prevenci3n de la MGF, anunciado unos meses mäs tarde, en la Agencia Catalana de Noticias²⁸⁵, por la Secretaria per a la Immigraci3²⁸⁶: «En aquests cinc anys, gràcies a la col·laboraci3 de metges, policies, mestres o entitats, s'ha activat el protocol en 223 ocasions, evitant possibles casos d'ablaci3. Desprès d'aquest temps, s'ha renovat el protocol per adaptar-lo al nou marc jurìdic».

²⁸² Ortiz, A. (2005) Una Mossa contra la ablaci3n. *El Mundo, Edici3n Cataluña*, 23 de octubre de 2005, 7.

²⁸³ Analizadas en el capìtulo 6. Las Mesas de Prevenci3n de la MGF en Cataluña.

²⁸⁴ Iglesias, N. (2007) Un juez prohìbe a una niña salir de España para evitar su ablaci3n. *El Paìs.com*, 25 de junio de 2007. [En lÌnea]

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/juez/prhibe/nina/salir/Espana/evitar/ablaci3n/elpepisc/20020625elpepisc_7/Tes?print=1 [Consultada: 22.02.2010]

²⁸⁵ « Agencia Catalana de Noticias, naci3 en 1999 con caràcter multimedia y en internet. Segùn su web: <http://www.acn.cat> "interpreta la actualidad en clave catalana [...] y concentra la mirada en Cataluña".

²⁸⁶ En els darrers cinc anys s'han previngut 223 possibles casos d'ablaci3 a Catalunya, segons immigraci3. *Directe.cat*, 06 de mayo de 2008. [En lÌnea] <http://www.directe.cat/acn/en-els-darrers-cinc-anys-shan-previngut-223-possibles-casos-ablacio-a-catalunya-segons-im> [Consultada:26.06.2010]

Otro artículo titulado: «Retiran la custodia de dos hijas por sospechar que sus padres querían practicarles la ablación²⁸⁷», se detallan las intervenciones punitivas realizadas en el momento en que una familia africana comenta que va a viajar al país de origen. Este caso se dio en el municipio de Premià de Dalt. Un juez de Mataró retiró la custodia de las menores de 6 y 13 años y las puso al amparo de la DGAIA²⁸⁸, a raíz de la denuncia de los servicios sociales, ante el rumor que corría en la escuela de las niñas y al no presentarse los padres a los servicios sociales. Según el mismo diario «la DGAIA ha confirmado que se ha limitado a cumplir con la orden del juez y las niñas permanecerán bajo su custodia hasta que el juez decida». En declaraciones de televisión, los propios padres aseguraron que estaban en contra la MGF y que «ni siquiera tenían intención de viajar a su país durante estas fiestas».

3.4. Modelo Wassu. Al otro lado del muro: propuesta metodológica y transferencia.

Desde 2004, el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, GIPE/PTP del Departamento de Antropología Social y Cultural, de la UAB sigue realizando investigación aplicada sobre la práctica de la MGF y transfiriendo el conocimiento a través de la publicación de artículos científicos, participación en jornadas y conferencias, realización de formaciones a profesionales y elaboración de materiales para profesionales y familias.

En 2006, elabora la guía para profesionales *Mutilació Genital Femenina. Prevenció i Atenció*²⁸⁹ para el Institut Català de la Salut (ICS). Esta nueva guía era la actualización y ampliación de la anterior²⁹⁰. Paralelamente diseña un desplegable para trabajar con familias, una guía de bolsillo para profesionales y una carta de compromiso preventivo con el logo del ICS²⁹¹, junto con una guía de aplicación de la carta de compromiso preventivo, incluida en la guía.

²⁸⁷ EFE (2007) "Retiran la custodia de dos hijas por sospechar que sus padres querían practicarles la ablación". *El mundo.es, Edición Cataluña*, 29 de diciembre de 2007.

²⁸⁸ DGAIA: Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia.

²⁸⁹ Institut Català de Salut (2006), *op. cit.*

²⁹⁰ Associació Catalana de Llevadores (2004), *op. cit.*

²⁹¹ La propuesta de la Carta "Compromiso preventivo" la realiza Adriana Kaplan en 1998, como una herramienta para las familias, para reforzar su decisión de no mutilar a sus hijas, en el momento de viajar a sus países de origen.

Tabla 22. Herramientas para profesionales diseñadas por el GIPE/PTP (2006)

Herramientas para profesionales y familias elaborados por el GIPE/PTP, para el ICS (2006)

Desplegable para trabajar con familias

Manual para profesionales

Guía de bolsillo

Realización propia, a partir de la fuente:

Institut Català de la Salut, ed. (2006) "Mutilació Genital Feminina: Prevenció i Atenció". Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 64 pàgines. [Estos materiales fueron diseñados por el GIPE/PTP para el ICS].

Tabla 22 (continuación). Herramientas para profesionales diseñadas por el GIPE/PTP (2006)

Herramientas para profesionales y familias elaborados por el GIPE/PTP, para el ICS (2006)

Institut Català de la Salut

Compromís informat d'evitació de la mutilació genital femenina

Dades de la nena

Cognoms i nom _____ NIF (passaport) _____ Estat _____

Data de naixement _____ Lloc de naixement _____ Nacionalitat _____

Adreça _____

Codi Postal _____ Població _____ Telèfon _____

Dades de la persona responsable de la nena

Cognoms i nom _____ NIF _____ Vinculació: pare mare tutor legal

Data de naixement _____ Lloc de naixement _____ Nacionalitat _____

Adreça _____

Codi Postal _____ Població _____ Telèfon _____

Dades del/de la metge/metgessa que atén a la nena

Cognoms i nom _____ NIF _____

Núm. de col·legiada _____ Centre _____

Maro legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol

La mutilació genital femenina es considera un atemptat contra els Drets humans i està associada a riscos socio-sanitaris i psicològics.

A l'Estat espanyol, aquesta intervenció es considera un delicte de lesions en l'article 149.2 del Codi penal, encara que l'operació s'hagi dut a terme fora del país (per exemple a Gàmbia, Senegal, Mali, etc.), segons la modificació de la Llei orgànica del poder judicial 3/2005.

La pena de presó és de 6 anys a 12 anys per als pares o responsables, la retirada de la paternitat i la possibilitat de l'ingrés de la nena en un centre de protecció de menors.

Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica

País _____ Nom de l'associació _____ Telèfon _____

Institut Català de la Salut

Declaracions

Certificació del/de la metge/metgessa sobre les dades mèdiques de la nena

Certifico que la nena referida a la pàgina anterior és una nena sana, que ha seguit els controls establerts en el "Protocol del nen sa" i que se li han administrat les vacunes corresponents per a la seva edat.

He comprovat que els seus genitals estan íntegres i no presenten cap lesió.

Declaració del/de la metge/metgessa quant a la informació a la persona responsable de la nena

Declaro haver informat la persona responsable de la nena referida a la pàgina anterior, dels aspectes següents relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut.

- Maro legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol (segons l'apartat referit en la pàgina anterior).
- Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica (segons l'apartat referit en la pàgina anterior).
- Compromís de demanar hora per a una revisió general de salut, immediatament després de la tornada de les vacances que es facin en el país d'origen de la família.
- Compromís de facilitar a la nena la medicació que se li ha subministrat per prevenir la malaltia durant les vacances en el país d'origen de la família i quantitats importants d'aigua, buïda prèviament o embotellada.

Compromís informat de la persona responsable de la nena

Declaro haver estat informat, pel metge o la metgessa que atén la meua filla/la nena de qui sóc responsable, dels diversos aspectes relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut, específicats a l'apartat anterior.

Considero que he entès el propòsit, l'abast i les conseqüències legals d'aquestes explicacions.

Em comprometo a tenir la cura de la salut de la meua filla/de la nena de qui sóc responsable a evitar la seva mutilació genital.

I perquè consti llegible i s'igui l'original d'aquest compromís informat, per duplicat, del qual em quedo una còpia.

Signatures

Signatura dels pares/de la persona responsable de la nena _____ Signatura del/de la metge/metgessa que l'atén _____

Realización propia, a partir de la fuente:

Kaplan, A. y Pérez, M.J. (Coord.) (2006) *Mutilació Genital Feminina: Prevenció i Atenció*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Institut Català de Salut (ICS). 64 pàgines.

BLOQUE II

**EL MODELO DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA.
A UN LADO DEL MURO**

Introducción

El estudio del Modelo de la Generalitat de Catalunya (GC) no puede entenderse sin el análisis histórico que se ha realizado en el capítulo 4 del bloque anterior. Este bloque, titulado «A un lado del muro», presenta, analiza y evalúa un modelo de actuación sobre la MGF que lleva más de una década funcionando y que jamás ha sido evaluado.

En el capítulo 5 se describe la situación política en Catalunya de 2008 a 2016 y se analiza el marco legal y los planes de acción que desplegó la Generalitat relacionados con la MGF. Lo hemos dividido en dos períodos. Un primer período se desarrolla entre 2008 y 2012, el cual arranca con la aprobación de la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, en la que se considera la MGF o riesgo de padecerla como una forma de violencia machista y se crean las Mesas de Prevención de la MGF como herramienta para el despliegue del protocolo general de MGF. Un segundo período, que se desarrolla entre 2013 a 2016, destaca por el desmantelamiento progresivo del sistema del bienestar a través de la reestructuración de la administración pública, afectando principalmente a los servicios de salud, los servicios sociales y la educación.

En el capítulo 6 se analizan detalladamente las Mesas de Prevención de la MGF. Toda la información que se presenta ha sido obtenida durante el trabajo de campo realizado en el marco de esta investigación. A diferencia de otras mesas, como las de infancia y adolescencia que disponen de una ley y un decreto propios²⁹², las Mesas de Prevención de la MGF no disponen de un marco legal específico para su despliegue y la información sobre su desarrollo no es pública.

En el capítulo 7 se evalúa el Modelo GC. En un primer apartado se aborda el protocolo autonómico de MGF y en un segundo apartado las Mesas de Prevención de la MGF, distinguiendo las de la provincia de Girona, como precursoras de la herramienta, y las del resto de Catalunya.

²⁹² Ver capítulo 5, Ley 14/2010 del 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia.

Finalmente se proyecta el impacto de las políticas del Modelo GC a través del análisis en la prensa, los registros policiales y las actuaciones desplegadas a través del análisis de casos recogidos gracias al trabajo de campo y las sentencias, que sí son públicas. Se recogen múltiples miradas sobre los y las profesionales que han intervenido directamente en los casos y sobre los y las responsables del despliegue de las actuaciones, para acabar haciendo un balance y evaluación de la actuación que promueve el Modelo GC.

CAPÍTULO 5
MARCO POLÍTICO. LEGISLACIÓN Y PLANES DE ACCIÓN
[2008-2016]

1. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA BAJO EL ENFOQUE DE LA VIOLENCIA MACHISTA. AÑO 2008-2012

En 2008, el Parlament de Catalunya aprueba la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, en la que se define la MGF y el riesgo de padecerla como una forma de violencia machista. Este nuevo enfoque motiva la creación de nuevos protocolos en materia de MGF por parte de la Generalitat de Catalunya y por parte de los municipios. La Generalitat crea el Protocolo de prevención i atenció policial de la mutilació genital femenina²⁹³ y se reedita el Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF²⁹⁴ para incorporar este nuevo marco legal. Los municipios crean microprotocolos exclusivos de MGF. Paralelamente se crean las Mesas de Prevención de la MGF como herramienta metodológica del Modelo de la Generalitat de Catalunya para desplegar el Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF y el control de casos potencialmente en riesgo.

1.1. Marco político. Legislación y planes de acción [2008-2012]

En este punto se analizarán los planes de acción y la legislación vigente durante el período 2008-2012.

A nivel político, este período se divide en dos bloques: por una parte, el último período del gobierno del Partit Socialista Català (PSC) de 2008 a 2010 presidido por el Sr. José Montilla y, por otra parte, el que inicia de 2010 a 2014 Convergència i Unió (CIU) presidido por el Sr. Artur Mas.

En 2008, el Parlament de Catalunya aprueba la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista²⁹⁵ propuesta por el PSC. El artículo 5, «Ámbitos de la violencia machista», especifica los múltiples tipos de violencia machista entre los cuales se encuentra la MGF. Se define de la siguiente forma:

²⁹³ Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació (2008) *Protocol de prevenció i atenció policial de la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. 6 pàgines.

²⁹⁴ Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]) *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 40 pàgines.

²⁹⁵ BOE núm. 131 de 30 de mayo de 2008.

La mutilación genital femenina, o riesgo de padecerla, es una forma de violencia machista e incluye cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales o que produzcan lesiones, aunque haya consentimiento explícito o tácito de la mujer.

El artículo 75 se dedica íntegramente a la MGF. En él, el Parlament de Catalunya insta al Govern de la Generalitat a adoptar las siguientes medidas²⁹⁶:

- a) Promover la mediación comunitaria en las familias si hay riesgo de mutilaciones genitales. En estos casos, se tiene que procurar que en la negociación participen personas expertas y también personas de las comunidades afectadas por estas prácticas y asegurar la actuación de agentes sociales de atención primaria.
- b) Garantizar las medidas específicas para prevenir y erradicar las mutilaciones genitales, impulsando actuaciones de promoción de las mujeres de los países de origen donde se efectúan estas prácticas y formando a las personas profesionales que tengan que intervenir.
- c) Actuar en el ámbito de la cooperación internacional, en el sentido de trabajar desde los países de origen para erradicar estas prácticas.
- d) Contar con mecanismos sanitarios de intervención quirúrgica, para hacer frente a la demanda de las mujeres que quieran revertir los efectos de la mutilación practicada, y también los mecanismos de soporte psicológico, familiar y comunitario. En los casos de riesgo para la salud de las menores de edad, el personal profesional ha de poder contar con mecanismos que les posibilite la realización de la intervención quirúrgica.

Además, con carácter general en materia de violencia machista, el apartado 1 del artículo 82 insta a crear la Comisión Nacional para una Intervención Coordinada contra la Violencia Machista como órgano específico de coordinación institucional, impulso, seguimiento, control y evaluación de las actuaciones en el abordaje de la violencia machista. El artículo 2 remarca el derecho a la atención sanitaria especializada así como a la atención y asistencia jurídicas.

²⁹⁶ En el capítulo 7, se evaluarán las intervenciones realizadas en el marco de esta ley.

En abril de 2008, el Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya elabora el Pacto Nacional para la Inmigración [2008]²⁹⁷ para el refuerzo de las acciones destinadas a erradicar la violencia machista. En referencia al tema que nos ocupa, se propone extender el Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF²⁹⁸ y llevar a cabo medidas colaterales tales como: reforzar los servicios de atención, prevenir y coordinar la lucha contra la violencia machista y retomar acciones de formación específica en las expresiones de violencia machista y diversidad cultural para profesionales.

Durante este período, el Intitut Català de la Dona (ICD) presenta el Plan Estratégico de Políticas de Mujeres del Govern de la Generalitat de Catalunya [2008-2011]²⁹⁹. Propone reimprimir el Protocol d'Actuació per a la Prevenció de la MGF, reeditado un año antes, para incluir el nuevo marco legal³⁰⁰. Este plan propone llevar a cabo formación específica para la prevención de la MGF. Sin embargo no se especifica ni qué profesionales ni en qué ámbitos se efectuará. Por otra parte, enfatiza la importancia de la mediación comunitaria como agente clave de prevención.

En 2010, el Departament d'Acció Social i Ciutadania publica el Decreto 60/2010, de 11 de mayo, de la Comisión Nacional para una Intervención Coordinada contra la Violencia Machista³⁰¹, así como instaba la Ley 5/2008 en su apartado 1 del artículo 82.

Unos meses más tarde, el Parlament de Catalunya aprueba la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia³⁰². La novedad de este texto es que establece las situaciones que deberá desarrollar la administración pública catalana en materia de prevención. En el título 3 de esta medida se manifiesta que la Generalitat de Catalunya «debe impulsar programas concretos de información y sensibilización ciudadana para promover el bienestar de toda la población infantil y adolescente». El artículo 76 se centra en la prevención de la ablación o mutilación genital femenina. El uso del término «mutilación genital

²⁹⁷ Secretaria per a la Immigració (2008) *Pacto Nacional para la Inmigración (2008)*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

²⁹⁸ Secretaria per a la Immigració (2002), *op. cit.*

²⁹⁹ Institut Català de les Dones (2008) *Pla de Polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya [2008-2011]*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.

³⁰⁰ Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

³⁰¹ DOGC. Nº5628-13.05.2010.

³⁰² BOE núm. 156 de 28 de junio de 2010.

femenina» responde al informe del 2005 del Comité de Investigación de Unicef³⁰³. Esta expresión se empieza a utilizar a principios de los años 90³⁰⁴ para marcar la distinción respecto a la circuncisión masculina y subrayar la gravedad de la práctica. La utilización del término «ablación» en esta ley es debido a que «es una expresión más neutra y más utilizada por las comunidades que la practican» y este doble carácter «hace que la ley trate esta práctica tradicional perjudicial para las niñas dentro del capítulo de prevención y no en el siguiente, sobre la protección delante del maltrato». Se deduce, por tanto, que el legislador quiere tratar el abordaje de la práctica desde un enfoque diferente del de la ley de violencia machista, que se miraba desde la perspectiva del maltrato.

Como metodología para coordinar, impulsar y promover las políticas de infancia, el artículo 26 propone la creación de la Mesa Nacional de Infancia y las Mesas Territoriales de Infancia y Adolescencia. Según la configuración, quedarían de la siguiente forma³⁰⁵:

- Mesa Territorial de Infancia del Alt Pirineu
- Mesa Territorial de Infancia de Lleida
- Mesa Territorial de Infancia de las Terres de l'Ebre
- Mesa Territorial de Infancia de la Catalunya Central
- Mesa Territorial de Infancia de Tarragona
- Mesa Territorial de Infancia de Girona
- Mesa Territorial de Infancia de Barcelona

En 2010, el Parlament de Catalunya aprueba el I Plan Estratégico de Servicios Sociales de Cataluña (PESSC) [2010-2013]³⁰⁶, en el marco del artículo 37 de la Ley 12/2007 de servicios sociales. En él se pone de manifiesto la existencia de un protocolo autonómico de MGF y se anuncia la creación de un espacio técnico en el marco del Consell de Coordinació de Benestar Social, con la red de atención a la infancia y adolescencia y la de atención a las mujeres en situación de violencia machista. A continuación se presenta un cuadro explicativo de dicho plan:

³⁰³ Publicado en el boletín *Innocenti Digest* nº1, 2005.

³⁰⁴ En 1990, es el Comité Internacional Africano (CIA), que establece como término MGF, por considerarse una práctica que atenta contra la integridad física y psíquica de las niñas y mujeres.

³⁰⁵ Nuestro ámbito de estudio contempla las Mesas territoriales de Girona y Barcelona.

³⁰⁶ DOGC núm. 5741, de 25.10.2010

Figura 21. La MGF en el Plan Estratégico de Servicios Sociales de Cataluña [2010-2013]

PLA ESTRATÈGIC
DE SERVEIS
SOCIALS
DE CATALUNYA
2010-2013



Pla Estratègic de Serveis Socials [2010-2013]

En el marco de la Ley 12/2007, d'11 de octubre de servicios sociales y la Ley 14/2010, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia

EJE 3: La vertebración del sistema y el trabajo en red

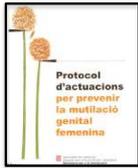
Línea 3.1. Organización de la red de Servicios sociales de atención públicos

1.2. Situación actual

1.2.1. Datos de evaluación (pág. 61)

En relación con los mecanismos de coordinación entre los servicios sociales básicos y los servicios sociales especializados, se ha avanzado en la definición de protocolos de interrelación que establecen el marco de colaboración y que facilitan la acción integral e integrada. Concretamente, los documentos elaborados desde la Generalitat de Catalunya son los siguientes:

- **Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina, 2007.**



1.5. Actuacions estratègiques

- Crear un espacio técnico, en el marco de los grupos de trabajo del Consejo de Coordinación de Bienestar Social, entorno de los sistemas de coordinación entre los servicios sociales básicos y los servicios sociales especializados, específicamente en el marco de las redes:
 - ✓ **Red de atención a la infancia y adolescencia**
 - ✓ **Red de atención a las mujeres en situación de violencia machista**

Realización propia, a partir de:

Benestar Social i Família (2010) *Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya [2010-2013]*. Generalitat de Catalunya. 124 pág.

El 16 de diciembre de 2009 se aprueba el Plan de Ciudadanía e Inmigración [2009-2012]³⁰⁷. Este es el cuarto plan que pone en marcha la Generalitat de Catalunya a través de la Secretaria per a la Immigració. Tiene como objetivo planificar y concretar las propuestas del Pacto Nacional para la Inmigración (2008) diseñando políticas transversales en materia de inmigración. La MGF se continúa considerando materia de inmigración, por lo que su gestión se llevará a cabo por la Secretaria per a la Immigració. A continuación se presenta un cuadro explicativo donde figura el eje del que depende el proyecto de la MGF, los objetivos operativos las actuaciones programadas y el presupuesto destinado al proyecto.

³⁰⁷ Secretaria per a la Immigració (2010) *Plan de Ciudadanía e Inmigración [2009-2012]*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 159 páginas.

Cuadro 22: La MGF en el Plan de Ciudadanía e Inmigración [2009-2012]

	Pla de Ciutadania i Immigració [2009-2012]
	EJE 3: Integración en una cultura pública común
	Reto 4. Asegurar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres e incluir la perspectiva de género.
	Programa 16. Favorecimiento de la igualdad de oportunidades para nuevas catalanas
<u>Objetivo estratégico:</u> 16.1. Asegurar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres e incluir la perspectiva de género.	
<u>Objetivos operativos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la participación de las mujeres inmigrantes. • Fomentar la investigación continuada sobre las realidades, las necesidades y los intereses de las mujeres inmigradas. • Promover medidas específicas para prevenir y erradicar las MGFs, promoviendo la aplicación de protocolos de actuación específicos. • Promover medidas específicas para prevenir y erradicar los matrimonios forzados, fomentando la aplicación de protocolos de actuación específicos. • Promover medidas de prevención de la violencia machistas entre las mujeres inmigradas. 	

Pla de Ciutadania i Immigració [2009-2012]	
<u>Proyecto:</u> 16.1.1. Soporte a los profesionales en la gestión de los casos de (MGFs)	
<u>Actuaciones:</u>	<u>Presupuesto:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo para la prevención de las MGFs • Mesas Territoriales para la prevención de las MGFs • Seminario: ¿Cómo prevenir las MGFs? • Soporte a proyectos de entidades • Soporte a los profesionales en la gestión de casos de MGFs • Formación de profesionales 	<p>4.000 euros</p> <p>1.000 euros</p> <p>17.000 euros</p>
<u>Órg. responsable:</u> DS y SIM	<u>Órg. colaboradores:</u> ICD, DIRIP, DEDU, SIA, SPFDC

Realización propia, a partir de la fuente:

Secretaria per a la Immigració (2010) *Pla de Ciutadania i Immigració [2009-2012]*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 159 pàgines. Disponible en:

http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematices/05immigracio/03politiquesplansactuacio/pla_ciutadania_immigracio/pla_ciutadania_immigracio_vcat_2010_06_03.pdf [Consultada: 18.02.2016]

Nota: DS (Departament de Salut), SIM (Secretaria per a la Immigració), ICD (Institut Català de la Dona), DIRIP (Departament d'Interior, Relacions institucionals i Participació), DEDU (Departament d'Educació), SIA (Secretaria d'Infància i Adolescència) y SPFDC (Secretaria de Polítiques familiars i Dret de Ciutadania).

Como se observa, las medidas específicas para prevenir la mutilación se basan en la aplicación de protocolos de actuación específicos. A partir de 2009 proliferan los protocolos municipales sobre la MGF bajo el enfoque de la violencia machista, que se suman a los protocolos de salud y al general de MGF. Sin embargo, se dedican escasos recursos a nivel municipal para desplegarlos. Ello provoca un aumento de la atención en el control de viajes en detrimento de la integración del tema en los circuitos normalizados de prevención. Este hecho hace que salten alarmas y se den actuaciones punitivas como primera medida³⁰⁸.

Analizando los presupuestos, se entiende que los 17.000 euros se destinarán a la subvención de entidades y al soporte y formación de los profesionales en la gestión de casos de MGF. No se especifica el presupuesto específico para la formación de profesionales ni tampoco a qué profesionales va dirigida la formación. Se deduce que se destinará a profesionales de atención primaria, priorizándose los ámbitos de salud, servicios sociales y educación.

Sin embargo, el Plan de Salud de Cataluña, no se especifica ningún «soporte a los profesionales en la gestión de casos de MGF», como establece el Plan de Ciudadanía e Inmigración [2009-2012]. Este hecho demuestra que no es una prioridad para el Departament de Salut más allá de incluirse en diferentes protocolos sanitarios, como veremos en el siguiente punto.

³⁰⁸ El impacto de las actuaciones se analizarán en el capítulo 7 Evaluación del modelo de la Generalitat de Catalunya.

En el período 2008-2011, los diferentes gobiernos de la Generalitat³⁰⁹ aprueban dos leyes y un decreto que afectarán a los servicios de salud pública en Cataluña. La Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública³¹⁰ propone establecer un nuevo modelo con autonomía de gestión y con una cartera de servicios definida a través de la creación de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Esta deberá contar con una estructura central y otra territorial, coincidiendo con la creación de gobiernos territoriales de salud con el fin de reforzar los servicios de salud pública, conectando las acciones clínicas con las acciones comunitarias. La Generalitat deberá formular periódicamente un Plan de Salud Interdepartamental de Salud Pública, coordinado con el Plan de Salud de Cataluña. Ambos planes deberán garantizar la coordinación de las acciones que incidan en la salud de la población.

1.2. Resultados de los planes de acción. Protocolos y despliegue policial

1.2.1. Departamento de Salud

El Departamento de Salud actualiza el protocolo de pediatría y crea uno exclusivo de MGF en el marco de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. A continuación se analizan los dos protocolos.

En el Protocol d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a l'Edad Pediàtrica. Infància amb Salut³¹¹, se añade el capítulo «Atenció a l'Infant Immigrant». Si en el anterior de 2005 era una protocolo anexo al protocolo general de pediatría, en este se añade como un capítulo más. Se sigue usando el término «infant immigrant» en referencia a los niños y niñas que aun habiendo nacido en Cataluña sus padres son de origen inmigrante, refiriéndose, según el protocolo, a «inmigrantes procedentes de países de renta baja (PRB)».

A continuación se detalla la atención y la prevención de la MGF que deberá realizar el servicio de pediatría catalán, independientemente del proveedor de salud al cual pertenezca:

³⁰⁹ 2006-2010 presidido por José Montilla (PSC) y 2010-2016 Artur Mas (CIU).

³¹⁰ DOGC núm.5495, de 30 de octubre de 2009.

³¹¹ Direcció General de Salut Pública (2008) *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb Salut*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 259 páginas.

Figura 23. La MGF en el Protocolo de pediatría de Cataluña (2008)

The image shows a page from a document titled "Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut (2008)". The page is numbered (1/3) in the top right corner. The main heading is "Capítol 8 'Atenció a l'infant immigrant'" (pág.111). Below this, there is a section titled "Población objeto:" with a list of bullet points:

- Niños procedentes de países de renta baja (PRB) y que no vienen de zonas de estos países con características similares a los países de renta alta,
- Hijos de inmigrantes de PRB (nacidos en nuestro país o fuera)
- "Infants" que viajen a un PRB.
- "Infants" que vuelvan de pasar períodos largos en los PRB de los padres.

 Further down, there is a section "Exploración física completa (pág. 114)" with a bullet point:

- Exploración de genitales externos. Especialmente para detectar malformaciones no diagnosticadas previamente y posible mutilación genital, en pacientes que proceden de países donde se practica.

 Then, "Educación sanitaria: Profilaxis de la mutilación genital femenina (MGF) (pág. 119)" with a bullet point:

- Seguir las pautas del *Protocol d'actuació per a la prevenció de la MGF (2007) derivando a* : http://www.gencat.net/benestar/immigracio/guia_ab/index.html

 To the right of this text is a small image of a book cover titled "MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA: Atenció i Prevenció (2006)". Below the image, it says "Guía MGF Atenció i Prevenció (2006) realizada por el GIPE/PTP de la UAB, para el ICS."

Son factores de riesgo para la MGF:

- ✓ Pertener a una etnia que practique la MGF (*se nombra los países*).
- ✓ Pertener a una familia en la que la madre y/o hermanas más mayores la hayan sufrido
- ✓ Y además, si se suma pertenecer a un grupo familiar, en el que está muy presente el mito del retorno y el viaje al país de origen de los padres.

Indicadores de sospecha de haber padecido una MGF (*se detallan*)

Realización propia, a partir de la fuente:

Direcció General de Salut Pública, ed. (2008) *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 259 pàgines.

La MGF se contempla en el capítulo 8, «Atenció a l'infant immigrant», en la revisión de genitales. En este punto faltaría añadir: «si no tiene practicada la MGF, ver: apartado Educació sanitària de l'Infant Immigrant, profilaxis de la mutilació genital femenina».

En el apartado de profilaxis de la MGF (página 119) se menciona el Protocolo de Actuaciones para la Prevención de la MGF (2007)³¹² y la guía *Mutilació Genital Femenina, Atenció i Prevenció*³¹³, que realizó el GIPE/PTP³¹⁴ de la UAB, para el ICS³¹⁵. Se diferencia la intervención en tres escenarios: detección de una MGF en una niña, prevención de la MGF e intervención delante de un viaje al país de origen de los padres.

³¹² Secretaria per a la Immigració (2007) *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina*. Barcelona, Departament de Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya.

³¹³ Institut Català de Salut (2006) *"Mutilació Genital Femenina: prevenció i atenció"*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 64 pàgines.

³¹⁴ GIPE/PTP, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona.

³¹⁵ ICS, *Institut Català de Salut*. Es el mayor proveedor de salud en Cataluña.

Figura 23 (continuación). La MGF en el Protocolo de Pediatría de Cataluña (2008)



Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut (2008) (2/3)

Educación sanitaria: Profilaxis de la mutilación genital femenina (MGF) (pág. 119)

Recomendaciones generales:
Se tiene que descartar o diagnosticar la mutilación genital de la niña, realizando una exploración genital precisa en la visita pediátrica.

Si ha sido mutilada:

- Si la MGF ha sido realizada **y ha habido intervención previa:** Se tiene que hacer una denuncia y hacer un informe de lesiones, al juzgado.
- Evaluar el grado de afectación en el ámbito físico, psicológico i sexual.
- Ofrecer tratamiento y soporte personalizado.
- Trabajar en red con otros profesionales, proporcionar información y realizar educación sanitaria con la participación de asociaciones miembros de la comunidad que trabajen para la prevención de la MGF. *(Ver lista Protocol d'actuació per a prevenir la MGF): AMAM, EKCREA, EQUIS, YAMARIKAFO*
- Si tiene hermanas más pequeñas, hay que explorarlas y si no han sido mutiladas, hay que ponerlo en conocimiento de los servicios sociales y del EAIA (Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia) **para realizar una prevención activa.**

Si no ha sido mutilada:

- Hacer la detección a nivel físico a partir de la entrevista clínica con la niña y su familia, considerando y evaluando entre otras costumbres del grupo, al cual pertenecen en el país de origen, la presión del contexto cultural, las actitudes y las intenciones a corto y a largo plazo de la familia inmediata y extensa.
- Ofrecer información y educación sanitaria a la niña y a su familia en relación con las MGF en Cataluña, con la participación de asociaciones y miembros de la comunidad que trabajen para la prevención.

Realización propia, a partir de la fuente:

Direcció General de Salut Pública, ed. (2008) *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 259 pàgines.

Vale la pena señalar la intervención frente a la detección de una MGF en una niña. Según este protocolo y según el protocolo general de MGF (2007), solamente se realizará un parte de lesiones si ha habido intervención previa. De este modo, quedarían al margen las niñas que llegan por reagrupación familiar con una MGF ya practicada. El papel del profesional de salud es atender y evaluar las consecuencias físicas y psíquicas de la MGF y empoderar a la familia con información sobre las consecuencias físicas y psicológicas que comporta la práctica, con el fin de prevenir futuras MGF en su núcleo familiar.

A continuación se presenta el cuadro resumen de las intervenciones que marca el protocolo de pediatría frente a la proximidad de un viaje de una niña al país de origen de sus padres.

Figura 23 (continuación). La MGF en el Protocolo de pediatría de Cataluña (2008)


Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut (2008) (3/3)

Educación sanitaria: Profilaxis de la mutilación genital femenina (MGF) (pág. 120)

Delante de la proximidad de vacaciones al país de origen,
situaciones que pueden considerarse de riesgo, además hay que:

- Visitar a la niña en la consulta de pediatría antes de que marche, para poder garantizar la integridad genital y pactar su preservación a la vuelta.
- Pedir el compromiso por escrito del padre, conforme no se mutilará a la niña.
- Concertar y acordar una próxima visita después del viaje, programada con día y hora en la consulta de pediatría para explorar a la niña a la vuelta.
- Dar a conocer a los profesionales y a las familias (a todo el núcleo familiar, tanto al hombre como a la mujer), las consecuencias físicas, psicológicas y legales que esta práctica tiene en nuestro país.
- Coordinar y trabajar en red, con otros profesionales de los servicios sociales, del ámbito escolar y de los equipos de atención a la infancia y también a las asociaciones del territorio, que trabajan en la prevención de la MGF, para conseguir la visita antes del viaje, optimizar esfuerzos en las intervenciones y facilitar la superación de las reticencias de la familia.
- Si la familia se muestra abiertamente a favor de la MGF o bien, verbaliza que se la harán en el país de origen, el personal sanitario debe ponerse en contacto con los servicios sociales y con el EAIA, para que intervengan, y si corresponde, comunicarlo a la Fiscalía.

Realización propia, a partir de la fuente:

Direcció General de Salut Pública, ed. (2008) *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 259 pàgines.

Este será el último producto del Plan Director de Inmigración en el Ámbito de Salud³¹⁶. En 2011, se deroga el plan. De esta forma se explica en la prensa catalana el 9 de diciembre de 2013:

La Conselleria de Salut ha recortado un 55% los fondos destinados al programa de mediación cultural, desde los 970.000 euros presupuestados en 2010 hasta los 434.000 euros de 2013 y 2014, según consta en una respuesta parlamentaria del conseller Boi Ruiz, consultada por Europa Press. La respuesta a una pregunta formulada por la diputada del PSC y exconsellera Marina Geli, especifica también que el programa, que fue creado en 2007, estaba implantado en 90 centros sanitarios en 2010, una cifra que bajó a 84 en 2012 y que actualmente está «en definición»³¹⁷.

³¹⁶ Direcció General de Planificació i Avaluació (2006) *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

³¹⁷ Europa Press (2013) Salud recorta un 55% los fondos del programa de mediación cultural con inmigrantes. *Europapress.es*, 09 de diciembre de 2013. [En línea] <http://www.europapress.es/salud/politica-sanitaria/noticia-salud-recorta-55-fondos-pr...> [Consultada el 09.12.2013].

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Tenir un Pla Director d'Immigració suposa disposar de recursos al darrere, no? Clar, nosaltres vàrem fer el pla, però els recursos, els mediadors, entenc que són diners públics... I en el moment que començàvem de la crisi no tenia sentit un Pla Director d'Immigració. Tot això sense saber que ens podien acomiadar. Clar, jo el que els vaig dir és que un Pla Director, no caldria com a tal, no?, però sí continuar amb els agents comunitaris a l'Agència de Salut Pública. Llavors vaig venir amb l'Antoni Plasencia i es va derogar el Pla al 2011. [...] Vaig continuar amb fons de la Caixa per poder continuar amb els agents comunitaris perquè eren retallades, retallades amb el tema pressupostari per la crisi, impossible que prioritzéssim quan estan acomiadant professionals de la salut, mediadors interculturals. [...] Com a continuïtat de la mediació intercultural, els centres que ens ho demanin, una part del projecte comunitari ho intentarem fer amb el Projecte ICI³¹⁸, de mediació intercultural que està a tota Espanya [...] Tenim finançats 24 mesos de projecte [...] i aquests són els diners que tenim com a Pla Director.»

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

Tres años después de la edición del protocolo de pediatría, se edita el *Dossier Operativo de MGF (2011)*³¹⁹ en el marco del Protocolo para el Abordaje de la Violencia Machista en el Ámbito de la Salud en Cataluña³²⁰. Este documento se edita gracias a la financiación del ICD³²¹ y del Ministerio de Sanidad y Política Social en el marco del despliegue de protocolos exclusivos de MGF bajo el enfoque de la violencia machista. Este dossier es una mezcla del Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF y los manuales para profesionales realizados por el GIPE/PTP³²². Consta de tres capítulos: el

³¹⁸ Proyecto ICI: Intervención Comunitaria Intercultural. Financiado por la Fundación Bancaria La Caixa, desarrollado en 39 territorios del Estado español. Se despliega sobre tres pilares básicos de una comunidad: el educativo, el social y el de salud. En Cataluña se implementa en diferentes: Girona (Salt y Banyoles), las Terres de l'Ebre (Tortosa), la Catalunya Central (Vic y Cardona) y Barcelona (el Raval, la zona norte de Nou Barris, el Clot - Camp de l'Arpa, Sant Boi, Collblanc - la Torrassa, Sant Cosme, Badalona Sud y Santa Coloma). En principio tiene una duración de

³¹⁹ Direcció General de Planificació i Avaluació, ed. (2011) *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Dossier 3 Document operativo de mutilación genital femenina*.

³²⁰ Direcció General de Planificació i Avaluació, ed. (2011), *op.cit.*

³²¹ Institut Català de la Dona.

³²² Kaplan A. y Pérez, M.J. (Coords.) (2006) *Mutilación Genital Femenina: Prevención i Atenció. Guia per a professionals*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Institut Català de Salut (ICS) y el manual: Kaplan, A., Moreno, J. y Pérez, M.J. (Coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra.

primero sobre la prevención -en el que se detalla el marco teórico de la MGF-, el segundo sobre la detección -en el que se dedica un apartado a pautas para la entrevista clínica-, y el tercero sobre la atención y la recuperación -en el que se diferencia entre diferentes escenarios, tanto de mujeres como de niñas, de la población diana que se quiere trabajar. No se dispone de ningún recurso para su despliegue o para la formación de profesionales.

1.2.2. Acción social y ciudadanía

El Departament d'Acció Social i Ciutadania pone en marcha, en 2010, la Comissió Interinstitucional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista.

Figura 24. Comisión Interinstitucional contra la Violència masclista (2010)

Comissió Interinstitucional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista (2010) (1/2)	
Marco legal:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Llei 5/2008, del 24 de abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.</i> • <i>Decret, 60/2010, d'11 de maig, de la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista.</i>
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar las actuaciones de los diferentes departamentos de la Generalitat y los organismos relacionados con la violencia machista. • Fomentar instrumentos de participación, colaboración y cooperación entre las administraciones públicas, organizaciones sociales, agentes económicos y sociales los grupos de mujeres y las personas profesionales de los diferentes ámbitos como elementos necesarios para mejorar la prevención, la atención y la recuperación. • Velar por el cumplimiento de las actuaciones acordadas y evaluar las acciones. • Formular propuestas sobre prácticas y proyectos nuevos a poner en marcha.

Cuadro de realización propia a partir de las fuentes:

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Nº5628-13.05.2010

Departament de Benestar Social i Família. *Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista.*

[En línea] <http://www.20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6c8910b0c0e1>

[Consultada: 11.02.2013]

Figura 24 (continuación). Comisión Interinstitucional contra la Violencia machista (2010)

Comissió Interinstitucional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista (2010)	
(2/2)	
Composició:	
a)	Una presidencia, persona titular del departamento competente en materia de políticas de mujeres.
b)	Una vicepresidencia i secretaria del <i>Institut Català de les Dones</i> (ICD).
c)	El/la adjunto/a al /a presidente/a del ICD.
d)	Las vocalías, ejercidas por las personas miembros de:
d.1	Una persona designada para cada uno de los departamentos de la Generalitat, con rango de director/a general, en representación de cada uno de los departamentos.
d.2	Una persona designada por las unidades orgánicas competentes en materia de: Infancia y Adolescencia, Políticas Familiares, Inmigración, Afers Religiosos, Juventud, Deportes , con el rango de director/a general.
d.3	Una persona representante de los programas específicos de cada departamento en materia del abordaje de la violencia machista.
d.4	Una persona designada por cada una de las entidades y órganos siguientes:
	<i>Delegació del Govern a Catalunya, Fiscalia Superior de Catalunya, Consell d'Il·lustres Col·legis d'advocats de Catalunya, Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, Consell de Col·legis de Diplomats d'Infermeria de Catalunya, Col·legis d'Educadors/es Socials, de Pedagogs, de Psicòlegs, de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials, de Periodistes de Catalunya, Consell Audiovisual de Catalunya, Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, Associació Catalana de Llevadores, Consell Nacional de Dones de Catalunya, Consell Interuniversitari, Federació de Municipis de Catalunya, Associació Catalana de Municipis i Comarques, Taula de Ciutadania i Immigració, Consell de la Gent Gran i Nacional de la Joventut de Catalunya, una persona de cada Diputació provincial, Organitzacions sindicals i empresarials de Catalunya, Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals, Consell de Relacions Laborals.</i>

Paralelamente, se consolida el Grupo de Trabajo sobre la MGF que había iniciado su recorrido a principios del 2000³²³, previo al primer Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF (2002), aunque con la mayoría de miembros nuevos.

En 2010 se constituyen formalmente dos grupos de trabajo institucionales en materia de MGF: el Grupo de Trabajo de la Comisión Nacional para una Intervención coordinada contra la Violencia machista y el Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona. Sus funciones se analizan en el capítulo siguiente, «Las Mesas de Prevención de la MGF», puesto que son los responsables del seguimiento, la coordinación y la evaluación de estos espacios de trabajo. En los cuadros siguientes se puede ver su composición:

³²³ Ver capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña.

Figura 25. Grupos de trabajo en materia de MGF de la Generalitat de Catalunya (I/II)

Grupos de trabajo en materia de MGF, de la Generalitat de Catalunya (I/ II):
Decret, 60/2010, d'11 de maig, de la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista.

• **Grupo de trabajo de MGF de la Comissió Nacional per a una intervenció coordinada contra la violència masclista.**

- Departamento de Bienestar Social y Familia:
 - Dirección General de Inmigración.
 - Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (DGAIA).
 - Secretaria de Família.
- Departamento de Interior.
- Departamento de Salud.
- *Institut Català de les Dones.*
- Departamento de Educación.
- Departamento de Presidencia:
 - Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo.
- Departamento de Gobernación y Relaciones Institucionales:
 - Dirección General de Asuntos Religiosos.
- Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya.
- Asociación Catalana de Comadronas.
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Catalunya.
- Consejo Nacional de Mujeres de Catalunya.
- Circuito de Barcelona contra la violencia hacia les mujeres.

Realización propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Nº5628-13.05.2010

Departament de Benestar Social i Família. *Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista.*

[En línea] <http://www.20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6b43f6c8910b0c0e1>

[Consultada: 11.02.2013]

Figura 26. Grupos de trabajo en materia de MGF de la Generalitat de Catalunya (II/II)

Grupos de trabajo en materia de MGF, de la Generalitat de Catalunya (II/ II):

• **Grupo de trabajo de MGF provincia de Girona:**

- Dirección General de Inmigración (de la provincia de Girona).
- Representante de Interior.
- Representante de Salud.
- Representante del *Institut Català de les Dones.*
- Representante de los municipios de más de 20.000 habitantes.
- Representante de los Planes de Acogida.
- Representante de Justicia.
- Representante de la DGAIA.

Es el primer grupo que empezó a trabajar el tema en Cataluña, aunque han habido momentos de paréntesis, se ha mantenido en el tiempo.

(Ver bloque I, La MGF en el punto de mira. Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña. Las Dos caras del Muro).

Algunos de sus miembros también participan en el grupo de trabajo de Cataluña.

Realización propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Nº5628-13.05.2010

Departament de Benestar Social i Família. *Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista.*

[En línea] <http://www.20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6b43f6c8910b0c0e1>

[Consultada: 11.02.2013]

Por lo que se refiere a la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia³²⁴, no se disponen de los recursos necesarios para su despliegue. Esto no solo afecta a la MGF sino también a todo lo que implique una inversión económica de recursos públicos.

Miradas profesionales. Ámbito de infancia y adolescencia

«Penso que ens ha agafat en mal moment, amb aquest programa i amb altres, en la capacitat de l'administració pública en general. Per tant els Ens locals i la Generalitat es tractava de tenir més recursos i llavors ens ha agafat en un mal moment la llei, per desenvolupar tot allò que voldríem fer, no? Sí que el tema de l'acusació popular en algun cas s'ha plantejat [...].

»El que volíem fer quan es va fer la llei era evitar que es contemplés com una situació de maltractament, sinó anar més enllà i que es contemplés com un tema de prevenció. El que havia de funcionar amb aquests casos era el tema de la prevenció i no la lluita, tolerància 0, com es vulgui dir. Està recollida a la llei, està reflectida aquesta filosofia i evidentment com a Direcció General, sí que hem fet coses en la sensibilització i la formació, però no desenvolupat en un programa aplicat. No només amb aquest article, sinó en general amb tota la llei. Estem en un moment que has de mantenir els serveis amb els mínims, amb els recursos que tens. Evidentment, fins al 2010 es va crear la llei. Per fer coses noves, o destines o desmuntas recursos. Llavors, clar... en infància el que hem mantingut és el que hi ha bàsicament els serveis i malgrat la situació que hi ha. En general la llei s'ha desenvolupat molt en els aspectes que no tinguessin un component econòmic, però en altres aspectes no.

»El problema que tenim aquí a Catalunya és que les seves lleis, inclús, el que prefereixes és desenvolupar coses abans de que hi hagi una llei, després la llei ho recull, perquè llavors que és el que passa, és que la intenció és una... farem això, allò..., però tot això requereix recursos, programes, gent que treballi i això costa molt d'obtenir en aquest punt. El títol de la prevenció... tot i que ara volem fer un decret per dissenyar les estratègies de la prevenció, tot i que la prevenció aquí, seria com una prevenció específica, no?.»

Transcripción entrevista P7 Joan Mayoral,
Subdirector de la Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència (DGAIA)
Barcelona, 13 de octubre de 2014

³²⁴ BOE núm. 156 de 28 de junio de 2010.

1.2.3. Institut Català de la Dona (ICD)

El ICD propulsa la reedición del Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF³²⁵. En la memoria de actividad no figura la formación realizada a los y las profesionales y tampoco los recursos destinados a la mediación intercultural.

1.2.4. Secretaria per a la Immigració

En 2008, se crean las Mesas de Prevención de la Mutilación Genital Femenina³²⁶ en las comarcas de Girona como herramienta de actuación frente a la MGF. Estas mesas son impulsadas por la Secretaria per a la Immigració a través de sus técnicos/as de inmigración y el Departamento de Interior a través de los Mossos d'Esquadra. A partir del 2009 en adelante, esta fórmula se exporta al resto de Cataluña.

La Secretaria per a la Immigració, ya en 2005 inicia la contratación de técnicos/as de políticas migratorias de soporte a la administración local para desplegar en toda Cataluña el Plan de Acción de Ciudadanía e Inmigración (2005-2008). Como se ha comentado en el capítulo anterior, el tema de la MGF forma parte de los temas de la Secretaria per a la Immigració, por lo que estos técnicos y técnicas participarán a partir del 2008 en adelante, en la medida que los recursos lo permitan, en el liderazgo para el despliegue de las Mesas de Prevención de la MGF, además de sus otras funciones.

Hay un aumento progresivo de contratos de técnicos/cas de políticas migratorias, de 47 en 2005 se asciende a 123 en 2008. Este hecho, junto con el despliegue policial que culmina en 2008 a nivel territorial, como se verá a continuación, favorecerá la creación de las Mesas de Prevención de la MGF bajo el sesgo de quien lo pilota.

Un año después, en 2009, la Secretaria per a la Immigració reedita el Protocolo de Actuaciones para Prevenir la MGF³²⁷ para incorporar el nuevo marco legal autonómico, la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista³²⁸. El objetivo, según el protocolo, es «dar una respuesta integral a

³²⁵ Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]), *op.cit.*

³²⁶ Ver capítulo siguiente, «Mesas de Prevención de la MGF».

³²⁷ Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]), *id.*

³²⁸ BOE núm. 131 de 30 de mayo de 2008.

las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia machista». Respecto a su edición anterior (2007), según lo estipula el artículo 71³²⁹, se añade el siguiente fragmento:

La recuperación implica garantizar la atención de secuelas físicas y psíquicas que pueda presentar la niña y, eventualmente, la realización de una intervención quirúrgica, para revertir las secuelas.

Sin embargo, la reconstrucción genital a la que se refiere el protocolo solamente se realizaba en la clínica privada Fundación Dexeus de Barcelona.

1.2.5. Departamento de Interior

Cataluña es la única comunidad autónoma que ha desarrollado la actuación policial en materia de MGF. Los inicios se remontan a principios del 2000, en la provincia de Girona. Por lo que las actuaciones ni eran generalizadas en toda Cataluña, ni estaban sistematizadas.

Miradas profesionales. Ámbito de interior

«A nivell policial desconxiem, puc parlar ja així en general, doncs que es practicava la MGF. En aquell any 99 ja hi havia població practicant a Catalunya i jo sé que s'havia practicat mutilacions a principis del 90. Ho sé ara, no ho sabia en aquell moment. El primer contacte, jo crec que sóc de les primeres persones que entro en contacte, amb la idea que penso que hi ha nenes que poden estar en risc de mutilar-les i que hi ha dones i nenes mutilades a Catalunya. Llavors ve el programa que surt per la televisió³³⁰, se me passa la informació. Jo no vaig veure el programa. Amb un company fem un article, que es publica a la revista de mossos, sobre la MGF el 1999 -2000 i després ja va tot encadenat.»

Transcripción entrevista P6,
Profesional de interior provincia de Girona.
Girona, 11 de marzo de 2015

«La sargento [...]se ha convertido en un azote contra esta práctica en Cataluña entre la inmigración³³¹», con una «frenética actividad» (Buesa, 2004)³³², derivando casos de familias a la Fiscalía, delante de la programación de un viaje al país de origen de los

³²⁹ "Projecte de Llei dels drets de les dones per a l'eradicació de la violència masculista: mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica per tal de revertir els efectes de la mutilació practicada". Pág. 36-37, del Protocolo de Actuación para Prevenir la MGF (2009 [2007]).

³³⁰ Pellicer, R. (1998) Programa Domini Públic: Som racistes els catalans?. Reportaje emitido por el canal TV3, 5 de marzo de 1998, 60 minutos [DVD].

³³¹ Ortiz, A. (2005) Una Mossa contra la ablación. *El Mundo, Edición Catalunya*, 23 de octubre de 2005, página 4.

³³² Ver capítulo 4 Análisis histórico de la MGF en Cataluña.

padres. En un inicio, a este cuerpo se le llamó «Unitat Antimutilació». A partir del 2008, el tema lo asumirán oficialmente las unidades del Grupo de Atención a la Víctima (GAV) y las Oficinas de Relaciones con la Comunidad (ORC), de Mossos d'Esquadra, en el marco de la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

El nuevo marco legal provoca que a partir del 2008, se dispare la creación de nuevos protocolos, como el Protocol de Prevenció i Atenció Policial de la Mutilació Genital Femenina³³³. Este se enmarca en el Programa de Seguridad contra la Violencia Machista, del Departament d'Interior, Relacions Institucionals y Participació, con el objetivo de:

(...) orientar, proponer, impulsar, dirigir y llevar a término actuaciones tanto en el ámbito interdepartamental en materia de violencia machista, como actuaciones concretas, a partir de la identificación de «buenas prácticas»³³⁴, de modo estandarizado y único, en toda Cataluña, en el sistema de atención y protección de mujeres y niñas que padezcan violencia machista (Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació, 2008: 2).

El protocolo fue presentado en rueda de prensa en la Generalitat de Catalunya. Joan Delort, secretario de seguridad del Departament d'Interior, anunció (Foucault, 1999), la expansión de «la red»³³⁵ de Girona al resto de Cataluña, para el control de la población «inmigrante»³³⁶ y las asignaturas que deberá asumir la policía³³⁷. Más de 300 agentes de las unidades GAV y las ORC, han recibido información sobre cómo proceder delante la MGF, a partir de la experiencia de las unidades antimutilación de Girona.

³³³ Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació (2008), *op.cit.*

³³⁴ No se sabe, a que se refiere el documento cuando expone, a partir de la identificación de “buenas prácticas”.

³³⁵ “Red, pero en este caso “red de pescar”. Los Mossos d'Esquadra “invitan a ejercer de policías” (Buesa, 2004) a los profesionales de atención primaria. Algunos, inducidos por el poder o por ignorancia, acaban por defender estas medidas de control.

³³⁶ como nombra el propio departamento.

³³⁷ Apodado “cuerpo privilegiado”, frente a la situación de reestructuración que sufrirá la atención primaria en salud y servicios sociales. Los y las profesionales no podrán asistir a cursos de formación organizados en sus propios municipios debido al colapso en la sanidad pública. Sin embargo, el *cuerpo privilegiado* podrá acudir a todos ellos, participar en congresos internacionales, viajar Gambia a presentar el protocolo y alertar de la MGF a través de sesiones informativas en todos los centros de atención primaria y escuelas de Cataluña.

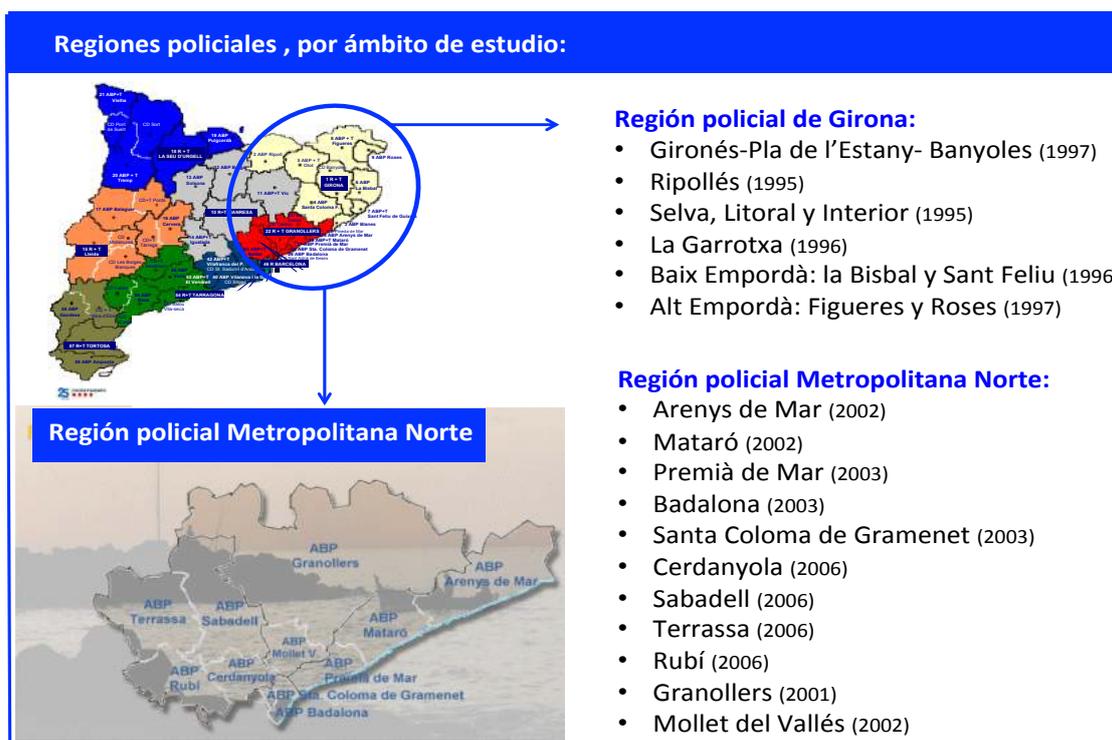
Miradas políticas. Secretario de Seguridad.

«Fins ara el protocol es portava a terme únicament a Girona, però en breu s'aplicarà a totes les regions en què la policia catalana està desplegada. [...] Avui encetem un nou camí que ve a suposar un pas més, en el que encara han de ser moltes assignatures que haurem d'anar assumint.»

Joan Delort, Secretario de Seguridad,
 Departament d'Interior, Relacions institucionals i Participació. Generalitat de Catalunya

El año 2008 es el 25 aniversario de la fundación de la policía de la Generalitat, que coincide con su despliegue a nivel territorial. Las regiones policiales consolidadas son: Girona, Ponent, Pirineu Occidental, Central, Metropolitana Nord, Metropolitana Barcelona, Metropolitana Sud, Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre. A su vez, las regiones se dividen en Áreas Básicas Policiales, las cuales abarcan distintos municipios en relación a su densidad de población. A continuación se muestra un mapa de la extensión territorial de las regiones policiales de nuestro ámbito de estudio:

Figura 27. Regiones policiales, por ámbito de estudio



Realización propia, a partir de la fuente: Direcció General d'Administració Local (2008) *Mapas del Departament de Governació i Relacions Institucionals. Generalitat de Catalunya.*

Miradas profesionales. Àmbito de interior

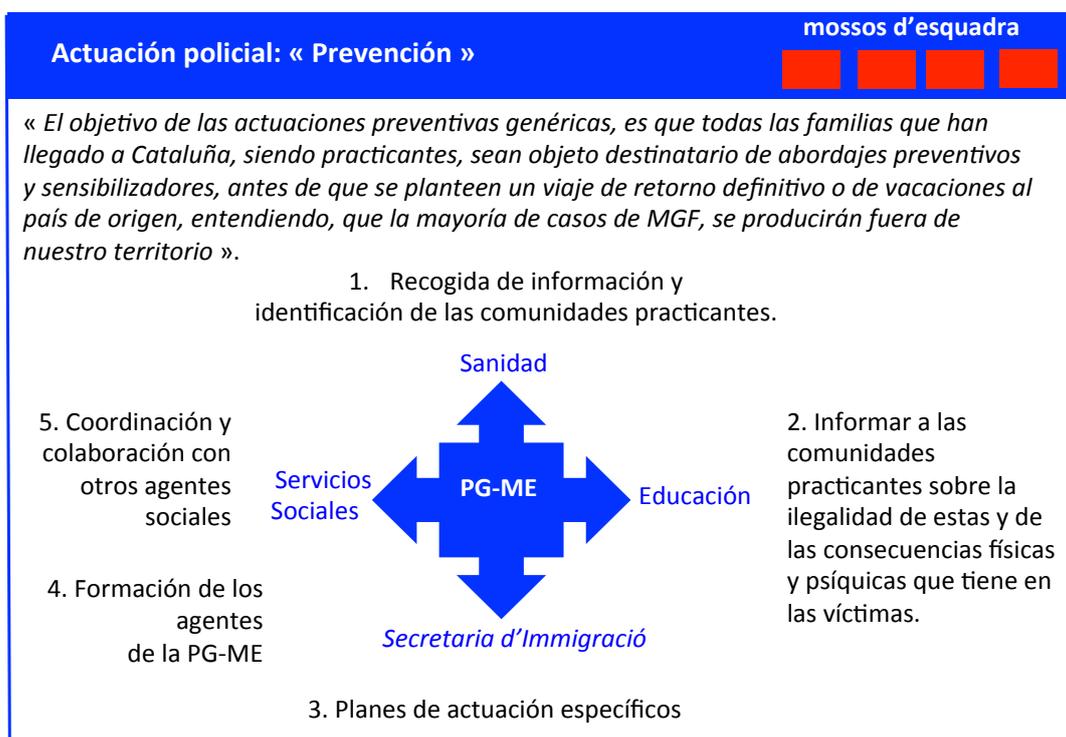
«[...] La nostra instrucció regula fins i tot les instruccions que ha de fer la sala de comandament, en cas de tenir un cas d'emergència. El que hi ha hagut, en alguns inicis, la bona voluntat, la implicació, doncs és el que tira del carro, és el que mou, és el que tira endavant, doncs poc a poc hi ha una regulació i una distribució de tasques, molt més pautada i regulada". Nosaltres treballem primer en un PNT, Protocol Normalitzat de Treball, document intern, que diu a tots els diferents grups de mossos com s'ha de treballar un determinat tema. Després, se li fa una volta més, que és el procés d'atenció a les víctimes, que és més integral de mossos d'esquadra. Que, el que va es tractar la víctima dintre de les violències masclistes, que és un procés, que hi ha instruccions. Hi ha la instrucció de MGF, que es regula, totes les tasques que han de fer els mossos, des de la prevenció general, a la prevenció més concreta, les accions que s'han de prendre quan hi ha una emergència, quan no hi ha una emergència, ... ho regula tot. Perquè 19.000 mossos, facin el mateix, homologuin tots els seus processos de treball, 19.000 mossos són tota la plantilla, no son les unitats del GAV i de ORC.»

Transcripció entrevista P49,
profesional de interior de la província de Barcelona.
Girona, 11.03.2015

El procedimiento de actuación ante la MGF de los Mossos d'Esquadra se recoge en el *Dossier Mutilación Genital Femenina de la Direcció General de la Policia de la Generalitat de Catalunya*³³⁸. Según su propio protocolo y el general de MGF, la función de los Mossos es actuar en situaciones de riesgo de MGF y sospecha de consumación. Tienen cierta competencia preventiva, esto es, incorporan el tema en las charlas informativas en las comunidades de inmigrantes del ámbito de la proximidad en el que están desplegados. A continuación, se detallan las actuaciones que tienen que seguir todas las unidades del GAV y de la ORC de Mossos d'Esquadra, primero desde dicha actuación preventiva y segundo desde la intervención policial.

³³⁸ Direcció General de la Policia (2008) *Dossier Mutilació Genital Femenina*. Barcelona. [Documento de formación interna, no publicado, cedido por Mossos d'Esquadra durante una entrevista (15/06/2010)]

Figura 28. Actuación policial en el ámbito de su prevención



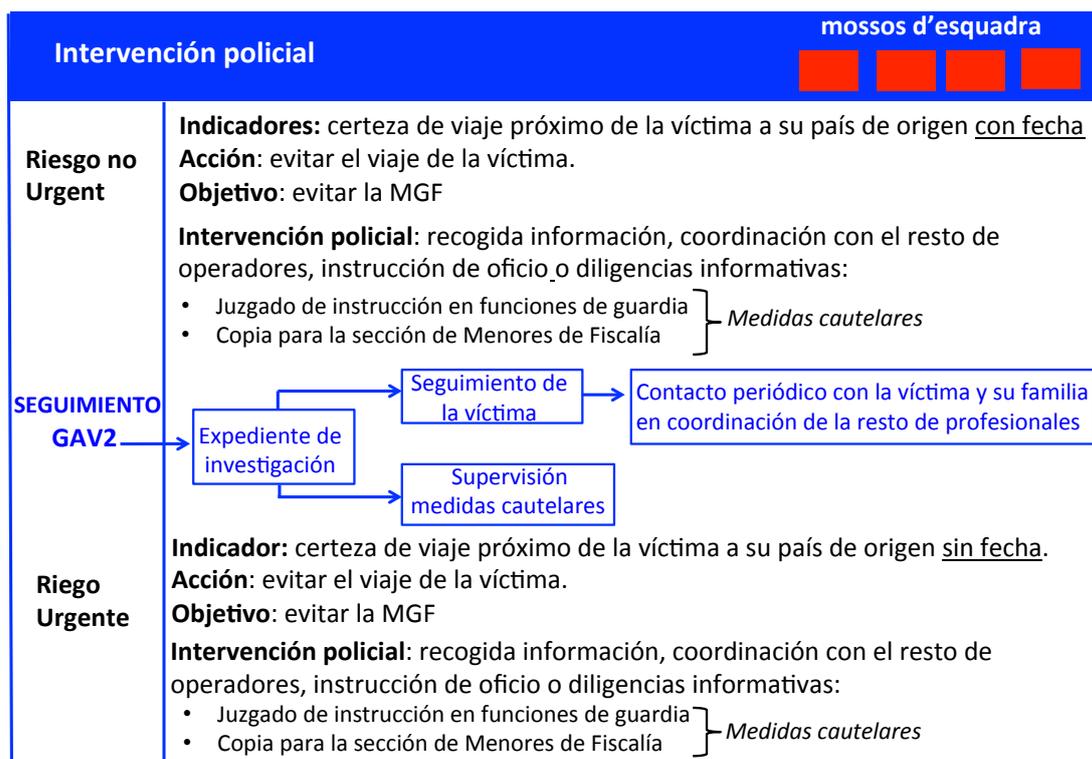
Realización propia, a partir de la fuente: Direcció General de la Policia (2008) *Dossier Mutilació Genital Femenina*. Barcelona. [Documento de formación interna, no publicado, cedido por Mossos d'Esquadra, durante una entrevista (15/06/2010)]

Nota: «PG-ME», en el centro del circuito, significa Policía de la Generalitat Mossos d'Esquadra.

Este tipo de intervención ha implicado que los Mossos d'Esquadra se integren en diferentes espacios de coordinación profesional a nivel territorial. Interesadamente recaban información sobre las familias procedentes de los países que practican la MGF. La estructura de las Mesas de Prevención de la MGF³³⁹ les ayuda a cumplir este objetivo. A continuación vemos la intervención policial en que se deriva.

³³⁹ Ver capítulo 6. Mesas de Prevención de la MGF.

Figura 29. Intervención policial³⁴⁰



Realización propia, a partir de la fuente: Direcció General de la Policia (2008) *Dossier Mutilació Genital Femenina*. Barcelona. [Documento de formación interna, no publicado, cedido por Mossos d'Esquadra, durante una entrevista (15/06/2010)]

Como se ve en el cuadro, se distinguen las intervenciones de riesgo urgente y las no urgentes. Ambas tienen prácticamente el mismo indicador (certeza de un viaje próximo a su país de origen), pero se diferencian en la fecha del viaje. Sin embargo, las acciones y los objetivos de ambas intervenciones son los mismos: evitar el viaje de la víctima. Consecuentemente, si los Mossos d'Esquadra son informados de un viaje de una familia subsahariana con niñas al país de origen, según su procedimiento protocolar, la acción será evitar el viaje de las menores «víctimas». Para ello realizarán un oficio al juzgado con copia a la sección de Menores de la Fiscalía para la solicitud de medidas cautelares, como la retirada de pasaporte. Según este procedimiento, el objetivo conseguido es evitar la mutilación.

³⁴⁰ No se ha especificado en este cuadro, la intervención policial en caso de sospecha de consumación, debido al cambio normativo de la LO 1/2014, de 13 de marzo de 2014, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal. Por lo que las intervenciones pueden haber variado. Sin embargo, se tendrá en cuenta, en el capítulo de casos, en los que se haya actuado previo al 2014.

Por tanto, se tiende a oficiar todos los casos de viaje que lleguen a los Mossos d'Esquadra, como indica su dossier de intervención. A continuación, se adjunta la transcripción de la entrevista realizada a una mosso, jefa de varios grupos del GAV, junto con las declaraciones que hizo en la jornada internacional sobre la MGF, celebrada en Madrid el 6 de febrero de 2013.

Miradas profesionales. Ámbito de interior

«Pediatria no oficia, i jo crec que serveis socials tampoc. Tampoc. Ells van treballant, van treballant, i el problema que tenen [...] és quan uns serveis socials, la consciència els hi comença a fer mal, i sap, a cert!, que la nena vola demà..., i “s’acollona” i diu, “tot el que he fet no ha valgut per res”, aquesta família vola. Com ho sé que no la mutilaran?, i jo sempre els hi dic als pediatres. “Tu podries dormir?”, jo només et pregunto això, “tu podràs dormir?”, i dic, “no siguis burra!”, “tu has fet la teva feina”, “has fet molt bé”, “no et quedis amb la culpa, oficia a una entitat judicial, perquè aquesta família vola, i ja està”. [...] Mira, nosaltres sempre diem, “que més dona oficia, fer les coses oficials”. Per exemple, jo sóc pediatre i jo tinc una nena amb risc, parlo amb els pares, i a mi no em convencen, i firmen el document. “¡Perfecto, si yo me lo creo!”, “vale, pero yo voy a officiar”.»

Transcripción entrevista P39, profesional de interior provincia de Barcelona

15.06.2010

«[...] Una mujer mutilada, hermanas posiblemente mutiladas o ciertamente ya lo sabemos y que la niña ha comentado que hay un viaje próximo, esos son indicadores de riesgo. Estamos en ello, no sabemos más, a partir de ahí es urgente. Es muy urgente. Vamos a hacer cosas, billetes ida y vuelta, siempre, siempre y de toda la familia, documento “signat”, por los pediatras, conforme que el padre autoriza a hacer este viaje y que volverá con la niña. Todo y eso, no estamos de acuerdo nosotros, oficiamos al juez, por eso digo que oficiamos siempre. Fijaos porqué. Oficio al juez y le pido medidas cautelares. Hay muchas medidas, que quiten el pasaportes, ...muchas muchas, pero lo que normalmente pedimos es que a esa niña se la obligue a pasar por pediatría cuando vuelva, pero eso es una obligación, judicial.»

Transcripción intervención, Mosso d'Esquadra.

Mesa “Estrategias de Prevención y Actuación: Presentación de protocolos”. Jornada “Prevención e intervenció ante la MGF. Una mirada profesional”. Madrid, 6 de febrero de 2013.

El protocolo es una de las actuaciones del Programa de Seguretat contra la Violència Masclista del DIRIP³⁴¹. Este incluye un nuevo modelo de recogida de información policial único. Estos datos se nutren de los registros policiales de la PG-ME³⁴² y de la policía local en conexión con el Núcleo de Información Policial y se publican anualmente en la web del Departamento de Interior. Por lo que se refiere a la actuación frente a la MGF, los casos registrados corresponden a los hechos penales en materia de MGF en el ámbito policial. Los indicadores son: región policial y número de casos en los que ha participado la PG-ME³⁴³.

2. CONTINUACIÓN DEL DESMANTELAMIENTO DEL ESTADO DE BIENESTAR AÑO 2013-2016



344

³⁴¹ DIRIP: *Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació.*

³⁴² PG-ME: *Policia de la Generalitat- Mossos d'Esquadra.*

³⁴³ En el capítulo 7, Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya, se analizará este sistema de recogida de datos y se comparará la intervención entre las dos provincias de estudio.

³⁴⁴ A nivel estatal, en 2013 el gobierno del Partido Popular (PP) aprueba con el apoyo de *Convergència i Unió* (CIU), la famosa ley Montoro: Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, en el marco de las políticas de austeridad que afectaran gravemente al sistema público.

2.1. Marco político: legislación y planes de acción [2013-2016]

A continuación se presenta la legislación y los planes de acción de 2013 a 2016 en los que debe aparecer la intervención para erradicar la MGF.

2.1.1. Departamento de Salud

La política de la salud pública del Gobierno de la Generalitat se materializa en tres planes: el Pla de Salut de Catalunya [2011-2015]³⁴⁵, que se presenta en febrero de 2012 en el marco de la LOSC³⁴⁶, el Pla Interdepartamental de Salut (PINSAP) [2014-2015]: Horitzó 2020, que se presenta en 2014 en el marco de la Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública³⁴⁷ y el Pla d'Investigació Biomèdica³⁴⁸. En el Pla de Salut de Catalunya [2011-2015] leemos la siguiente cita:

(...)se plantea con la voluntad de racionalizar y optimizar los recursos a partir de la eficiencia clínica a la hora de abordar la atención médica y sanitaria de los ciudadanos, en el contexto del difícil entorno económico actual (Departament de Salut, 2012: 6).

Se reconoce que el sistema es todavía más reactivo ante la demanda, que proactivo con respecto a la ordenación y a la gestión del riesgo de enfermedades. La MGF es una problemática todavía invisible³⁴⁹ para el colapsado sistema de salud pública y no figura en sus planes de acción a diferencia de otros departamentos, como es el caso del Institut Català de la Dona (ICD) que a través de Inmigración e Interior sí propone actuaciones muy concretas.

El Plan Interdepartamental de Salud (PINSAP) [2014-2015] : Horizonte 2020, tiene como objetivo mejorar y proteger la salud de forma equitativa y eficiente a través de políticas transversales. Bajo el concepto Salud en Todas las Políticas, se trabajan problemáticas como la obesidad, las lesiones de tránsito, la violencia de género o el consumo de drogas, que requieren intervenciones sectoriales. Sin embargo, este plan

³⁴⁵ Departament de Salut (2012) *Pla de Salut de Catalunya [2011-2015]*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.

³⁴⁶ LOSC: Ley 15/2009, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Catalunya.

³⁴⁷ Ver apartado anterior, resumen de la Ley 18/2009, de 22 de octubre, de Salud Pública.

³⁴⁸ A través del Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud [2012-2015]. Disponible en:

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recerca/banners/estatics/pla_estrategi_c_recerca_innovacio_salut_2012-2015.pdf

³⁴⁹ Ver capítulo 3. Situación de la MGF en Cataluña (2016).

tampoco menciona la mutilación genital femenina, ni siquiera desde el ámbito de violencia de género.

2.1.2. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia

En julio de 2013 se firma el Pacto para la Infancia en Catalunya³⁵⁰ como un acuerdo estratégico para el bienestar de la infancia y la adolescencia. En el anexo 1 se establece la creación de una comisión compuesta por representantes designados para la Mesa Nacional de Infancia, representantes de las organizaciones, entidades y grupos parlamentarios asignados. El anexo 2 determina la aplicación del plan.

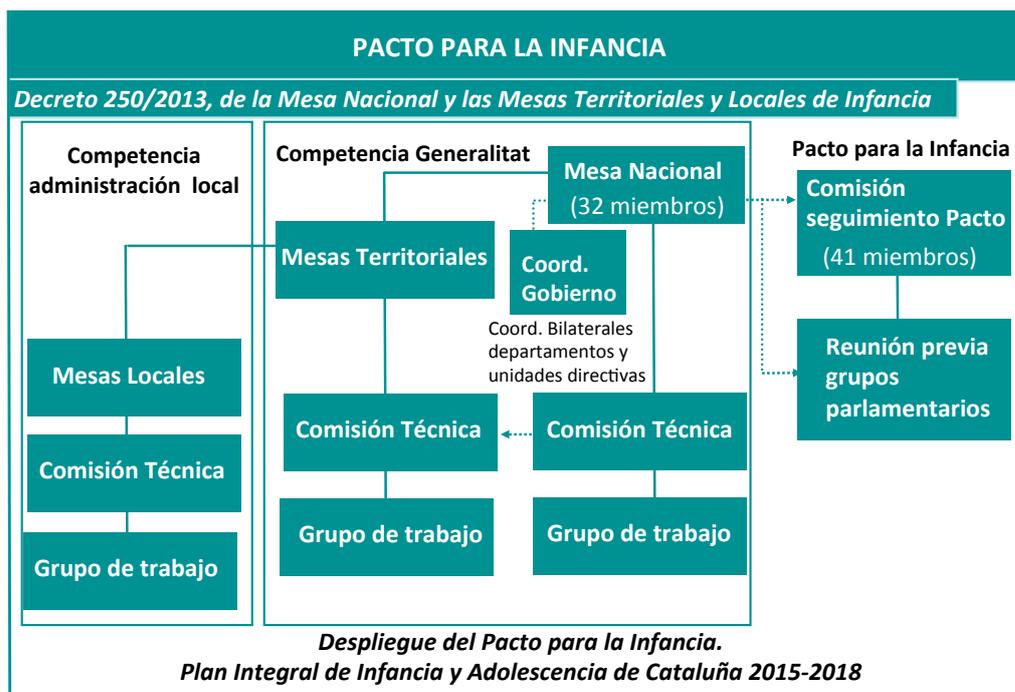
El 7 de febrero de 2014, se constituye la Mesa Nacional de Infancia y Adolescencia de Catalunya, tal y como se ordenaba en el Decreto 250/2013, de 12 de noviembre, de la Mesa Nacional y las Mesas territoriales y locales de Infancia³⁵¹ y el 14 de mayo, la Mesa Territorial de Barcelona. Una de las funciones principales de la Mesa Nacional es el despliegue del Pacto para la Infancia en Catalunya³⁵² a través del Plan de Atención Integral a la Infancia i Adolescencia (PD'IIAC) [2015-2018], en proceso de elaboración. El resto de las Mesas de Infancia y Adolescencia territoriales y locales deberán constituirse y desplegar el PD'IIAC de acuerdo con las directrices de la Mesa Nacional de la Infancia.

³⁵⁰ DOGC núm. 5741, de 25.10.2010

³⁵¹ En el marco de la vigente Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y adolescencia.

³⁵² Departament de Benestar Social i Família (2013) *Pacte per la Infancia a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. 113 pàgines.

Figura 30. Niveles de coordinación y estructuras organizativas. Pacto para la Infancia



Realización a partir de: Navarro, S. (2016) *Projecte de constitució de la Taula d'Infància i Adolescència de Badalona (TIAB)*. [No publicado]. Realizado a partir del documento "Despliegue del Pacto para la Infancia"- Generalitat de Catalunya (2015)

Figura 31. Funciones de las Mesas Territoriales de Infancia y Adolescencia

Mesas Territoriales de Infancia y Adolescencia
Art.26, de la Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los Derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.

Funciones:

- a) La coordinación de las diversas administraciones e instituciones en la promoción social de niños/as y adolescentes, y también de la detección y la intervención delante de posibles situaciones de riesgo o desamparo, especialmente por lo que hace al maltrato infantil.
- b) El despliegue de los ejes del plan integral, el cual hace referencia el artículo 21, y la promoción y la coordinación, en el ámbito territorial correspondiente, de la **planificación local o comarcal de los recursos preventivos en la infancia y la adolescencia en colaboración con la administración local.**
- c) La **coordinación de todos los agentes implicados para potenciar el trabajo en red, en especial en los ámbitos de la educación, la salud, la seguridad, el trabajo, la juventud y las mujeres que afectan a los/as niños/as y a los/as adolescentes del territorio.**

Se tiene que establecer por reglamento el abasto territorial, la composición y el funcionamiento de las mesas territoriales de infancia, y también de la **Mesa Nacional de la Infancia de Cataluña**, que depende del departamento competente en infancia y adolescencia.

Realización propia, a partir del: DOGC 5641 – 2.6.2010 42475

2.1.3. Institut Català de la Dona (ICD)

El Institut Català de la Dona (ICD) presenta el Plan de Políticas de Mujeres del Govern de la Generalitat de Catalunya [2012-2015]. Este es el séptimo plan para el avance de la erradicación de la violencia machista. Sigue con la línea estratégica de los anteriores, basándose en el empoderamiento y la transversalidad de género en todas las políticas públicas. Los objetivos se describen en consonancia con las Estrategias de la Comisión Europea para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2010-2015 y el Pacto Europeo para la Igualdad de Género 2011-2020. Uno de los objetivos estratégicos que destacamos, por tener relación con la MGF, es el de «mejorar los mecanismos para prevenir, detectar y erradicar la violencia machista».

En 2014, siguiendo las directrices del Plan [2012-2015], el ICD presenta el Plan de Intervención Integral contra la Violencia Machista (PIIVM) [2012-2015] en el marco del artículo 48 de la Ley 5/2008, que obliga a la Generalitat a aprobar programas para erradicar la violencia machista. Sin embargo, el plan no tiene presupuesto propio. Respecto al tema de la prevención de la MGF, establece como responsable al Departament de Benestar Social i Família (BSF), a través de la Dirección General de Inmigración, por lo que no se contempla la formación específica sobre MGF de los y las profesionales de la salud. En cambio, sí contempla la formación para profesionales de inmigración y sobretodo de interior, como se verá en el presupuesto asignado en el Plan de Ciudadanía i de las Migraciones: Horizonte 2016. En el anexo se adjuntan las fichas que hemos elaborado sobre los objetivos y las actuaciones en relación con la MGF³⁵³.

³⁵³ Ver Anexo II: Fichas actuaciones y objetivos del Pla Integral contra la Violència Machista [2012-15]

2.1.4. Dirección General para la Inmigración³⁵⁴ [2013-2016]

En 2014 se publica el Plan de Ciudadanía i de las Migraciones: Horizonte 2016³⁵⁵, que abarca de 2013 a 2016. Este corresponde al quinto plan en el ámbito de las migraciones y, siguiendo el anterior plan, destaca la transversalidad. Se divide en cinco ejes: políticas migratorias y contexto socioeconómico, identificación e integración, convivencia y cohesión social, infancia y juventud y transición nacional.

Figura 32. Principales actores del Plan de ciudadanía y de las migraciones [2013-16]

Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016 (I/V)	
B. Actores (pág. 37-38)	
 <p>Plan de ciudadanía y de las migraciones: horizonte 2016</p>  <p>Generalitat de Catalunya Benestar Social i Família</p>	<p>La Comisión Interdepartamental de Inmigración, es el órgano colegiado de coordinación intraadministrativo, formado por los departamentos y las unidades de la Generalitat que tienen responsabilidades en materia de inmigración.</p>
La Generalitat	<p>La Dirección General para la Inmigración (DGI), coordina la acción de la Administración de la Generalitat y la de los entes locales en materia de acogida e inmigración, y colabora en el diseño y la gestión de las políticas respectivas si afectan a la población inmigrada y retornada.</p>
La sociedad civil	<p>Las entidades sociales formadas por personas inmigradas o que trabajan con esta población, muchas de las cuales son beneficiarias de ayudas de la DGI a través de las convocatorias de subvenciones respectivas. [...]</p>
El mundo local	<p>Actor importante que desde la confianza, la complicidad y la colaboración actúa para alcanzar los objetivos planteados en los planes sucesivos en el ámbito de las migraciones y de la cohesión social. [...] Más de la mitad del presupuesto de la DGI se destina a políticas que se implementan desde la proximidad.</p> <p>Detectar nuevas situaciones de vulnerabilidad y nuevas oportunidades de trabajo. Y plantea retos que hay que tratar con la participación de equipos multidisciplinares como [...], las Mesas de prevención de la MGF.</p>

Realización propia, a partir de:

Departament de Benestar Social i Família (2014) *Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016*. Generalitat de Catalunya. 64 pág.

Respecto a la administración local, destaca la participación de equipos multidisciplinares en las Mesas de Prevención de la MGF, entre otros espacios, cuyo **presupuesto para el 2013 será de 0,00 euros, al igual que el seguimiento del protocolo policial de prevención y atención de la MGF, por lo que no se evaluará el impacto**. A continuación se presentaran los programas que afectan a la MGF, junto con el presupuesto asignado para el 2013.

³⁵⁴ En los anteriores planes, era la Secretaría para la Inmigración.

³⁵⁵ Departament de Benestar Social i Família (2014) *Plan de ciudadanía y de las migraciones: horizonte 2016*. Generalitat de Catalunya. 64 pág.

Figura 33. Principales programas relacionados con la MGF en el PdCM [2013-16]

Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016		(II/V)
 <p>Plan de ciutadania i de les migracions: horitzó 2016</p> <p>Generalitat de Catalunya Benestar Social i Família</p>	<p>[...] Los instrumentos de colaboración con los entes locales son clave. Las actividades se desarrollan a través de los contratos programa, a pesar de la supresión de los fondos estatales, son un modelo de éxito. [...] el Plan quiere reforzar el papel de las asociaciones de personas inmigradas [...].</p>	
<p>D. Ejes y ámbitos transversales.</p> <p>I. Políticas migratorias y contexto socioeconómico</p> <p>II. Identificación – integración</p> <p>III. Convivencia y cohesión social</p> <p>IV. Niños y jóvenes</p> <p>V. Transición nacional</p>	<p>Programas relacionados con la MGF</p> <p>13. Programa de colaboración entre administraciones, entidades y profesionales del ámbito migratorio.</p> <p>14. Programa de formación de los profesionales en el ámbito migratorio.</p> <p>15. Programa para el acceso a los servicios y la atención a las personas usuarias.</p> <p>18. Programa de fomento de la interrelación y el conocimiento mutuo.</p> <p>19. Programa de lucha contra la discriminación.</p> <p>20. Programa de equidad de género</p>	

Realización propia, a partir de:

Departament de Benestar Social i Família (2014) *Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016*. Generalitat de Catalunya. 64 pág.

Los seis programas destacados en la intervención frente a la MGF corresponden al eje de convivencia y cohesión social. En este plan no se adjunta la descripción detallada de los programas, aunque en la asignación presupuestaria para 2013 se pueden ver las principales acciones que se plantean y el presupuesto destinado.

A continuación se presenta el desglose del Programa 13, de colaboración entre administraciones, entidades y profesionales del ámbito migratorio. Destacamos tres acciones que tienen que ver directamente con la MGF: las Mesas Territoriales para la Prevención de la MGF³⁵⁶, la participación del Grupo Interdepartamental de abordaje de la MGF y el seguimiento del protocolo policial de prevención y atención de la MGF. Todas tienen un presupuesto de 0,00 euros, excepto el protocolo de MGF al que se le asignan 1.000 euros.

³⁵⁶ Ver siguiente capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña.

Figura 34. Presupuesto de los programas relacionados con la MGF en el PdCM [2013-16]

Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016		(III/V)
Programa	Departamento	Presupuesto 2013
13. Programa de colaboración entre administraciones, entidades y profesionales del ámbito migratorio.		18.859,60
• Seguimiento ejecución proyectos Salud en los barrios	Salud	17.859,60
• Comisión Seguimiento Pacto Nacional para la Inmigración	DGI	0,00
• Adhesiones al Pacto Nacional para la Inmigración	DGI	0,00
• Participación en el Grupo de Trabajo Interdepartamental de abordaje de la MGF	Interior-DGI	0,00
• Protocolo para la prevención de las MGF	DGI- Salud	1.000,00
• Seguimiento del protocolo policial de prevención y atención de la MGF	INT-DGI	0,00
• Mesas territoriales para la prevención de la MGF	DGI-Salud	0,00

Realización propia, a partir de:

Departament de Benestar Social i Família (2014) *Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016*. Generalitat de Catalunya. 64 pág.

Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016		(IV/V)
Programa	Departamento	Presupuesto 2013
14. Programa de formación de los profesionales en el ámbito migratorio		219.434,51
• Refuerzo formación específica: convivencia y mediación, diversidad y multiculturalidad. Refuerzo de los cursos para tutores de aula de acogida y coordinadores LIC de centro	ENS	109.714,00
• Oferta formativa para profesionales del ámbito migratorio	DGI	3.500,00
• Actividades de formación básica policial	Interior- DGI	25.101,70
• Actividades de formación para la promoción de los cuerpos de policía	Interior- DGI	510,50
• Actividades de formación para la especialización de cuerpos de policía	Interior-DGI	8.548,56
• Actividades de formación continuada para cuerpos policiales . Taller sobre convivencia y seguridad en sociedad multicultural diversa: trabajo de casos.	Interior-DGI	8.548,56
• Formación en materia de extranjería para profesionales ámbito justicia y servicios penitenciarios	Justicia-DGI	7.560,33

Realización propia, a partir de:

Departament de Benestar Social i Família (2014) *Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016*. Generalitat de Catalunya. 64 pág.

El Programa 14, de formación de los profesionales en el ámbito migratorio, pretende ofrecer a los profesionales las herramientas necesarias para su tarea, así como intercambiar ejemplos de éxito llevados a cabo en otros espacios. El programa no especifica a qué perfiles profesionales va dirigido. Viendo el desglose del presupuesto, figuran profesionales de la educación (tutores de aulas de acogida y coordinadores LIC³⁵⁷), profesionales del ámbito migratorio (con un presupuesto de 3.500 euros) y la formación de los cuerpos de seguridad, con un presupuesto asignado de más de 40.000 euros, en los que se contempla el trabajo de casos³⁵⁸.

En el programa de formación no se contempla a los y las profesionales de la salud aunque atiendan a población de origen migrante. Se les pide su colaboración en las Mesas de Prevención de la MGF y se les presupone un papel relevante en la atención y la prevención de la MGF. En el programa solo se los contempla en calidad de refuerzo lingüístico en el apartado «Acceso a los servicios y la atención de las personas usuarias».

En el despliegue del Programa de Fomento de la Interrelación y el Conocimiento mutuo³⁵⁹ para la cohesión social, se observa que el 58'44 % del presupuesto para el año 2013 va dirigido a una partida de 410.600 euros con el concepto «Contactos de la Policía de la Generalitat Mossos d'Esquadra con entidades y asociaciones de inmigrantes».

³⁵⁷ Los y las coordinadores LIC, son los encargados/as de desplegar el *Plan de Lengua, Interculturalidad y Cohesión*, del Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya, que se puso en marcha en 2004-05, para fomentar Massa llarga. No s'entén. la inclusión social, consolidar la lengua catalana como lengua vehicular y desarrollar la consciencia de igualdad, para fomentar la inclusión. Según el propio plan, se define como un instrumento para afrontar la atención a la diversidad y conseguir el éxito educativo. Disponible en: http://xtec.gencat.cat/web/.content/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/0055/7192e6a8-1bb3-4030-b7f8-562ecd7ff933/annex1_aules_nov_09.pdf [Consultado el 26.09.2016].

³⁵⁸ Ver siguiente cuadro, desglose presupuesto asignado en formación a los cuerpos de policía en materia de Violencia Machista.

³⁵⁹ (Benestar Social i Família, 2014: 48)

Figura 34 (continuación) Presupuesto programas MGF en el PdCM [2013-16]

Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016		(V/V)
Programa	Departamento	Presupuesto 2013
15. Programa para el acceso a los servicios y la atención a las personas usuarias.		32.862.906,51
• Reforzar la asistencia lingüística a los profesionales del ámbito de la salud	Salud	236.374,71
• Apoyo a proyectos de entidades	Salud	2.500,00
18. Programa de fomento de la interrelación y el conocimiento mutuo		702.600,00
• Contactos de la Policia de la Generalitat- Mossos d'Esquadra con entidades y asociaciones de inmigrantes	Interior- DGP	410.600,00
19. Programa de lucha contra la discriminación		0,00
21. Programa de participación en el ámbito público		179.589,80
• Apoyo y conocimiento de entidades de origen inmigrado		6.989,80
• Organización de jornadas y colaboraciones con entidades		150.000,00

Realización propia, a partir de:

Departament de Benestar Social i Família (2014) *Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016*. Generalitat de Catalunya. 64 pág.

En el plan no se especifican los presupuestos para el período comprendido entre 2014 y 2016. Por este motivo, no se van a valorar en esta investigación.

2.2. Resultados de los planes de acción

De 2008 a 2013 se reduce el número de profesionales en políticas migratorias y mediación intercultural. En las comarcas de Girona, dicha reducción se consuma al traspasar una técnica de inmigración a una persona de servicios sociales el liderazgo de la Mesa de Prevención de la MGF. Esta transferencia se acuerda entre los y las profesionales de la mesa desde la buena voluntad. Ni se contempló esta responsabilidad dentro del marco de sus responsabilidades, ni se facilitaron las condiciones básicas para liderar una Mesa de Prevención de MGF. Algunas profesionales manifiestan que a pesar de ser las referentes sobre este tema en su territorio, no han recibido ningún tipo de formación al respecto³⁶⁰.

³⁶⁰ Ver Capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña.

Miradas profesionales. ámbito de servicios sociales

“Abans estava el Pla Local d’Acollida, amb dues persones que treballaven directament, amb tres mediadores que compartíem amb altres municipis, més els integradors socials. Actualment aquesta estructura s’ha reduït amb totes les retallades que han hagut, tot això ha anat disminuint. L’equip de mediació com el que teníem, ara no el tenim, abans hi havien entre tots, vuit persones només dedicades al treball comunitari, que ara no hi són i això es nota molt, molt, molt. El treball comunitari, els grups de dones que s’havien creat, ara no existeixen, ja no es fan. [...] L’any passat jo estava com a tècnica de polítiques migratòries, però ara estic als serveis socials i porto aquest tema, sóc la referent de la taula”.

Transcripción entrevista P14,
Técnica referente de una Mesa de MGF,
Provincia de Girona, 04.03.2014.

Miradas profesionales. Ámbito de servicios sociales

“Ens ho creiem més, però clar, no tenim els encàrrecs per fer-ho, ni la gestió del temps. Per exemple ara li deia, la setmana passada vaig enviar un missatge a la meva cap per dir-li, escolta, o ho plantegem d’una altra manera o jo aquí no hi pinto gens. És que clar, ...és que penso que a una taula en la que vaig com a representant de l’ajuntament, i que l’ajuntament no s’interessi, de que ningú em digui quins càrrecs tinc. [...] A mi això no m’ho diuen, i quan venen a la taula tothom va ben perdut i jo els hi dic, ja ho faré jo, però a mi ningú m’ha dit que la lideri. Jo sóc la que convoco, jo sóc la que busco el dia, ...em passo tres setmanes abans no aconseguim que tots ens vagi be el dia, saps...? una mica la sensació que el que hi ha costa, ..., i no és prioritari, la taula no és prioritària, per cap de nosaltres ho és tampoc, perquè estem en un moment, els serveis socials...”.

Entrevistadora: «En quant a formació de MGF, has fet alguna formació?»

«No. Tot el que sé ho he llegit.»

« [...] La sensació de la taula és que per fer el protocol, per dissenyar el circuit, és un tema logístic. Des de el punt de vista de nosaltres, de quina manera ens hem d’organitzar **perquè no se’ns escapin aquestes famílies**. Aquesta és una part, però a part d’això, hi ha una altra part molt important. Ara jo ja he treballat aquest protocol i ara, el cas que t’he comentat, que

vaig atendre jo, pica la porta de la meua companya, i què passa³⁶¹? La part formal la tenim coberta amb el protocol i ja està, i no ens enganyem, tots els protocols “para arriba y para a bajo”, primer et truco a tu, i després a tu, però tots acabem allà mateix, per tant el protocol no tindria gaires problemes per entendre’s, i que podem tenir, eh?, però si no assentem les bases de manera que tots els professionals, anem a la una i entenem la mutilació genital de la mateixa manera, amb les conseqüències, podem fer un exercici d’empàtic amb les persones que estem atenent, perquè si no ens toquen d’a prop aquest tema, se’ns escaparan tots, entens?, per tant jo, treballadora social de l’ajuntament de X, penso que tinc un deure molt important. Tenim un protocol, però no basta».

Transcripció entrevista P22,
Técnica referente de una Mesa de MGF,
12.05.2014.

Miradas profesionales. Àmbito de inmigración

«Formació específica no he fet, jornades on s’explicaven experiències si, però una jornada de formació no. Han sigut jornades així, molt curtes, però no formació específica de MGF. [...] No teníem eines per a treballar amb famílies. Les taules on jo treballava no disposàvem de cap material. Els únics material que teníem eren del GIPE³⁶², perquè els va portar una companya. Després sé que els de salut podien accedir al material de salut, que també està penjat a la web³⁶³, però com a taula no, ens proporcionaven res».

Transcripció entrevista P20, ex técnica referente de tres mesas que abarcaban 27 municipios durante 4 años.

³⁶¹ Dando a entender que no todos los y las profesionales de servicios sociales, de su mismo territorio conocen como actuar, o que este tema se debe trabajar con las familias, según han establecido en su propio protocolo municipal.

³⁶² GIPE/PTP. Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, de la Universidad Autónoma de Barcelona. Materiales del Modelo Wassu.

³⁶³ Refiriéndose a la Guía y al desplegable que el GIPE/PTP realizó para el Institut Català de la Salut (ICS) en 2006. Agotado y no vuelto reeditar, en cambio el protocolo si se había reeditado en 2009. Por lo que demuestra el interés por el tema.

Miradas profesionales. Ámbito de la mediación

«Hacia de mediadora con la comunidad africana para el ayuntamiento y el hospital de Blanes, pero han rescindido el contrato. Han quitado a casi todas las mediadoras de Girona. Dicen que no tienen dinero».

Transcripción de la entrevista a Mamma Samateh, en:
Merino, O. (2012) En África, aún es tabú hablar de la ablación.
El Periódico. Edición Catalunya.
27.02.2012

En el Programa 21, de participación en el ámbito público del PdCM³⁶⁴, se destinó una partida presupuestaria de 150.000 euros (2013) a la organización de jornadas y colaboraciones con otras entidades. Destacamos el contenido de la jornada celebrada el 22 de febrero 2013 bajo el título «El abordaje de las mutilaciones genitales femeninas desde Cataluña y desde los países de origen», celebrada en la sede de la Dirección General de Inmigración de la Generalitat de Catalunya. Según el propio programa, los objetivos de la misma eran:

- 1) Dar a conocer diferentes experiencias de trabajo de las asociaciones de personas inmigrantes y ONGs catalanas en derechos sexuales y reproductivos, concretamente en prevención y abordaje de la MGF.
- 2) Reflexionar y debatir sobre las experiencias y estrategias de trabajo para la lucha contra la MGF tanto en nuestra casa, como en los países del África Subsahariana.

La ONG World Vision, especializada en temas relacionados con la infancia alrededor del mundo, presentó diversas experiencias de prevención de la MGF en Kenia. En Cataluña solo tenemos tres niñas de esta nacionalidad frente a las 1.728 de nacionalidad gambiana (Kaplan y López: 2012). Sin embargo, no se invitó a la Fundación Wassu-UAB que:

³⁶⁴ Departament de Benestar Social i Família (2014), *op. cit.*

- a) Presenta un enfoque de intervención desde los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva.
- b) Alberga el Observatorio para la prevención de la MGF, con sede en Barcelona.
- c) Trabaja transnacionalmente: en Gambia a través de la ONG Wassu Gambia Kafo para la prevención y atención de la MGF, y en España a través del Grupo Para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona³⁶⁵.
- d) Además, Gambia es el país de donde más niñas de 0 a 14 años han venido a residir en Cataluña, con un 76% de prevalencia, respecto al 26% de Senegal.

A partir de esta exposición de hechos se pone de manifiesto el «muro de la separación³⁶⁶» entre dos modelos de intervención: el Modelo de la Generalitat de Cataluña, «A un lado del muro» y el Modelo Wassu, «Al otro lado del muro».

El 24 de febrero de 2012 se celebró la jornada «La mediación comunitaria: herramienta clave para la erradicación de la mutilación genital femenina», también en la sede de la Direcció General d'Immigració de la Generalitat de Catalunya. En el documento informativo se daba a conocer que el objetivo de dicha jornada era «dar a conocer qué es la mediación intercultural comunitaria y su potencial como elemento integrador, así como compartir las buenas prácticas de mediación comunitaria a nivel internacional y nacional». Estas palabras son contradictorias, visto la reducción del número de profesionales de la mediación intercultural³⁶⁷. Entonces sólo quedaba una pequeña parte sustentada por la Fundació La Caixa, a través del programa de formación a mediadores³⁶⁸. Otro objetivo de esta jornada era compartir las buenas prácticas de mediación comunitaria a nivel internacional y nacional.

³⁶⁵ Ver Bloque III: Modelo Wassu. Al Otro Lado del Muro.

³⁶⁶ San Roman, T. (1996) *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Madrid: Tecnos.

³⁶⁷ Ver transcripción entrevista a la referente del Plan Director de Inmigración en el ámbito de la Salud.

³⁶⁸ Hacía cinco años que se había exterminado el Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la Salut [2005-2007].

En relación a este tema se destaca la puesta en escena de un periodista freelance, que presenta «La lucha contra la MGF en África, una experiencia de mediación internacional en Casamance (Senegal)». Enric Alloza basó su ponencia en la descripción de su experiencia como viajante de verano a Senegal y afirmó que había conseguido erradicar la MGF en una serie de barrios en el sur del país mediante la firma de un documento que prometía material escolar, sanitario y de cooperación, a cambio. Su discurso se acompañó de un vídeo producido por él mismo en el que aparecía junto a mujeres y niñas de las zonas mencionadas con el tema musical «I will always Love You» en homenaje, según Alloza, a la reciente muerte de Whitney Houston.

A los y las profesionales que acudimos a la jornada nos pareció una exposición etnocentrista. Recuerdo la intervención de un profesional senegalés, que era de uno de los barrios que Alloza había afirmado haber erradicado la MGF. Le recriminó las formas con las que intervenía y el impacto nefasto que hacía en la cooperación internacional y en la erradicación de la MGF. Acciones como estas afectan a futuras intervenciones en el territorio. Este circo ambulante fue para la Generalitat de Catalunya una propuesta de buena práctica³⁶⁹ sobre la «mediación internacional».

En 2015, el Consejo General de Servicios Sociales, presenta el *Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya 2015*³⁷⁰. Es el cuarto informe en el que se realiza un análisis del contexto y las necesidades sociales prioritarias. La MGF se recoge en el apartado de maltrato infantil y adolescente y se enmarca bajo el enfoque de la violencia machista, aunque sean menores. Los datos que se presentan son del Departamento de Interior, «Víctimas atendidas por mutilación genital femenina 2012-2014».

³⁶⁹ La Generalitat de Catalunya debería velar por el rigor científico, el impacto y la evaluación de las metodologías que presenta como buena práctica.

³⁷⁰ Departament de Benestar Social y Família (2015) *Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya 2015*. Generalitat de Catalunya. 99 páginas.

Figura 35. La MGF en el Informe sobre el estado de los servicios sociales en Cataluña [2015]

Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya [2015]
En el marco de la Ley 12/2007, de 11 de octubre de servicios sociales

Análisis social del contexto i de las necesidades sociales

2. Las situaciones de necesidad social: actualización de los indicadores principales

2.3.1 Situaciones de riesgo social en la infancia y adolescencia

Objetivo: 2.2. mejorar la prevención de riesgo y la atención en la infancia y adolescencia en situaciones de vulnerabilidad y promoción de su bienestar del eje 2.

Maltrato infantil y adolescente (pág.33)

*“Otro tipo de maltrato infantil que se enmarca en la violencia machista y que afecta de manera directa en la infancia y adolescencia es la **mutilación genital femenina**. La MGF es una forma extrema de violencia machista que constituye una vulneración de los derechos de las mujeres contra la salud, la seguridad y la integridad física. Se trata de una costumbre milenaria de control sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. Aunque es una práctica ancestral de violencia machista que se infringe mayoritariamente a niñas menores residentes en diversos países africanos de la franja del Sahel, tiene repercusiones en Cataluña a causa de las migraciones internacionales. Así, el **año 2014, las atenciones por MGF se situaron en 24 casos, 11 menos que el año anterior, el 2013, cuando esta cifra fue de 35 casos.***

Mesa 12. Evolución de las víctimas atendidas por MGF en Cataluña [2012-2014]		
2012: 21	2013: 35	2014: 24

Fuente: Departamento de Interior

Realización propia, a partir de:

Departament de Benestar Social i Família (2015) *Informe sobre l'estat de serveis Socials a Catalunya 2015*. Generalitat de Catalunya. 90 pàgines.

El término «víctima» utilizado en la tabla, hace referencia a casos en los que han intervenido los Mossos d'ESquadra, no que hayan padecido la MGF. Es el único departamento que cuenta con datos de casos intervenidos³⁷¹. El Grupo de Trabajo de MGF de la Comissió Interinstitucional per a una Intervenció Coordinada Contra la Violència Masclista ha solicitado en numerosas ocasiones al Departamento de Salud estos datos, sin éxito.

³⁷¹ Ver Capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Cataluña.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Quan se'ns demana, des de premsa, quants casos s'han fet, s'han diagnosticat, s'han previngut, només hi ha la informació de mossos, perquè ells actuen. Llavors en el moment que intervé la família i ja treuen el passaport, això com que ells ho registren surt. Llavors, l'única informació que teníem sempre era d'ells, llavors clar, en els casos que ells han intervingut, en els casos que s'han previngut a través de sanitat, no teníem informació [...].

»Un dels problemes que surt sempre a les reunions és que nosaltres, des de salut, no registràvem el diagnòstic de mutilació genital femenina, ni el risc. Clar, llavors, això s'hauria de fer des de primària. [...]»

Transcripción entrevista P44,
Representante del Departamento de Salud, en la *Comisión Interinstitucional contra la
Violencia Machista*. Barcelona,
24 de julio de 2014

Los y las profesionales de salud no registran este tema por diferentes motivos, entre ellos, desconocimiento y miedo a las repercusiones legales para las familias y profesionales³⁷². El desconocimiento se debe a la falta de formación en materia de MGF ligada a su prevención, detección y atención. Sin embargo, según la Generalitat «Catalunya és pionera en l'abordatge i la prevenció de l'ablació de clítoris gràcies a un protocol interdepartamental vigent des de 2001»³⁷³ y añade que lo único que le queda pendiente de su protocolo es el nivel 5, referente a la recuperación. A finales de 2015, el Departament de Salut presenta la posibilidad de la reconstrucción genital femenina desde el sistema sanitario público, con gran repercusión mediática.

³⁷² Ver Capítulo 3. Situación de la MGF en Cataluña (2016). Punto 7.2. Dilema ético de los y las profesionales frente a la clasificación.

³⁷³ Generalitat de Catalunya (2014) «*Experts en la lluita contra la mutilació genital femenina analitzen l'impacte de la jurisprudència recent*». Nota de prensa del 27 de mayo de 2014. [Publicada un día después de la Jornada «*El treball per eradicar les mutilacions genitals femenines des de l'àmbit sanitari, social i legal. Estat de la qüestió i propostes de futur*». Barcelona, 27 de mayo de 2014. Departament de Benestar Social i Família. Primera jornada en la que los y las profesionales que participaron tanto en las ponencias, como desde los grupos de trabajo que se organizaron, hicieron una crítica del modelo actual. Sin embargo, en la nota de prensa del día siguiente, como se lee en su titular, no se refleja esta autocrítica]. Ver capítulo 7. Evaluación del Modelo Generalitat de Cataluña.

3. LA RECONSTRUCCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA FRENTE A LA CIRUGÍA GENITAL COSMÉTICA

En Europa existe un interés creciente por la reconstrucción quirúrgica de la MGF que ha sido practica en mujeres subsaharianas. En 1984 Francia realiza por primera vez intervenciones de este carácter de la mano del cirujano Pierre Foldes³⁷⁴. En España, el cirujano Pere Barri, discípulo de Foldes en París, la implantó en el Hospital Dexeus de Barcelona³⁷⁵ en 2008. En aquel momento, la seguridad social no asumía los costes de dichas intervenciones y era la propia Fundación Dexeus. Según Barri «las pacientes con ablación de clítoris quieren sentirse como cualquier otra mujer³⁷⁶», y por ello acudían al hospital derivadas por profesionales de atención primaria o informadas por los medios de comunicación.

El 5 de febrero de 2015, el cirujano Iván Mañero³⁷⁷ anuncia en el diario *La Vanguardia* que tiene un proyecto de reconstrucción de la MGF con financiación privada. Según el propio Mañero, «la cirugía plástica reconstructiva nació para reparar la maldad humana³⁷⁸» y plantea «coordinarse con las comadronas del Institut Català de Salut para que le deriven pacientes³⁷⁹». Sin embargo, en sus clínicas realiza la cirugía genital cosmética, práctica reivindicada como MGF de tipo IV por diferentes profesionales ya que según la definición de la OMS «la MGF es la extirpación total o parcial de los genitales femeninos, con una finalidad no terapéutica, llevada a cabo por razones sociales y culturales».

³⁷⁴ El cirujano Pierre Foldes es un antiguo colaborador de la Madre Teresa de Calcuta. Según su perfil en linkedin, dice ser el inventor de la técnica quirúrgica, que permite la reconstrucción del clítoris. Es miembro de Médicos del Mundo. Su centro de interés es sobre la violencia ejercida a las mujeres. Es miembro fundador del Instituto de Salud Reproductiva en París, desde 2012, en la que realiza esta intervención e inicia a nuevos cirujanos para continuar con esta práctica. Tiene varias publicaciones científicas sobre el tema: Foldes, P. (2006) Técnicas quirúrgicas: cirugía reconstructiva del clítoris después del Ritual de la escisión. *J Sexual Medicine*, 1091-4, noviembre. Foldes, P. (2012) La cirugía reconstructiva después de la mutilación genital femenina, un estudio de cohorte prospectivo. *The Lancet*, junio. [En línea] <https://fr.linkedin.com/in/pierre-foldes-58283546> [Consultada, el 04 de noviembre de 2016]. <http://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Le-Dr-Pierre-Foldes-au-service-des-femmes-excisees-2014-03-11-1118542>

³⁷⁵ El Hospital Dexeus es un hospital privado. Actualmente lo gestiona el grupo Quirón, pasándose a llamar Hospital Dexeus Quirón.

³⁷⁶ Pressly, L. (2013) El médico español que “recupera” clítoris mutilados. *BBC Mundo*, 29 de julio de 2013. [En línea] http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/07/130723_salud_ablacion_mutilacion_reconstruccion_gtg

³⁷⁷ Es el mismo que en 2006, como se verá más adelante, anuncia los beneficios de la cirugía genital cosmética que realiza en sus clínicas en Cataluña y Madrid.

³⁷⁸ Amella, V.M. (2013) Cada hora que pasa, sufren mutilación genital 300 niñas. *La Vanguardia, la contra*. Edición Cataluña, 11 de junio de 2013.

³⁷⁹ (Macpherson, A., 2015:26-27)

En octubre de 2015 el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya comunica que la salud pública catalana ofrecerá la reconstrucción del clítoris a las mujeres que hayan sufrido MGF³⁸⁰. El Hospital Clínico de Barcelona será el centro de referencia de esta intervención quirúrgica que se anuncia de «alcance principalmente anatómico y funcional». Asimismo, a este modelo que se autocalifica de «pionero en el mundo, gracias al protocolo impulsado por la Dirección General de Inmigración» le queda una espina clavada: el no poder garantizar la plena recuperación sensorial de la zona afectada.

Esta iniciativa se desarrolla en el marco del despliegue del artículo 75 de la Ley de Violencia Machista 5/2008 y en el protocolo catalán por el cual se incide en:

(...) contar con mecanismos sanitarios de intervención quirúrgica, para poder hacer frente a la demanda de las mujeres que quieran revertir los efectos de la MGF y con mecanismos de soporte psicológico, familiar y comunitario. (Secretaria per a la Immigració, 2009: 19)

Para ello, se establece un circuito de derivación profesional³⁸¹ en el que los Centros de Atención Primaria (CAP) y el servicio de Atención Sexual y Reproductiva (ASSIR) se consideran servicios de «atención directa a las mujeres, para que puedan ser derivadas al hospital público autorizado para realizar la intervención». Según el circuito, el soporte se ofrecerá desde el ASSIR o, en su defecto, desde el servicio de salud mental del territorio. Así mismo, el Hospital Clínico «dispone de profesionales preparados para ofrecer el soporte psicológico que necesitan las pacientes durante el tratamiento y cuando sea necesario³⁸²».

Mientras que la Generalitat promueve la reversión de la MGF en sus «víctimas», muchas clínicas privadas de Europa impulsan, con gran éxito, la cirugía genital cosmética femenina. Un artículo aparecido en *La Vanguardia* en febrero de 2006, «La

³⁸⁰ Sala de premsa Departament de Salut (2015) *La Salut pública catalana oferirà la reconstrucció de clítoris a les dones que han sofert la mutilació genital femenina*. Barcelona, 8 de octubre de 2015. [En línea] http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/288289/salut-publica-catalana-oferira-reconstruccio-clitoris-dones-sofert-mutilacio-genital-femenina.html

³⁸¹ Secretaria de Salut Pública (2015) *Circuit de la cirurgia genital després d'una mutilació genital femenina (MGF)*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 9 pp.

³⁸² Ver reflexiones sobre la valoración que hacen los y las profesionales de este circuito. Capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Punto 1.4. Nivel de recuperación.

Cirugía genital se extiende»³⁸³, saca el tema a la luz exponiendo las circunstancias de su creciente demanda y difusión. En el artículo, el cirujano Mañero explica y publicita numerosas intervenciones que se llevan a cabo en su clínica: la labioplastia -recorte de los labios vaginales menores y/o mayores-, la liposucción del tejido adiposo del pubis – comúnmente conocido como monte Venus-, la clitoplastia³⁸⁴, retraimiento de un clítoris que sobresale más de lo normal y el estrechamiento vaginal.

En 2011 se publicita la práctica a través de la bailarina Tatiana Delgado, quien había ganado fama tras su paso por el programa de televisión *Supervivientes*. En el vídeo, aparece una clínica privada de Barcelona, ubicada en la zona alta de la ciudad. La voz narradora explica los motivos por los cuales Tatiana se quiere intervenir: «*Otras mujeres en España se retocan la vagina por estética, como es el caso de Tatiana*». Seguidamente es Tatiana Delgado quien, en primera persona, se justifica:

Cirugía Genital Cosmética femenina. Miradas población practicante.

«Mis labios son un poco de color oscuro y un poco sobresalidos y entonces todo eso va fuera y me lo van a dejar como el de una niña pequeña. (...) Estoy aquí porque en un par de horas me hacen una labioplastia , para cuando por ejemplo te pones un bikini no se marque, no te moleste y sobre todo porque soy bailarina y hago shows y entonces, bueno, cuando estoy desnuda, prefiero que se vea una vagina bonita.

»Yo soy una mujer insegura de por si, y siempre quiero estar perfecta, entonces me crea inseguridad porque no lo tengo tan bonito como yo lo quisiera. Yo soy de las que se mira la vagina en el espejo y de las que piensa, ¿cómo sería? y ahora que estará mejor, pues estaré todo el tiempo mirándome, que bonito me ha quedado.»

Transcripción, vídeo youtube
<https://www.youtube.com/watch?v=Bjw46ESGCvs>
Tatiana Delgado, bailarina de shows nocturnos.
Noviembre de 2014

³⁸³ Ricart, M. (2006) La cirugía genital se extiende. *La Vanguardia, Edición Cataluña*, 16 de febrero de 2006, página 39.

³⁸⁴ Clitoplastia es aumentar el tamaño del clítoris.

Cirugía Genital Cosmética femenina. Miradas profesionales Ámbito de salud

«Vamos a ver la zona que vamos a recortar. Fijaos como cambia de color la zona rosa y la zona más oscura³⁸⁵, así que prácticamente nos da la referencia de la zona que va a ser el límite interno que vamos a recortar. Esta piel alrededor del clítoris también la vamos a recortar.

»Comenzamos con la incisión de arriba a abajo, de la cara externa de uno de los lados, fijaros la diferencia entre un lado y otro. El clítoris queda aquí, que también le hemos recortado parte de su capuchón, que era demasiado, con demasiada piel alrededor y ahora vamos al otro lado.» [Eliminación total o parcial del prepucio del clítoris. MGF tipo I]

«La parte oscura es la que afea, la que molesta, la que envejece, la que tiene una sensibilidad más desagradable (...) Pues Tatiana por su trabajo de stripper, de cara al público, pues requiere un mantenimiento y unas ganas de perfeccionar hasta lo perfecto.

»Ya sólo queda piel sonrojada, mucosa rosa y si dejáramos a Tatiana así, cuando cerrara las piernas no se verían los labios menores, ya no se ven, ni la piel redundante, pero se asoma un clítoris que está hipertrofiado³⁸⁶ y está demasiado expuesto. Vamos a hacer que este clítoris quede un poco más escondido, más cubierto, más hundido.» [Afectación del clítoris y labios menores. MGF tipo II]

Transcripción, vídeo youtube

<https://www.youtube.com/watch?v=Bjw46ESGCvs>

Cirujana que realiza y promocional la intervención. Noviembre de 2014

En la voz en *off* del vídeo con música de fondo, se ve claramente el marketing que se realiza de la práctica³⁸⁷: «Como la que quieren todas las chicas, unos labios mayores, sin nada que asome por entremedio, sin nada que moleste, sin nada que roce en la prenda ni en la

³⁸⁵ Viendo el vídeo, vemos unos genitales “normales”, entendiendo que hay una variedad de genitales, como mujeres. La normalidad es que sean oscuros, los genitales rosados son los que tienen las niñas.

³⁸⁶ Un clítoris “que asoma”, ¿es símbolo de masculinidad, como en la mitología Dogón de Malí, que justificaba su escisión?. Si bien es cierto que al quitar el prepucio, lo normal es ver un clítoris más grande, lo que se destaca es la clasificación que hace la cirujana: “clítoris hipertrofiado”. No deja de ser una etiqueta diagnóstica, construida subjetivamente para justificar su intervención, aunque provenga del “poder médico” (Foucault: 1973)

³⁸⁷ En el Reino Unido, también se publicitó la práctica a través de la estrella de pop Sinitta, de la misma forma que Tatiana, a través de un vídeo colgado en Internet, en el que transmitía sus planes para realizarse una “vaginoplastia”. Bentham, M. (2016) Doctors face prosecution over genital cosmetic surgery in London clinics. *Eveningstandard*, 21 de noviembre de 2016. [En línea] <http://www.standard.co.uk/news/crime/doctors-face-prosecution-over-genital-cosmetic-surgery-in-london-clinics-a3400726.html>. [Consultada: 23.11.16]

ropa». Termina el vídeo con Tatiana, explicando los supuestos beneficios físicos, psicológicos y sexuales que tiene con su nueva intervención.

Cirugía Genital Cosmética femenina. Miradas población practicante.

«Y la verdad que me he pasado estos tres días mirándome todo el tiempo y pensaba que el cambio no iba a ser tan grande, pero es un gran cambio. Tengo aquí un espejito, con el que me paso todo el tiempo mirándome. Pues así estoy todo el día, me tumbo en la cama y me abro de piernas y me lo miro. Y nada, me siento en el sofá o estoy comiendo aquí y me lo pongo y me lo miro. No sé, me hace ilusión tener una parte de mí nueva. Es como si volviera a nacer (...) Me encanta, es súper de niña pequeña, es una rajita súper pequeñita y tiene los puntos todavía y está un poco inflamada.»

Transcripción, vídeo youtube
<https://www.youtube.com/watch?v=Bjw46ESGCvs>
Cirujana que realiza y promocional la intervención
noviembre de 2014

Unos meses más tarde, Tatiana aparece en el programa televisivo *Sálvame Diario*, en el que argumenta que se sometió a la práctica porque era gratuita.

Cirugía Genital Cosmética femenina. Miradas población practicante.

«Esto se retransmitió en el Canal 4. Es que mira, él me dijo... me fui a operar el pecho y me dijo: “Como yo sé que a ti te gusta tanto la cirugía, hay una cosa que es la vaginoplastia, que si te hago una entrevista y me dejas que te grabe, te lo hago gratis”.

«Y yo dije: “¡Vale! Pero ni lo pensé, la verdad es que yo soy un poco simplona, sabes, no veo la maldad de las cosas, pero es verdad no veo la maldad de las cosas y si puedo estar mejor...»

El presentador: *«Tatiana, cuando empezó la edición de supervivientes se comentó que había un transexual en la isla y todo el mundo se pensaba que eras tu».*

Tatiana: *«Ya si yo lo dije, pero mira, yo sé que soy una mujer muy corpulenta, que tengo un físico porque soy muy fibrosa³⁸⁸, encima tengo el pecho muy grande y claro estoy operada³⁸⁹,*

³⁸⁸ Sería interesante analizar la representación cultural de lo que se supone que es la feminidad y la masculinidad y realizar una comparativa, entre las razones que sustentan las dos prácticas, relacionadas con la identidad, en este caso sexual. A Tatiana le salió “el tiro por la culata” quería “feminizarse” y la opinión pública pensó que se había cambiado de sexo.

³⁸⁹ Que curiosamente, el cirujano Iván Mañero es quien la operó de pecho.

vale, sí. Las mujeres, que son la mayoría que dicen que soy transexual, pues mira, me da igual.»

El presentador: «¿Te dolió la operación de vaginoplastia?»

Tatiana: «Un montón».

El vídeo de Tatiana Delgado siguió un guion de carácter publicitario en el que se vende una vulva de apariencia infantil: «es súper de niña pequeña», «como la que quieren todas las chicas». Según Conroy (2006) «las mujeres están siendo mutiladas para adaptarse a las fantasías de la masturbación masculina». Son unas fantasías construidas socialmente e influenciadas por una industria floreciente. Según Faith Wilding³⁹⁰ es un «espectáculo de consumo a gran escala de la pornografía cyborg porno» (Citado en Conroy, 2006:106).

Un estudio realizado por el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos de Londres ha culpado la tendencia de marketing que realiza el sector privado y las imágenes que se publicitan en Internet. Los médicos advierten que las mujeres están siendo presionadas por «representaciones poco realistas de la apariencia vulvar en la cultura popular» y la publicidad de la cirugía, como una «elección de estilo de vida sin problemas» (citado en Bentham, M., 2016).

Una vez más, se comercializa con el cuerpo femenino. Si bien desde la mirada occidental, se debaten diferencias significativas entre la MGF tradicional y la cirugía genital cosmética, como la edad en la que se realizan y el consentimiento o no, vale la pena reflexionar sobre el caso del Reino Unido, donde en 2012, se habían practicado 343 operaciones a menores de 14 años, en el sistema nacional de salud, posiblemente por razones estéticas, para conseguir la llamada «vagina de diseño»³⁹¹.

³⁹⁰ Wilding F. (2001) Tech flesh 7: vulvas with a difference. *ctheory.net* 2001. 5 de septiembre de 2001. [En línea] www.ctheory.net/articles.aspx?id=29. [Citado por Conroy, R., 2006:106].

³⁹¹ El Mundo, ed. (2012) La Cirugía estética vaginal se pone de moda entre las niñas británicas. *El Mundo*, 23 de noviembre de 2012 [En línea] <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/11/23/internacional/13536>. [Consultada, el 23 de noviembre de 2012].

Diversos informes médicos ingleses advierten de la peligrosidad de esta práctica. El centro de investigación del University College Hospital de Londres, dirigido por la Dra. Sarah Creighton³⁹², subraya diversos factores de alarma en relación a esta práctica: 1) la falta de regulación en cuanto a la edad mínima permitida para la cirugía y 2) la falta de información que reciben las intervenidas (adultas y adolescentes) sobre los riesgos quirúrgicos o sobre los efectos secundarios a corto y largo plazo. En la misma línea, la Sociedad Británica para la Ginecología Pediátrica y Adolescente advierte en el mismo artículo del Daily Mail, que «no hay evidencia científica para apoyar la reducción de los labios, especialmente en las niñas menores de 18 años, puesto que los riesgos para la salud incluyen la infección y la pérdida de sensibilidad». Además, existen preocupaciones similares sobre la cirugía para aumentar el tamaño del «punto g³⁹³».

En abril de 2016 el diario Ara publica «Vagines a la carta, una tendència a l'alça³⁹⁴», un artículo que comienza con una demoledora constatación:

Según las últimas cifras recogidas por la Sociedad Española de Cirugía Plástica apuntan que la cirugía estética vaginal y reparadora ya representa un 1'5% de las operaciones que se realiza. Es la que ha crecido más desde 2009 y ya se sitúa en el nº 14 del ranking de intervenciones.

A continuación se recogen diversos puntos de vista de expertos en el tema, que podrían explicar tal situación. Begonya Enguix, antropóloga experta en género y sexualidad, envía a los actuales cánones de belleza y sexualidad la responsabilidad:

La cirugía de la intimidad sigue dos tendencias. La exigencia que padecen las mujeres por estar corporalmente perfectas y jóvenes, según los cánones establecidos por nuestra sociedad, y la tendencia a la sexualidad extrema que se difunde constantemente en nuestro entorno. [...] Ahora, como resultado de tantos años de presión sobre el cuerpo femenino, se ha llegado a un punto en que las mujeres están insatisfechas con partes de su cuerpo que ni tan solo ven.

Elena Crespí, sexóloga y terapeuta, remarca la influencia del modelo único de vagina, exportado por industrias como la pornografía. Explica que un gran número de mujeres

³⁹² Hope, J. (2012) Hundreds of girls age 14 or under are having "designer vagina" surgery on the NHS. *Daily Mail*, 22 de noviembre de 2012 [En línea] <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2236675/Hundreds-girls-aged-14-having-designer-vagina-surgery-NHS.html>

³⁹³ (citado en Bentham, M., 2016)

³⁹⁴ Saula, L. (2016) Vagines a la carta, una tendència a l'alça. *Ara. Edición Cataluña*, 10 de abril de 2016, pág. 52.

son demasiado autoexigentes y que, en este sentido, se debería trabajar más la autoestima.

Nos hemos de cambiar de gafas con las que nos miramos. Tenemos una tendencia a mirarnos de manera muy poco indulgente, exigente y con el peso de la sociedad sobre como ha de ser una mujer. Si no es que los motivos son para solucionar un problema físico real (...) una intervención estética puede ayudar, pero no es garantía que después una persona tenga más seguridad en ella misma.

Unas son perseguidas penalmente, en cambio otras gozan de completa impunidad. En Europa este debate continúa delante del aumento de estas intervenciones. En Inglaterra, el Crown Prosecution Service ha abierto varios expedientes a diferentes cirujanos plásticos por realizar la cirugía genital cosmética³⁹⁵:

«El Comité de Asuntos de Interior de la Cámara de Representantes planteó la misma preocupación en un informe en 2014 y pidió a Theresa May, entonces Secretaria del Hogar, que considerara si se necesitaba legislación para cerrar esta "brecha" potencial. La Sra. May respondió que la Ley sobre la MGF de 2003 cubría la cirugía estética. En una presentación al Parlamento, añadió: "La Ley de 2003 no contiene ninguna exención para la cirugía estética. Si un procedimiento es innecesario para la salud física o mental, entonces es un delito y correspondería a tribunal decidir si la cirugía estética, constituye una mutilación y, por lo tanto, es ilegal"» (citado en Bentham, M. ,2016).

Parece ser que «quien se somete al bisturí del cirujano plástico disfruta de libertad y autonomía en una sociedad libre de opresión, mientras que quien se expone al cuchillo ritual es víctima pasiva de las sociedades patriarcales tradicionales» (La Barbera, 2010:467). No se trata de prohibir o permitir todas las formas de corte genital, pero sí de encontrar una postura coherente a través de políticas no discriminatorias (Johnsdotter y Essén, 2010: 35).

³⁹⁵ Bentham, M. (2016), *op. cit.*

CAPÍTULO 6
LAS MESAS DE PREVENCIÓN DE LA MGF

Introducción

Las Mesas de Prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) son las herramientas más destacadas, creadas por la Secretaria per a la Immigració y el Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya para desplegar el Protocolo de Actuación para prevenir la Mutilación Genital Femenina³⁹⁶. Nacen en la provincia de Girona en el año 2004, pero no se consolidan hasta el año 2008, posterior a la elaboración del segundo protocolo de MGF de Cataluña³⁹⁷. En el marco de la legislación catalana de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, a partir de 2009, el modelo pilotado en las comarcas de Girona empieza a exportarse al resto del territorio catalán. La actividad principal de las mesas es la creación de un protocolo municipalizado de MGF a raíz del protocolo madre y el control nominal de casos.

En este capítulo se presenta la génesis, la formación, la consolidación y los principios básicos de las primeras Mesas de Prevención de la MGF en Girona en 2008. Se detallan las funciones, los objetivos, la metodología de intervención, las herramientas generales y las herramientas propias de cada mesa. Se explicita el grupo responsable de velar por su buen funcionamiento, que forma parte de la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista. Para finalizar, se explica la exportación de esta metodología al resto de Cataluña.

La evaluación de esta herramienta se analizará en el capítulo 7, «Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya», a través de la cartografía contrastada, de las Mesas de Prevención de la MGF, fruto del trabajo de campo realizado en el marco de esta investigación.

³⁹⁶ Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]), *op. cit.*

³⁹⁷ Secretaria per a la Immigració (2007), *op. cit.*

1. GÉNESIS METODOLOGICA DE LAS MESAS DE PREVENCIÓN DE LA MGF (2004)

Al igual que el primer Protocol d'Actuació de la MGF (2002)³⁹⁸, las primeras Mesas de Prevención de la MGF se gestan en provincia la provincia de Girona. Su embrión se remonta al año 2004 en los municipios de Salt, Olot y Banyoles. Allí se desarrollan unas primeras reuniones entre profesionales para actuar ante la MGF, focalizando su intervención en el control de viajes de familias subsaharianas a sus países de origen con menores. En esta época, todavía no se podía perseguir la práctica de la MGF realizada fuera de España, por lo que se intensifican los controles ante el riesgo de ser mutiladas fuera de las fronteras³⁹⁹.

En 2005, el Pla de Ciutadania i Immigració [2005-2008]⁴⁰⁰ propone la creación de Equipos de Supervisión de Casos, a partir de la fórmula engendrada en Salt, Olot y Banyoles. El Programa de Soporte a los Profesionales en la Gestión de Casos de las Mutilaciones Genitales se planteó para dar respuesta a las dificultades de los profesionales para gestionar casos sospechosos de riesgo o consumación de MGF en menores. Las funciones del Equipo de Supervisión de Casos eran las siguientes:

Tabla 23. Sobre las funciones del Equipo de Supervisión de Casos de MGF

Funciones del Equipo de Supervisión de casos de MGF
<ul style="list-style-type: none"> • Centralizar y contabilizar las alertas de riesgo. • Asesorar e informar a los profesionales, haciendo un seguimiento conjunto de los casos presentados. • Trabajar con las familias cuando sea necesario. • Crear una red de soporte. • Extender el trabajo en red de prevención de casos de riesgo a las asociaciones que trabajen contra la mutilación en los países de origen. • Identificar las asociaciones y establecer contacto.

Realización propia, a partir de la fuente:

http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematics/immigracio/politiques_i_plans_dactuacio/antecedents/

[Consultada: 26.01.2016]

³⁹⁸ Secretaria per a la Immigració (2002), *op. cit.*

³⁹⁹ Ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña. Apartado 2. Año 2000-2004. La respuesta de la administración.

⁴⁰⁰ Secretaria per a la Immigració (2005), *op. cit.*

Los objetivos del programa eran realizar un abordaje transversal de la MGF desde una perspectiva integral y mejorar la gestión de respuesta a las inquietudes de los profesionales. El departamento responsable debía ser el Departament de Salut en colaboración con el Departament d'Educació, el Departament d'Interior, la Secretaria per a la Immigració, la Secretaria de Famílies i d'Infància, el Institut Català de la Dona, administraciones locales, entidades y asociaciones de inmigrantes subsaharianos.

Después de la elaboración del plan, se aprueba la LO 3/2005⁴⁰¹, de 8 de julio de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio. En el apartado 4 del artículo 23 se añade un epígrafe relativo a la MGF y a su persecución extraterritorial, siempre que los responsables se encuentren en España.

El Equipo de Supervisión de casos de MGF no se llega a consolidar en toda Cataluña, tal como definía el Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-2008], se desconoce la razón, quizá por falta de recursos, de directrices, de seguimiento técnico, de interés o por otros temas. De todas formas, en los municipios de las comarcas de Girona se continúan controlando los viajes de las familias subsaharianas a los países de origen con menores.

No es hasta el año 2008, posterior a la edición del Protocolo de Actuación para la Prevención de la MGF (2007)⁴⁰², que aparecen las Mesas locales de Prevención de MGF para desplegar el protocolo. Este despliegue se lleva a cabo por Inmigración e Interior, con escasos recursos y de forma voluntaria. Ofrece una breve presentación del protocolo (una o dos horas de duración) pero no da herramientas para trabajar con familias más allá de los documentos normativos y las fichas de recogida de datos.

A continuación se recogen diferentes miradas de profesionales que participaron en el despliegue de las Mesas de Prevención de la MGF en la provincia de Girona. Se explica en primera persona la metodología, los objetivos, los recursos de que disponían y las motivaciones para trabajar este tema frente a la falta de directrices y planes concretos.

⁴⁰¹ LO 3/2005, de 8 de julio de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio. Apartado 4, del Art. 23, epígrafe g) relativos a la MGF y a su persecución extraterritorial, siempre que los responsables se encuentren en España.

⁴⁰² Secretaria per a la Immigració (2007), *op. cit.*

Miradas profesionales. Àmbito de immigració

«Comencem a treballar de forma sistemàtica sobre el tema de la MGF a comarques gironines a partir de la reforma del protocol, el 2008, en el marc de les taules. De les trobades que fem amb els tècnics d'immigració es comença a dir: “Tenim un problema, perquè tenim un protocol, que la feina en paper està molt bé, però ens adonem que a nivell municipal, no estem fent res”. És a dir, no s'estava treballant a nivell grupal, no s'estava treballant i no s'estava fent res.

»[...] treballàvem amb els municipis que tenien un alt índex de població immigrada. En aquell moment, donàvem uns recursos econòmics, fèiem assessorament i coordinàvem amb els ens locals, entre ajuntaments i consells comarcals a la província, uns 40 o 50 municipis.

»[...] Al 2008, constituïrem les Taules expressament en aquells municipis que tenien més de 15 nenes d'origen de procedència de països on es practicava la mutilació, i per les nenes que estaven en els altres municipis, com llavors hi havia unes Taules Comarcals de Salut, doncs la Taula Comarcal de Salut, era la que havia de vetllar per les nenes que estaven disgregades en petits municipis, que això significava doncs, que el pediatre ho tingués en compte, bé, fer un treball molt mínim.

»[...] Jo tenia un document molt bàsic⁴⁰³, que deia què era la mutilació i a cada municipi quantes nenes hi havia. La tècnica d'immigració em reunia amb les quinze persones que havien de formar part de la taula, jo explicava..., anava amb la mossa (nombre), perquè a més a més els Mossos, clar, estaven a tot arreu. [...] Proposàvem el que era com la profotitxa de la recollida de dades, amb un seguit de dades que creïem que la taula havia de tenir, però era molt complicat.

»[...] Les dinàmiques de les taules eren voluntarisme pur i dur. [...] en aquell moment, el 2008, no teníem encara el Grup Interinstitucional de ...bla, bla, bla⁴⁰⁴, i qui instava a fer coses, per bé i per mal, era la mossa d'esquadra (X). [...] En aquell moment, jo crec que no

⁴⁰³ Secretaria per a la Immigració (2008) *Implementació del protocol de prevenció de la mutilació genital femenina a comarques gironines*. Girona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 7 pàgines [Documento no publicado, facilitado por la Direcció General per a la Immigració de Girona, el 17 de julio de 2014, durante la entrevista].

⁴⁰⁴ El Grupo de Trabajo de MGF de Girona no estaba operativo, se había creado para realizar el primer protocolo en 2002, pero no tuvo continuidad. Tampoco estaba creada la Comissió Interinstitucional per a una Intervenció Coordinada Contra la Violència Masclista, que se crea en 2010 en el marco de la ley de violencia machista del 2008.

era un tema d'interior, era un tema personal seu, crec, eh!, no posaria la mà al foc, eh!.

»[...] Quan hi va haver el Grup Interdisciplinari⁴⁰⁵, nosaltres vàrem anar a parlar amb ells, a veure què els semblava que arrenquéssim les Taules, perquè en aquell temps la gent estava amb aquest tema..., Era molt de susceptibilitats i tothom, per bé o per mal, acabava rebent un cop al clatell. [...] Vaig parlar amb qui portava el Pla Director de Salut, amb la gent del Govern Interinstitucional, i vam parlar amb tothom. [...] A nivell interinstitucional ens varen dir, si tu i la mossa d'esquadra (x), esteu motivats en fer això, feu vosaltres. Després nosaltres ens vam dedicar a anar fent per tots els municipis, a constituir les Taules. En part, per un tema de voluntarietat que és com ha funcionat això, i en part, perquè no existia aquest grup, que ara existeix i que permetria fer una cosa més racional, que en comptes de la mossa (x) i immigració. [...] hauria d'anar-hi Dona, perquè és un tema de violència comunitària i Salut, i podria donar un missatge més políticament correcte, perquè Immigració i Interior... Però portàvem més de quinze anys, encara que és una mica estrany, però era com va començar. No és el que hauria de ser, però té un sentit que hagués anat així, val? A part, ella tenia l'artilleria, és a dir, jo tenia els tècnics d'immigració dels ajuntaments que amb mi interlocuten molt, que em fan cas. I ella tenia els mossos. Dos àmbits laborals que existia algun en els municipis disposat a treballar i algú a nivell d'àmbit provincial, disposat a treballar. Amb la resta de serveis, en aquell moment, no passava.»

Transcripció, entrevista P43, professional de immigració
 Província de Girona
 21.07.2014

Miradas profesionales. Àmbito de interior

«Jo recordo que estava amb en X (responsable d'Immigració) i fem una formació, o un intercanvi d'experiències amb els tècnics d'Immigració, i llavors allà, jo aquell moment treballava molt, amb l'impacte visual del que és una mutilació, per intentar arribar, perquè la gent es comencés a moure, i treballava molt amb imatge. Llavors hi va haver algú que es va trasbalsar del que representava una mutilació, i va començar, i vam anar a una reunió a Bordills i a Celrà, i jo recordo a Bordills, quantes famílies hi ha africanes? N'hi hauran 4 o 5?» Llavors, si es fa una petita Taula, on hi hagi Serveis Socials, Salut, vol dir que puc eradicar la mutilació a Catalunya, perquè si jo agafó les famílies, miro que siguin d'ètnia practicant, llavors, a partir d'aquí vas mirant i vas descartant i que et puguis quedar amb ..., per saber de totes les famílies, llavors només t'havies de preocupar de les famílies que arribessin noves. Jo vaig veure la llum a n'aquí, perquè a través d'aquí, podíem arribar a

⁴⁰⁵ El grupo de Girona de MFG se forma en 2002, para realizar el primer protocolo de MFG y se reactiva, en 2006 para elaborar el Protocol d'actuació per a prevenir la MFG de la demarcació de Girona (2008), *op. cit.*

tota Catalunya. Anem per pobles. La taula de treball havia d'anar desgranant això i quantigués la part petita, ara anem a treballar amb aquestes famílies, anem a fer pedagogia i es podia haver tancat.

[...] El 2007, 2008, vàrem anar per tots els CAP (Centres d'Atenció Primària), jo, x (una pediatre), x (una treballadora social) i una altra sanitària, [...] eren sessions d'una, dos hores.»

Transcripción, entrevista P6, profesional de interior
Provincia de Girona
11.03.2015

2. PILOTAJE DE LAS MESAS DE PREVENCIÓN DE LA MGF. PROVINCIA DE GIRONA (2008)

Las primeras mesas de las comarcas de Girona son potenciadas por la Secretaria per a la Immigració (a través de sus técnicos/as de Inmigración) y por Interior (a través de los Mossos d'Esquadra). No se potencian desde el Departament de Salut, que debería ser el responsable principal, ni por el Institut Català de la Dona (ICD), como se preveía inicialmente en el Plan de Ciudadanía e Inmigración [2005-2008].

2.1. Objetivo e indicadores de evaluación de las primeras mesas

En 2008, la principal finalidad de las Mesas de Prevención de la MGF de las comarcas de Girona era coordinar entre profesionales el despliegue de un protocolo municipalizado de prevención a partir del protocolo madre de la Generalitat y hacer un seguimiento de casos concretos. En el documento «Implementació del protocol de prevenció de la mutilació genital femenina a comarques gironines»⁴⁰⁶ leemos:

S'entén que s'ha de fer una treball de prevenció primària enfocat al canvi de conductes d'aquelles persones que són susceptibles de practicar la MGF, que es centrarà en l'acció comunitària, que detectarà grups de risc, grups d'influència i treballarà per un canvi real de les practiques, i una prevenció secundària, on s'intervindrà directament sobre les persones que poden patir la MGF⁴⁰⁷.

⁴⁰⁶ Secretaria per a la Immigració (2008), *op. cit.*

⁴⁰⁷ (Secretaria per a la Immigració, 2008: 4)

Se propone que cada mesa realice un plan de actuación para crear y asentar un circuito de coordinación municipalizado para ser evaluado. A continuación, se adjunta una tabla con los indicadores que propone en 2008 la Secretaria per a la Immigració en Girona.

Tabla 24. Indicadores para evaluar el trabajo de las Mesas de MGF en Girona 2008

Tipo de prevención	Indicadores	Definición
Prevención Primaria	• % de familias que han recibido IEC (Información, Educación y Comunicación)	nº de familias que han recibido IEC/ nº de familias totales x 100
	• % de familias que han recibido IEC y expresan C.A.y C. contra la MGF (Conocimientos, Actitudes y Creencias)	nº familias que han recibido IEC con Actitud en contra de la MGF/nº de familias que han recibido IEC x 100
Prevención Secundaria	• % de casos perdidos	nº de niñas que han viajado y no han vuelto/ nº de niñas que han viajado x 100
	• % de casos con MGF	nº de niñas que han vuelto con MGF/ nº de niñas que han viajado y que han vuelto x 100
	• % de casos de no retorno	nº de niñas que no han vuelto / nº de niñas que han viajado y que han vuelto x 100
	• % de casos de familias informadas con MGF.	nº de niñas de familias informadas que han vuelto con la MGF/ nº de niñas de familias informadas que han viajado x 100
	• % de casos de familias informadas que no vuelven.	nº de niñas de familias informadas que no han vuelto / nº de niñas de familias informadas que han viajado x 100

Realización propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

Secretaria per a la Immigració (2008) *“Implementació del protocol de prevenció de la mutilació genital femenina a comarques gironines”*. Girona, Departament d’Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 7 pàgines [Documento no publicado, facilitado por la *Direcció General per a la Immigració de Girona*, el 17 de julio de 2014, durante una entrevista, en el marco de esta investigación].

Enseguida se dan cuenta de la dificultad que comporta la recogida de información. Además, la ficha de recogida de datos varía de 2008 a 2014 anualmente, por lo que no se podrá comparar año tras año, ni siquiera entre municipios. Cada técnico/a entiende de manera diferente los indicadores de las fichas. No hay un consenso sobre lo que se entiende por «niña en riesgo», cosa que abre un debate en cada reunión anual⁴⁰⁸. Los indicadores que se utilizan desde 2009 se explican en el apartado 3.3 «Metodología», pues serán los mismos para el resto de Cataluña.

⁴⁰⁸ Reuniones de los y las referentes de las Mesas de Prevención de la MGF de Girona en 2011, 2012, 2013 y 2014.

2.2. Cartografía de las Mesas de Prevención de MGF de la provincia de Girona

En 2008 se contabilizan 18 Mesas de Prevención de la MGF en la provincia de Girona. A continuación se adjunta una tabla con el total⁴⁰⁹.

Tabla 25. Mesas de MGF de la provincia de Girona en 2008

Mesas de Prevención de la MGF de la Provincia de Girona (2008)			
Nº	Municipios	Comarca	Liderada por
1	Olot	La Garrotxa	Técnico de Inmigración
2	Blanes	La Selva	Técnica de cooperación
3	Lloret de Mar	La Selva	Técnica de Inmigración
4	Banyoles	Pla de l'Estany	Técnica de Inmigración
5	Salt	Gironès	Técnica de Inmigración
6	Sant Feliu de Guíxols	Baix Empordà	Técnico de Inmigración
7	La Bisbal d'Empordà	Baix Empordà	Técnica de Inmigración
8	Santa Cristina d'Aro	Baix Empordà	Técnica de Inmigración
9	Torroella de Montgrí/Ullà	Baix Empordà	Técnica de Inmigración
10	Santa Coloma de Farners	La Selva	Técnica de Inmigración
11	Arbúcies	La Selva	Técnico de Inmigración
12	Cassà de la Selva	Gironès	Técnica de Inmigración
13	Celrà, Bordils i Flaçà	Gironès	Técnico de Inmigración
14	Llagostera	Gironès	Técnica de Inmigración
15	Sarrià de Ter	Gironès	Técnico de Inmigración
16	L'Escala /Sant Pere Pescador	Alt Empordà	Técnica de Inmigración
17	Figueres	Alt Empordà	Técnica de Inmigración
18	Ripoll	Ripollès	Técnica de Inmigración
19	Girona (no constituida hasta 2010)	Gironès	Técnica de cooperación

Realización propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

Secretaria per a la Immigració (2008) *Implementació del protocol de prevenció de la mutilació genital femenina a comarques gironines*. Girona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 7 pàgines

[Documento no publicado, facilitado por la Direcció General per a la Immigració de Girona, el 17 de julio de 2014, durante una entrevista, en el marco de esta investigación].

En la memoria del Plan de Inmigración y Ciudadanía [2005-2008], en 2008 se contabilizan 24 mesas en toda Cataluña. Sin embargo, no se especifica en qué municipios (Secretaria per a la Immigració, 2010: 201).

⁴⁰⁹ La mesa de Girona, no se constituye hasta el 2010, a diferencia de las demás.

3. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS MESAS DE PREVENCIÓN DE LA MGF

Para desplegar el Protocolo de Actuación para prevenir la Mutilación Genital Femenina⁴¹⁰, la Secretaria per a la Immigració de la Generalitat de Catalunya impulsa oficialmente en 2008 la creación de las Mesas de Prevención de la MGF. Paralelamente, en el marco de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista se potencia la creación de protocolos municipales exclusivos de MGF y a raíz del protocolo madre. Los principios básicos de las Mesas de Prevención de la MGF de Cataluña⁴¹¹ son los que la Generalitat en su protocolo.

3.1. Funciones y objetivos generales⁴¹²

- A nivel organizativo
 - ✓ Establecer un protocolo municipalizado partiendo de la base del protocolo madre Protocolo de Actuación para Prevenir la Mutilación Genital Femenina⁴¹³.
- A nivel de trabajo comunitario
 - ✓ Promover la sensibilización, la información y la formación del colectivo de profesionales y del colectivo procedentes de países que practican la MGF.
 - ✓ Poner en conocimiento de la mesa las acciones de sensibilización que se estén llevando a cabo en el territorio de referencia.
- A nivel de seguimiento de protocolo
 - ✓ Seguir el protocolo, evaluar las actuaciones y transmitir las modificaciones que se crean oportunas a las instancias superiores.

⁴¹⁰ Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]), *op. cit.*

⁴¹¹ En ausencia de documentos públicos y oficiales de la Generalitat de Catalunya, que expliquen el modelo de las Mesas de Prevención, la información que se presenta es fruto del trabajo de campo de esta investigación.

⁴¹² (Oller, 2011:58)

⁴¹³ Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]) *id.*

- A nivel de seguimiento de casos

- ✓ Realizar un seguimiento de casos concretos (casos que tengan algún tipo de dificultad especial de resolución y/o sucesos que se identifican como factor de riesgo).

3.2. Composición y liderazgo

La Mesas de Prevención de MGF tienen que estar formadas por profesionales de salud, servicios sociales, educación, Mossos d'Esquadra del GAV⁴¹⁴ y/o de la ORC⁴¹⁵, policía local, EAIA (Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia) y en algunos casos, si se dispone, de una técnica/o asesor/a LIC⁴¹⁶, de un técnico/a de inmigración y/o un técnico/a de igualdad de la Generalitat de Catalunya.

El técnico/a de inmigración deberá ser el encargado/a de dinamizar la mesa. Si esta figura se ha extinguido⁴¹⁷, recaerá voluntariamente en algún/a profesional que participe de ella. Un ejemplo paradigmático de esta situación se dio en la provincia de Girona. Una técnica de políticas migratorias del Consell Comarcal lideraba desde 2008 tres de las cuatro mesas de la comarca. A mediados de 2012 finalizaba el contrato y, debido a los ajustes de la Generalitat, el liderazgo pasó a otro miembro de forma voluntaria, sin haber recibido formación sobre el tema. Durante los cuatro años siguientes ha seguido realizando esta función (2012-2016)⁴¹⁸.

Las asociaciones de mujeres que trabajan en la prevención de la MGF no son admitidas en las Mesas de Prevención de la MGF. Asimismo, algunas entidades como Equis-MGF, AMAM, E-kre@ o Jokker Endam han colaborado con los Mossos d'Esquadra en las actuaciones con las familias.

⁴¹⁴ GAV: Grupo de Atención a la Víctima

⁴¹⁵ ORC: Oficina de Relaciones con la Comunidad

⁴¹⁶ El/la técnico/a asesor/a LIC, pertenece a los servicios territoriales del Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya, para asesorar a los centros que se requiera, en lengua, educación, interculturalidad y cohesión social. Coordina el Proyecto Lingüístico del centro y el Plan de Acogida e Integración del alumnado "nouvingut". Se considera alumno/a "nouvingut", al alumno/a que se ha incorporado por primera vez, al sistema educativo de Cataluña, según la fuente: <http://www.xtec.cat> [Consultada el 03.10.2014].

⁴¹⁷ Debido a los ajustes de la Generalitat de Catalunya partir del 2011. Ver anterior capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016].

⁴¹⁸ Observación participante en la Mesa de prevención de la MGF X, el día 04.06.2012, el mismo día que se despidió la técnica de políticas migratorias. *Diario de Campo* 3 [08.05.2012 a 14-02.2013], página 43.

3.3. Metodología

Los y las profesionales de las Mesas de Prevención de la MGF se reúnen una o dos veces al año, dependiendo de sus singularidades, del territorio y de la profesional que la lidera. Aunque existen diferentes tipologías, las Mesas de Prevención de la MGF consolidadas siguen una metodología similar.

El primer paso después de constituirse, a instancias de la Direcció General d'Immigració (anterior Secretaria per a la Immigració) y del Departament d'Interior, es realizar un protocolo municipalizado a partir del protocolo de la Generalitat. Una vez elaborado, se presenta al resto de profesionales del territorio involucrados en los circuitos de actuación: servicios sociales, salud, educación, etc. Este paso, no está estandarizado en todos los territorios. Existen municipios en los que no se ha presentado a todos los servicios involucrados. Se detectan dificultades para llegar al servicio de salud, el cual es un sector sumamente clave tanto en la atención de la MGF como en su prevención. En otras ocasiones, los participantes de la mesa presentan el protocolo a su servicio de forma voluntaria, asumiendo las tareas de preparación, convocatoria, seguimiento y evaluación que ello conlleva⁴¹⁹.

Después de la realización del protocolo, la mesa deja de tener contenido y se basa en el control de casos nominales. La atención se centra, mayoritariamente, en las familias que puedan tener programado un viaje con sus hijas al país de origen y en la recopilación de datos para rellenar la ficha de la Direcció General d'Immigració.

El resultado de la recogida de datos de las fichas se plasma en el informe anual de la MGF. Encontramos dos tipos de informe: uno que abarca todas las Mesas de Prevención de la provincia de Girona y otro que abarca las del resto de Cataluña. Ambos se encargan desde la Direcció General d'Immigració a un/a estudiante, mayoritariamente de trabajo social, que hace sus prácticas en los ayuntamientos. De estos informes la Generalitat de Catalunya extrae que el total de Mesas de Prevención

⁴¹⁹ Analizado en el capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya.

de la MGF en Cataluña son más de 70⁴²⁰. Sin embargo, no hay ninguna evaluación de la metodología, del impacto o del trabajo que llevan a cabo.

El primer informe es de 2010, *Informe sobre la MGF a les Comarques Gironines. Any 2010*⁴²¹. A partir de esta fecha, en la provincia de Girona el informe se realizará anualmente. En el resto de Cataluña se elabora el primer informe en 2013. Estos informes no son públicos. En el marco de esta investigación, se han recopilado y analizado todos los informes que se han elaborado en Cataluña, los cuales han sido imprescindibles junto con el resto de fuentes bibliográficas y las entrevistas en profundidad para la evaluación del Modelo de la Generalitat de Cataluña⁴²².

4. COMISIÓN RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN DE LA ACTUACIÓN ANTE LA MGF EN CATALUÑA

Desde el año 2010 la comisión responsable de la supervisión de la actuación ante la MGF en Cataluña es la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista, en el marco del Decreto, 60/2010, de 11 de mayo, de la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista⁴²³. Esta comisión, según el artículo 5 del propio decreto, permite crear grupos de trabajo específicos por materia y territorio. En este sentido se crea el Grupo de Trabajo en Barcelona que integra a miembros de comisiones anteriores y profesionales del Grupo de Trabajo de la provincia de Girona, manteniendo paralelamente el Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona, en que se pilota el modelo de las Mesas de Prevención de la MGF que posteriormente se exportará al resto de Cataluña.

⁴²⁰ *S'han desplegat més de 70 Taules locals i comarcals de Prevenció de la MGF.* Nota emitida por la Sala de Prensa de la Generalitat de Catalunya, el 27 de mayo de 2014.

⁴²¹ Solà, E. (2010) *Informe sobre la MGF a les Comarques Gironines. Any 2010.* Girona. 48 páginas. [Informe encargado por el Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona, a la estudiante en prácticas Eva Solà. No publicado, recopilado gracias al trabajo de campo].

⁴²² Ver capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Cataluña.

⁴²³ Así como instaba la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, en su apartado 1 del artículo 82. Ver composición y funciones de esta comisión.

El primer antecedente de la comisión de Girona y de Cataluña⁴²⁴ se remonta a 1998 con el primer Protocol d'Actuació en els casos de Violència Domèstica de la demarcació de Girona. Se organizan diferentes comisiones de trabajo para planificar, impulsar y evaluar las actuaciones de prevención y atención de casos de violencia doméstica. La Subcomisión de Violencia Doméstica de Girona crea el Grup de Treball-MGF, que se encarga de elaborar el primer protocolo de actuación contra la MGF en 2002⁴²⁵ junto con la Comissió Tècnica Interdisciplinària de la Generalitat de Catalunya.

Posteriormente, el Grup de Treball-MGF de Girona en 2006 se reconstituye para elaborar el Protocol d'Actuació per a prevenir la MGF en la demarcació de Girona (2006)⁴²⁶. Al mismo tiempo, se activa en Barcelona la Comissió Tècnica Interdisciplinària a nivel de la Generalitat de Catalunya, que elabora un nuevo protocolo sobre la MGF: el Protocolo de Actuaciones para Prevenir la Mutilación Genital Femenina (2007).

En 2008, en el marco de la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista se reedita el Protocolo de Actuaciones para Prevenir la Mutilación Genital Femenina (2009 [2007])⁴²⁷ y se potencia la reactivación de los Grupos de trabajo de Girona y Barcelona en dos comisiones de trabajo.

En mayo de 2010, en Girona, se consolida la Comissió Tècnica de Seguiment de Protocols d'Actuació en Casos de Violència de la Demarcació de Girona⁴²⁸. El seguimiento del Protocolo de Actuación para prevenir la Mutilación Genital Femenina recae en el Grup de Treball-MGF, que deberá realizar el seguimiento de trabajo desplegado por las Mesas de Prevención de la MGF de dicha provincia.

Este mismo año, en Barcelona se consolida la Comissió Tècnica Interdisciplinària de la Generalitat de Catalunya con el nombre de Comissió Nacional per a una Intervenció

⁴²⁴ Ver capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña.

⁴²⁵ Secretaria per a la Immigració, ed. (2002), *op. cit.*

⁴²⁶ Grupo de Trabajo-MGF (2006 [2003]) *Protocolo de prevención de la MGF en la demarcación de Girona*. Secretaria per a la Immigració. 36 páginas. [Documento no publicado, de uso interno para profesionales]. Facilitado por el Departament d'Immigració en 2014.

⁴²⁷ Secretaria per a la Immigració (2007), *op. cit.*

⁴²⁸ Esta comisión técnica deberá realizar el seguimiento de 4 protocolos: Prevenció contra la Violència Masclista, Prevenció contra la Violència a la Infància i a l'Adolescència, Prevenció contra la Violència a les Persones Grans y el de Prevenció a les Mutilacions Genitals Femenines.

Coordinada contra la Violència Masclista⁴²⁹. Dentro de ella, el Grupo de Trabajo de MGF de la Cataluña se encargará de exportar el Protocolo de Actuación para prevenir la Mutilación Genital Femenina al resto de Cataluña a través del modelo de las Mesas de Prevención de la MGF de Girona.

4.1. Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona. 2010

El Grupo de Trabajo sobre la MGF de la provincia de Girona está constituido por profesionales representantes de diferentes departamentos. Esta es su composición:

Figura 25 . Grupo de trabajo en materia de MGF Generalitat de Catalunya. Girona (I/II) .

Grupos de trabajo en materia de MGF, de la Generalitat de Catalunya (I/ II):

- **Grupo de trabajo de MGF provincia de Girona:**
 - Dirección General de Inmigración (de la provincia de Girona).
 - Representante de Interior.
 - Representante de Salud.
 - Representante del *Institut Català de les Dones*.
 - Representante de los municipios de más de 20.000 habitantes.
 - Representante de los Planes de Acogida.
 - Representante de Justicia.
 - Representante de la DGAIA.

Es el primer grupo que empezó a trabajar el tema en Cataluña, aunque han habido momentos de paréntesis, se ha mantenido en el tiempo.

(Ver bloque I, La MGF en el punto de mira. Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña. Las Dos caras del Muro).

Algunos de sus miembros también participan en el grupo de trabajo de Cataluña.

Realización propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Nº5628-13.05.2010

Departament de Benestar Social i Família. *Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista*.

[En línia] <http://www.20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6c8910b0c0e1>

[Consultada: 11.02.2013]

El liderazgo corresponde al Institut Català de la Dona (ICD), sin embargo, a nivel práctico, lo continúan llevando Immigració i Interior, siguiendo la línea iniciada desde el primer protocolo en 2002⁴³⁰. Las funciones que tiene este Grupo de Trabajo son⁴³¹:

⁴²⁹ Órgano específico de coordinación institucional, de impulso, seguimiento, control y evaluación de las actuaciones en el abordaje de la violencia machista (Apartado 1, del artículo 82 de la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

⁴³⁰ Ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña.

1. Recoger, sistematizar y analizar los datos procedentes de las Mesas de Prevención de la MGF de la provincia de Girona⁴³².
2. Evaluar el trabajo realizado en materia de MGF desplegado en todas las mesas.
3. Impulsar y coordinar a nivel territorial líneas de acción para la prevención y la atención de la MGF a través de las Mesas de Prevención de la MGF.
4. Asesorar a los y las referentes de las mesas y a los y las profesionales de los diferentes territorios en materia de MGF y en cuestiones organizativas y de dinámica.
5. Impulsar líneas de trabajo que superen el ámbito local en materia de:
 - a) Cuestiones jurídicas (protección de datos, traspaso y registro de intervenciones, etc.).
 - b) Coordinación supramunicipal (Consulado de Gambia, Subdelegación del Gobierno, etc.)
 - c) Coordinación e impulso de líneas de acción interdepartamentales

Este grupo tiene dos líneas básicas a desarrollar: una en relación a las Mesas de Prevención locales, que tiene que ver con la coordinación y el asesoramiento de estas, y otra en relación a las administraciones que componen el Grupo de Trabajo para establecer aquellas líneas que, por ámbito competencial o territorial, las locales no pueden resolver. Así, el Grupo de Trabajo se reúne varias veces al año como comisión y una o dos veces al año con los y las referentes de las Mesas de MGF .

En la reunión anual se hace un seguimiento de cada mesa, se recogen las demandas de los y las referentes, se presenta el informe anual de la provincia y el modelo de ficha de recogida de datos para el año siguiente.

⁴³¹ Realización propia a través del trabajo de campo y de la fuente: Oller, I. (2012) *La prevenció de la mutilación genital femenina, a través del treball comunitari*. Universitat de Girona. 114 páginas. [Documento no publicado, realizado por Oller, técnica de inmigración durante 4 años, responsable de 4 mesas territoriales de MGF, como trabajo Prácticum de la licenciatura de pedagogía de la UdG].

⁴³² Información recogida en las fichas propuestas por la Direcció General per a la Immigració de Girona de la Generalitat de Catalunya, que cada mesa tiene que enviar.

El formato de esta reunión no es el mismo en el resto de Cataluña. El seguimiento que se hace en la provincia de Girona es más cercano y permite el intercambio de experiencias, dudas, sugerencias o reivindicaciones entre los y las referentes de las diferentes Mesas y los miembros del Grupo de Trabajo de MGF. Es la única provincia que hace una devolución de los informes anuales.

Sin embargo, los cambios y recomendaciones que se recogen en las reuniones e informes anuales de 2010 a 2014, como se verá más adelante, apenas se han superado. Se percibe un estancamiento en actuaciones reactivas delante de los viajes de las familias subsaharianas. Parece ser que las dificultades de las Mesas de Prevención de la provincia de Girona no se comparten con todos los miembros de la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista.

4.2. Grupo de trabajo de MGF de Cataluña 2010

El Grupo de Trabajo sobre la MGF autonómico se constituye por profesionales representantes de diferentes departamentos. Algunos miembros también participan en el Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona. En la siguiente tabla se detalla su composición.

Grupos de trabajo en materia de MGF, de la Generalitat de Catalunya (II/ II):
Decreto, 60/2010, de 11 de mayo, de la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista.

- **Grupo de trabajo de MGF de la Comissió Nacional per a una intervenció coordinada contra la violència masclista.**
 - Departament de Benestar Social i Família:
 - Direcció General d'Immigració
 - Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA)
 - Secretaria de Família
 - Departament d'Interior
 - Departament de Salut
 - Institut Català de les Dones
 - Departament d'Educació
 - Departament de Presidència:
 - Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament
 - Departament de Governació i Relacions Institucionals:
 - Direcció General d'Assumptes Religiosos
 - Consell de Col·legis de Metges de Catalunya
 - Associació Catalana de Llevadores
 - Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
 - Consell Nacional de Dones de Catalunya
 - Circuit de Barcelona contra la violència cap a les dones.

Realización propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Nº5628-13.05.2010

Departament de Benestar Social i Família. *Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista.*

[En línea] <http://www.20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.cb7c44c1c72cf6b43f6b43f6c8910b0c0e1>

[Consultada: 11.02.2013]

A nivel teóric esta comisión está liderada por el Institut Català de les Dones y a nivel práctico por la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania (antigua Secretaria per a la Immigració). Así lo han corroborado miembros de la comisión durante la entrevista realizada en el marco de esta investigación.

Miradas profesionales. Àmbito de salut

«Des del 2009, el ICD diu que això és un tema que s'ha de portar des de l'Institut Català de la Dona, ...això és el que es va dir, però mira les actes o els mails. El tema de la prevenció de la mutilació s'havia de portar en el marc de la violència contra la dona, des del marc del protocol de violència, des de llavors s'intenta que una mica elles liderin, però la realitat és que ho hem continuat fent des de la Direcció General per a la Immigració [...] és qui organitza, qui coordina, qui fa les jornades, ... tot ho fan ells. [...] Nosaltres estem coordinats per ells, no liderem nosaltres el tema i som el departament més important, però qui lidera és la Direcció General per a la Immigració, encara que depengui de l'ICD, però qui fa la feina és la Direcció General per a la Immigració, és la meva opinió, és el que s'ha fet sempre. [...] algú ha de liderar i Salut està amb aquest nivells de... i en canvi ells [...]»

Transcripció entrevista P44,
Representante de Salut, en la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista y del Grupo de Trabajo de MGF de Cataluña. 24.07.2014

Miradas profesionales. Àmbito de infancia

«Jo he arribat a la conclusió que en el seu dia, quan van rebre l'encàrrec de reglament al 2001, es va constituir tots aquests... i no crec que DGAIA hi estès. No sé com estaven ni com parlaven, però jo crec que de vegades es proclamen hereus i el que és absurd és que molt sovint he d'estar recordant aquestes dades de que les mutilacions es fan en nenes i adolescents i si no, no es casen. Com diu la OMS es fa d'una edat a una altra, és a dir, et delimiten les edats. [...]»

Transcripció entrevista P45,
Representante de la DGAIA, en la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista y del Grupo de Trabajo de MGF de Cataluña.
11.11.2014

Miradas profesionales. Ámbito de interior

«Participem del Grup Interdepartamental sobre la MGF que treballa i coordina la Direcció General d'Immigració i som el pont en el que es fa en polítiques públiques a la Generalitat, en relació amb el que es fa en la intervenció policial en l'operativa⁴³³.»

Transcripción entrevista P46,
Representante de Interior, en la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la
Violència Masclista y del Grupo de Trabajo de MGF de Cataluña.
28.05.2015

5. HERRAMIENTAS DESPLEGADAS

Las herramientas generales de las Mesas de Prevención de la MGF son el protocolo municipalizado de MGF a raíz del macro protocolo autonómico (Mangas, 2010) y la ficha de recogida de datos que se debe enviar a la Direcció General d'Immigració.

5.1. Protocolo municipalizado de MGF, a raíz del protocolo autonómico

Cumpliendo con las funciones de las Mesas de Prevención de la MGF y a raíz de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista numerosos municipios elaboran protocolos específicos de actuación ante la MGF. En la mayoría de administraciones este será el único paso que se dará en cuanto al tema; ni se realizará formación más allá de la presentación del documento, ni se ofrecerán herramientas de trabajo con familias a los profesionales. El protocolo será la pauta central y se confiará que se active para la prevenir y solucionar casos de MGF.

A continuación se adjunta un cuadro sobre los municipios de la provincia de Girona que han desplegado protocolos exclusivos de MGF.

⁴³³ La operativa se refiere a los y las Mossos d'Esquadra.

Figura 36. Municipios con protocolos exclusivos de actuación ante la MGF provincia Girona

Mesas de Prevención de la MGF de la Provincia de Girona y protocolo municipal MGF (2014)

Nº	Mesas	Protocolo municipal MGF	Liderada por
1	Olot	X	Técnico de Inmigración
2	Blanes	X	Educadora social
3	Lloret de Mar	X (revisión en 2014)	Técnica de Inmigración
4	Banyoles	X	Técnica de Inmigración
5	Salt (2009)	X (junio 2011)	Educadora social
6	Sant Feliu de Guíxols		Educadora social
7	La Bisbal d'Empordà		Educadora social
8	Santa Cristina d'Aro		Trabajadora Social
9	Torroella de Montgri/Ullà		Trabajadora social
10	Santa Coloma de Farners		Técnica de Inmigración
11	Arbúcies		Técnico de Inmigración
12	Cassà de la Selva	X (mayo 2014, provisional)	Técnica de Inmigración
13	Celrà, Bordils i Flaçà		Técnico de Inmigración
14	Llagostera		Técnica de Inmigración
15	Sarrià de Ter	X (junio 2012, revisado agosto 2013)	Técnico de Inmigración
16	L'Escala /Sant Pere Pescador		Técnica de Inmigración
17	Figueres		Técnica de Inmigración
18	Ripoll		Técnica de Inmigración
19	Girona	X (2014 provisional)	Trabajadora social
20	Roses		Técnica de Inmigración

Fuente: realización propia, a partir del trabajo de campo y de los protocolos municipales facilitados por los y las referentes de las mesas de prevención de la MGF durante las entrevistas realizadas en 2014.

5.2. Ficha de recogida de datos de la Direcció General d'Immigració

La Direcció General per a la Immigració, (anterior Secretaria per a la Immigració) de la Generalitat de Catalunya envía una ficha para la recogida de datos y seguimiento de actuaciones a cada Mesa de Prevención que posteriormente debe ser devuelta. La primera ficha se elabora en la provincia de Girona en 2008 y a partir de 2010 se abre un debate por la complejidad y el esfuerzo que supone la recogida de datos según este modelo.

A continuación se presentan los modelos de fichas a los y las referentes y a los municipios en los que se conoce que trabajan el tema de la MGF⁴³⁴.

⁴³⁴ Ver anexo III: fichas de recogida de casos de las Mesas de MGF.

Figura 37. Ficha de recogida de datos 2011 Mesas de Prevención de la MGF⁴³⁵

DADES DE LES TAULES DE TREBALL DE LES COMARQUES GIRONINES L'ANY 2011

TAULA: _____

Ficha de recogida de datos de las Mesas de Prevención de la Mutilación Genital Femenina
 Secretaria d'Immigració de la Generalitat de Catalunya

Este modelo se utilizó:

- En la provincia de Girona en 2011 y 2012
- En el resto de Cataluña a partir del 2012

1. Total de nenes en risc (1)

núm.	Nacionalitat	núm.	Ètnies

2. Total de famílies en risc (2)

núm.	Nacionalitat	núm.	Ètnies

3. Actuacions de treball comunitàries:

3.1. Xerrades

Núm.	Municipi	Nº Assistents	Dirigides a:

3.2. Audiovisuals

Núm.	Municipi	Nº Assistents	Dirigides a:

3.3. Altres

Núm.	Municipi	Nº Assistents	Dirigides a:

4. Nombre total de famílies informades _____ vinculades a _____ nenes (3)

5. Nombre de famílies informades perquè hi havia previst un viatge _____ vinculades _____ nenes.

6. Total de casos treballats per taula (4) _____

7. Signatures de compromís vinculades a: Viatges _____ Naixements _____ Altres _____

8. Casos treballats per taula en relació a viatges _____

9. Nenes que viatgen i els pares no signen _____ Motiu: _____

10. Nenes que viatgen amb document de compromís signat _____

Nenes que tornen íntegres _____

Nenes que tornen mutilades _____

Nenes que no tornen _____ Motiu: _____

Nenes que tornen i no se'ls fa la revisió _____ Motiu: _____

11. Nenes que viatgen i no havien signat el document de compromís

Nenes que tornen íntegres _____

Nenes que tornen mutilades _____

Nenes que no tornen _____ Motiu: _____

Nenes que tornen i no se'ls fa la revisió _____ Motiu: _____

12. Casos derivats a l'estament judicial o policial _____ que corresponen a _____ famílies

vinculades a _____ nenes.

(1) Es considera una nena en risc, les nenes de famílies provinents de països practicants (amb DNI o permís de residència), d'ètnia practicant, que no estan mutilades i que ho podrien ser-ho en un futur. D'aquest grup s'han de treure aquells casos que malgrat ser filles de família de país practicant o ètnia practicant han abandonat la pràctica. En aquests casos la família haurà explicat de manera clara l'abandonament de la pràctica (la signatura del document de compromís per si sol no seria suficient ja que hauria d'anar acompanyat d'una validació del professional que hi és present i que fa l'abordatge.)

(2) Considerar a les famílies sota els criteris del punt 1. Agrupar les famílies segons procedència (p.e 4 Senegal, 10 Gàmbia...)

(3) El quadre Ètnies ha de contenir informació complementària del quadre Nacionalitat, ha d'ampliar la informació, en cas que s'en disposi de les ètnies de les nenes/famílies.

(4) Cal especificar la suma total de famílies i la suma total de filles per cada família.

(5) Es considera un cas quan dins el bloc ampli de treball que realitza una taula s'identifica una nena concreta en situació de risc i es realitza algun tipus de gestió o abordatge amb aquella família, sigui a través del CAP, l'escola o qualsevol altre professional, independentment del resultat.

Fuente: Ficha facilitada por mail, el día 07 de junio de 2012, por una profesional que participa en una de las Mesas de MGF de la provincia de Girona. En *Diario de campo 3 [8 de mayo de 2012 a 14 de febrero de 2013]*, del día 04 de junio de 2012, pág.47-48 y en *Diario Digital II [junio de 2012 a 27 de junio de 2013]* pág. 34-35.

Se trata de una ficha de recogida de datos cuantitativa, formulada por 12 campos y 11 subapartados. Este es su desglose:

1. Nº de niñas en riesgo, por nacionalidad y por etnia
2. Nº de actuaciones de trabajo comunitario, por municipio, asistencia y público al que va dirigido
 - 2.1. Nº de charlas
 - 2.2. Nº de audiovisuales
 - 2.3. Nº de otros
3. Nº de familias informadas y por nº de niñas vinculadas
4. Nº de familia informadas por motivos de viajes y por nº de niñas vinculadas
5. Nº de casos trabajados por mesa

⁴³⁵ Ver en Anexo III. Fichas de recogida de casos de las Mesas de Prevención de la MGF.

268

6. Nº de firmas de la Carta de Compromiso Preventivo⁴³⁶, por viaje, por nacimiento, otros
7. Nº de casos trabajados en relación a viajes
8. Nº de niñas que viajan sin Compromiso firmado por sus padres y motivo
9. Nº de niñas que viajan con el documento firmado
 - 9.1. Nº de niñas que vuelven íntegras
 - 9.2. Nº de niñas que vuelven mutiladas
 - 9.3. Nº de niñas que no vuelven y motivo
 - 9.4. Nº de niñas que vuelven y no se les hace revisión y motivo
10. Nº de niñas que viajan sin el documento firmado
 - 10.1. Nº de niñas que vuelven íntegras
 - 10.2. Nº de niñas que vuelven mutiladas
 - 10.3. Nº de niñas que no vuelven y motivo
 - 10.4. Nº de niñas que vuelven y no se les hace revisión y motivo
11. Nº de casos derivados al estamento policial, por motivo, por niña y por familia

Este modelo de ficha se utilizó en la provincia de Girona en 2011 y 2012 y en la provincia de Barcelona a partir del 2012. A partir de las recomendaciones del *Informe sobre la MGF a les Comarques Gironines. Any 2012*⁴³⁷, en 2013 se opta por presentar un modelo de ficha más sencillo y más cualitativo. A continuación se adjunta el modelo propuesto.

⁴³⁶ Se refiere a la Carta Compromiso Preventivo, con el logo del proveedor de Salud, Institut Català de Salut, (ICS) editada en 2006 en la *Guia Atenció i Prevenció de la Mutilació Genital Femenina*, del ICS, que elaboró el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, para el ICS. En cuanto a la Carta, es diseñada, utilizada y socializada a principios de los 90, por la antropóloga Adriana Kaplan, junto con una guía de aplicación, que nada tiene que ver, con la utilización que se le da en la mayoría de las Mesas de MGF.

⁴³⁷ Marzo, E. (2012) *Informe sobre l'estat de les MGF a les Comarques Gironines al 2012*. Barcelona, Universitat de Barcelona. 35 pàgines. [Este informe, es un extracto del trabajo de fin de Grado en Trabajo Social, de la estudiante Eva Marzo. Realizado en su periodo de prácticas en el Ayuntamiento de Girona. Encargado por el Grupo de Trabajo de MGF de Girona. Informe presentado en la reunión anual de los y las referentes de las Mesas de MGF de la provincia de Girona, el día 05 de noviembre de 2013, el cual asistimos, en el marco de esta investigación. Informe no publicado].

Figura 38. Ficha de recogida de datos 2013 Mesas de Prevención de la MGF de Girona

Ficha de recogida de datos de las Mesas de Prevención de la Mutilación Genital Femenina presentación 2013		(1/2)
Direcció General d'Immigració de la Generalitat de Catalunya		
<ul style="list-style-type: none"> Mesa del municipio de: Composición de la mesa: Número de reuniones en 2013: 	Coordinación: Miembros:	
1. Población de riesgo		
¿Cuál es el número total de niñas empadronadas procedentes de países que practican la MGF?		
¿Cuál es el número de niñas en situación de riesgo?		
2. Actuaciones de trabajo grupal / comunitario		
¿Cuántas actuaciones de prevención de las MGF de tipo grupal o comunitario se han realizado en el municipio?		
¿En qué consistían?		
3. En relación a los casos trabajados en el marco de la mesa		
¿Cómo se abordan en el marco de la mesa las posibles situaciones de riesgo?		
¿Cuántos casos habéis trabajado en el marco de la mesa?		

Ficha de recogida de datos de las Mesas de Prevención de la Mutilación Genital Femenina presentación 2013		(2/2)
Direcció General d'Immigració de la Generalitat de Catalunya		
4. En relación a la firma del compromiso informado		
¿En qué casos hacéis firmar el compromiso informado? ¿Cómo abordáis el tema con las familias?		
¿Cuántas veces de compromiso informado habéis hecho firmar este 2013?		
5. En relación a los viajes de las menores		
¿Cómo abordáis un posible viaje de menores en situación de riesgo? ¿Cómo averiguáis el viaje?		
¿Cuántas niñas han viajado este 2013?		
¿Cuántas han vuelto?		
¿Hacéis alguna actuación después del retorno?		
6. ¿Tenéis alguna propuesta de mejora, respecto al circuito de prevención de las MGF?		

Fuente: Ficha facilitada por el grupo de trabajo de MGF de Girona, en la reunión anual de los y las referentes de las Mesas de Prevención de la MGF de la Provincia de Girona, el día 5 de noviembre de 2013. En *Diario de campo 5 [5 de octubre de 2013 a 04 de marzo de 2014]*, día 05 de noviembre de 2013, pág.41.

Este modelo se empieza a utilizar en Girona a partir del 2013⁴³⁸. El resto de las mesas de Cataluña continúa con el modelo cuantitativo.

En diciembre de 2016, la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania envía a los municipios un modelo similar a los anteriores, pese a las críticas realizadas en diferentes jornadas⁴³⁹. Según el criterio de algunos profesionales, es una ficha policial más que de prevención. Sigue sin definirse el ítem «niñas en riesgo», por lo que cada municipio deberá interpretarlo a su manera. Según los profesionales es un ficha muy costosa de rellenar y su explotación no permite la comparación entre municipios.

Figura 39. Ficha de recogida de datos 2016 de las Mesas de Prevención de la MGF

Ficha de recogida de casos 2016 Secretaria d' Igualtat, Migracions i Ciutadania (antigua Secretaria per a la Immigració) Generalitat de Catalunya enviada a los municipios (pág. 1/7)			
Resum -Taula Local any 2016			
Composició taula local	Taula Local	(nom TL)	El camps s'omplen automàticament a partir de les altres pestanyes
	Persona de referència	0	
Perfil municipal MGF	Número de nenes en risc	0	
	Número de famílies informades	0	
Casos treballats MGF	Total casos MGF treballats	0	
	Total revisions amb signatura de compromís	# VALOR!	
	Total revisions vinculades viatge sense signatura de compromís	# VALOR!	
	Total nenes que han viatjat, retornat i sí se'ls ha fet la revisió	# VALOR!	
	Total nenes que han viatjat, retornat i no se'ls ha fet la revisió	# VALOR!	
	Nenes que han viatjat i no han retornat / nacionalitat	# VALOR!	
	Casos derivats a l'estament judicial o policial / nacionalitat	# VALOR!	
Casos MMFF	Treball Matrimonis Forçats incorporat a la Taula Local	# VALOR!	
	Total casos MMFF treballats	# VALOR!	
Treball comunitari	Número d'actuacions de treball comunitari	0	
	Total assistents / persones informades	0	

Fuente: [Ficha enviada por correo electrónico a un ayuntamiento de la provincia de Barcelona. Diciembre 2016] pág.1/7

Los y las profesionales de diferentes Mesas de Prevención de la MGF han creado un conjunto de herramientas para recoger los datos de forma nominal, vulnerando la ley de protección de datos. La Generalitat conoce este sistema, sin embargo, año tras año continúa solicitando datos sin proporcionar herramientas para la prevención que no inciten al control (Foucault, 1975). Además, no se realiza ningún tipo de evaluación de los procesos.

⁴³⁸ Ver valoración de este cuestionario, en el capítulo siguiente.

⁴³⁹ Ver capítulo siguiente.

6. HERRAMIENTAS ESPECÍFICAS CREADAS POR LAS MESAS DE PREVENCIÓN⁴⁴⁰

La mayoría de estas herramientas no se han socializado entre las diferentes Mesas de Prevención. Algunas han llegado al Grupo de Trabajo para su mejora y socialización. Pese a ello, no han recibido ninguna consigna. A continuación presentamos algunos modelos.

6.1. Parrilla «Graella de menors que viatgen al país d'origen⁴⁴¹»

Una mesa gerundense utiliza esta parrilla como herramienta de recogida de los datos que solicita la Direcció General del Departament d'Immigració. Las variables que aparecen son: apellidos, nombre, municipio, fecha de nacimiento, padre, madre, nacionalidad de origen, etnia de origen, antecedentes familiares (refiriéndose a la MGF), detección de viaje, motivo de viaje, revisión previaje, firma de compromiso, fecha de salida, previsión de fecha de llegada, revisión posviaje y observaciones.

6.2. Parrilla «MGF- municipio X⁴⁴²»

Otra mesa, también de la provincia de Girona, utiliza este modelo de parrilla. Las variables se han dividido en los siguientes cinco bloques:

Bloque I: Población, familia, país, etnia, nombre del padre, fecha de nacimiento del padre, nombre de la madre, fecha de nacimiento de la madre, si está mutilada o no, NIE del padre, NIE de la madre, dirección, población, teléfonos, observaciones.

Bloque II: Ítems a rellenar solo si son o han sido practicantes: nº de hijas, nombre, fecha de nacimiento, si está mutilada o no, fecha, escuela, ¿la familia ha viajado con anterioridad? sí, no, se desconoce. ¿Las niñas han viajado? sí, no. Observaciones.

Bloque III: ¿Caso de riesgo? sí, no. Estrategias a llevar a cabo en caso que sí. Abordaje y observaciones.

⁴⁴⁰ Los documentos que se presentan, no se cita el municipio expresamente para proteger a los y las profesionales que nos han facilitado la información. Los documentos utilizados, se adjuntan en el Anexo III. Todos ellos se han recopilado gracias al trabajo de campo, en el marco de esta investigación. La valoración y análisis de su impacto se realiza en el siguiente capítulo 7. Evaluación del Modelo Generalitat de Catalunya. Apartado 2.3.3. Valoración de las herramientas desplegadas por las mesas.

⁴⁴¹ Facilitada el 07.03.2014, por un referente de una mesa. Recogida en: *Diario de Campo 6 [De 05 de marzo de 2014 a 07 de agosto de 2014]*, pág. 14, del día 07 de marzo de 2014. Ver Anexo III, apartado III.II

⁴⁴² Facilitada en 2013, por una referente de una mesa de la provincia de Girona. Ver Anexo III, apartado III.III

Bloque IV: ¿Previsión de viaje en un futuro?, en caso que sí: integrantes de la familia que viajan, motivo de viaje, fecha de salida, fecha de retorno, firma del documento compromiso. Indicadores favorables: ¿se ha hablado con los dos padres?, ¿se posicionan los dos en contra de manera explícita?, ¿aceptan firmar los dos?. ¿Han viajado anteriormente y las niñas han vuelto íntegras?, ¿han hablado con la familia extensa y les dan el soporte de no mutilación?, ¿disponen de billetes de ida y vuelta?

Bloque V: Estado del caso, revisión prevista.

6.3. Díptico «Prevenció de la Mutilació Genital Femenina⁴⁴³»

Se trata de un díptico de un municipio de la comarca de Girona editado por su ayuntamiento con el soporte del Consorcio de Bienestar Social de la comarca, el Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social y el Fondo Europeo para la Integración de la Unión Europea. Se presentó en las escuelas del municipio en 2012. En él se explica qué es la MGF, dónde se practica y qué hacer si se tiene conocimiento del viaje de una menor al país de origen de sus padres: «*Si tens coneixement que una menor viatja al seu país d'origen, cal que informis als serveis socials bàsics⁴⁴⁴*». Se detalla el marco legal y el circuito a seguir ante la detección del viaje de una menor.

6.4. Carta para la dirección de las escuelas de educación infantil y primaria⁴⁴⁵

Es una carta realizada por una coordinadora LIC⁴⁴⁶, presentada en todas las escuelas de su territorio. En ella se indica que la MGF es «una práctica extendida en algunos países africanos», se detallan los países, se explica que está considerada un delito según nuestro Código Penal y que puede ser sancionada con una pena de hasta 3 años de prisión. Se explica que en el municipio existe una mesa en la que «participan diferentes

⁴⁴³ Díptico Prevenció de la Mutilació Genital Femenina, de un territorio de la Provincia de Girona, facilitado el 04.03.2014, en la entrevista realizada

⁴⁴⁴ En otros municipios, se ha llamado directamente a los Mossos d'Esquadra. Ver: Capítulo 7. Evaluación del modelo de la Generalitat de Catalunya. Punto 3.3. Actuaciones punitivas.

⁴⁴⁵ Carta realizada por la coordinadora LIC, validada en la Mesa de Prevención de la MGF, facilitada el 09.10.2014 por mail, posterior a la asistencia a la reunión anual de la mesa. En: *Diario de Campo 7 [De 30 de septiembre de 2014 a 18 de marzo de 2015]*, pág. 6, del día 30 de septiembre de 2014, "Reunión anual de la Mesa de Prevención de la MGF X, de la Provincia de Girona". Ver anexo III, punto III.VI. Carta para la dirección de las escuelas de educación infantil y primaria.

⁴⁴⁶ Coordinadora LIC, asesora y coordinadora en Lengua, Interculturalidad y Cohesión Social, del Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya, presente en el territorio.

profesionales, para prevenir o paliar, en la medida de lo posible, la MGF». A continuación, se detalla la función de la Mesa de Prevención y la consigna que se da a todas las escuelas de este municipio:

En aquesta taula s'analitzen tots els possibles casos que pot haver al nostre poble, s'informa a les famílies de les repercussions que té aquesta pràctica en les seves filles i se'ls convida a signar un protocol de compromís de no mutilació⁴⁴⁷(...) Si teniu alguna alumna, la família de la qual sigui originària d'algun d'aquests països, que tingui previst marxar de vacances al seu país, cal que li ho digueu el més ràpidament possible a l'equip directiu o a algun membre del departament d'orientació, per tal d'activar el protocol de prevenció.

La negación de la firma del protocolo de compromiso de no mutilación en este municipio puede comportar la derivación a los Mossos d'Esquadra y/o a la Fiscalía por considerarse riesgo de MGF.

6.5. Ficha cualitativa de recogida de casos⁴⁴⁸

En un municipio de la provincia de Barcelona con abundante población procedente de los países que practican la MGF, una técnica de políticas migratorias diseñó en 2011 una ficha de recogida de datos cualitativa. El objetivo era el de recopilar la información necesaria para rellenar la ficha cuantitativa que la Direcció General per a la Immigració le reclamaba como Mesa de Prevención de la MGF, aunque se la llamara Mesa de Choques Culturales y dependiera del Àrea de Nova Ciutadania del ayuntamiento⁴⁴⁹. La ficha se tenía que rellenar entre varios servicios y las centralizaba la técnica de políticas migratorias, referente de la Mesa de Choques Culturales, quien posteriormente enviaba los datos a la Direcció General per a la Immigració con el modelo de la ficha cuantitativa de la Generalitat de Catalunya.

Unos meses antes de su puesta en marcha, la Fundación Wassu-UAB había formado a los y las profesionales de los servicios sociales de este municipio. En el marco de un convenio de colaboración con el ayuntamiento, se ofreció formación, asesoramiento técnico y materiales para familias y profesionales. La idea era incorporar el tema de la

⁴⁴⁷ Se refiere a la Carta Compromiso Preventivo, con el logo del proveedor de Salud, Institut Català de Salut, (ICS).

⁴⁴⁸ Ver modelo en Anexo III, punto III.IV. 1ª Ficha cualitativa de recogida de casos y III.V. 2ª Ficha cualitativa.

⁴⁴⁹ En: *Diario de Campo 3 [De 8 de mayo a 14 de febrero de 2013]*, pág. 87, del día 21 de septiembre de 2012, «Reunión con el Ayuntamiento X, de la Provincia de Barcelona». El motivo de la reunión era hablar sobre la «Mesa de choques culturales» y la «Mesa de Infancia», en referencia al abordaje de la MGF.

prevención y la atención de la MGF a su práctica diaria. El ayuntamiento optó por incorporar el tema en la Mesa de Infancia como un tema más a tratar. Posteriormente se formó la Mesa de MGF, que unió la Mesa de Choques Culturales con la Mesa de Infancia, ya que ambas trataban el tema aunque de forma distinta: una bajo el control y seguimiento de casos nominales y otra desde la prevención universal. Se podría decir que en este municipio se dio un modelo de actuación híbrido entre el Modelo de la Generalitat de Catalunya y el Modelo Wassu⁴⁵⁰.

La ficha se diseñó desde la Mesa de Choques Culturales y se puso en marcha entre junio de 2011 a diciembre de 2012. Se recogieron un total de 21 fichas⁴⁵¹. Los datos resultantes de este período se presentaron el día 9 de abril de 2013, en la segunda reunión de la Mesa de MGF⁴⁵². La ficha disponía de seis bloques, a continuación se detalla cada uno de ellos y las preguntas que se formularon:

Bloque I. Datos de Identificación: Nombre y apellidos de la menor, nombre de la madre y del padre, fecha y lugar de nacimiento, escuela o instituto de la menor (nombre del tutor y teléfono), centro médico (nombre del pediatra y teléfono), si es el caso, referente de servicios sociales (nombre del trabajador/a social y teléfono).

Bloque II. Datos familiares: Composición familiar, nombre y sexo, el padre ¿tiene otras mujeres y/o hijas en otra unidad familiar?, ¿hay otras menores en el domicilio?

Bloque III. Datos en relación a la MGF: La niña ¿está mutilada?, tipo de mutilación, si la niña no está mutilada, fecha de la última exploración pediátrica, ¿hay programado un viaje al país de origen?, fecha del viaje, ¿han firmado el compromiso preventivo?, ¿se ha programado la fecha de la visita pediátrica a la vuelta del viaje?

Bloque IV. Datos relativos de la migración: ¿Se precisa mediador o traductor?, país de origen de la menor, país de origen de la madre y del padre, etnia y procedencia de la madre, etnia y procedencia del padre, idiomas o dialectos que hablan, fecha de llegada de la menor, fecha de llegada de la madre, fecha de llegada del padre, recorrido

⁴⁵⁰ En el punto 8 de este capítulo se desarrolla el “modelo híbrido”.

⁴⁵¹ En el capítulo 7 se presentan los resultados.

⁴⁵² En: *Diario de Campo 4 [De 22 de febrero a 30 de septiembre de 2013]*, pág. 72, del día 09 de abril de 2013, “Segunda reunión de la Mesa de MGF del municipio X de la provincia de Barcelona”.

migratorio de la menor, recorrido migratorio de la madre, recorrido migratorio del padre.

Bloque V. Escolarización: La madre, ¿sabe leer y escribir?, el padre ¿sabe leer y escribir?, la menor ¿está escolarizada?, nombre de la escuela y del barrio.

Bloque VI. Actividad laboral y asociativa: Actividad laboral de la madre, actividad laboral del padre, la madre ¿está vinculada a alguna entidad?, ¿cuál?, actividad laboral del padre, el padre ¿está vinculado a alguna entidad?, ¿cuál?

Bloque VII. Datos en relación al posicionamiento de la familia delante de la MGF: Antecedentes de MGF en la madre, antecedentes de MGF en hermanas de la menor, posicionamiento del padre delante de la MGF, ¿se identifica presión familiar o de la comunidad en el país de origen?, la niña ¿ha realizado anteriormente algún viaje al país de origen?, ¿cuándo?

Esta ficha dejó de utilizarse en septiembre de 2012, al diluirse la mesa.

En febrero de 2016, después de unos años en los que se había paralizado el trabajo de esta mesa, los servicios sociales la reactivan a instancias de la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania (antigua Direcció General d'Immigració), focalizando su trabajo en la creación de un circuito de control de viajes⁴⁵³. Esta es la tercera mesa de trabajo sobre el tema en seis años. El trabajo que realizan de 2016 a 2017 es la revisión del circuito de actuación frente a la MGF y la validación de una nueva ficha de recogida de casos, que se presenta en 2017. Es una ficha que en lugar del nombre y los apellidos de las niñas figura el número CIP de la tarjeta sanitaria, por lo que vuelve a ser una ficha nominal, que incita más al control que a la prevención⁴⁵⁴.

⁴⁵³ Ver nuevo circuito, en el siguiente capítulo 7. Evaluación del Modelo Generalitat de Catalunya. Apartado 1. Aplicación del protocolo catalán de MGF. 1.3. Nivel de actuación.

⁴⁵⁴ Ver Anexo III, punto III.V. 2ª Ficha cualitativa de recogida de casos.

7. EXPANSIÓN DE LAS MESAS DE PREVENCIÓN AL RESTO DE CATALUÑA (2009-2011)

A partir de 2009 y sin una evaluación previa, en el marco de la legislación catalana de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista se exportará el modelo de las Mesas de Prevención de la MGF a todo el territorio catalán, una vez más, a través de la Direcció General per a la Immigració en colaboración con el Departament d'Interior, que fomentará el despliegue a nivel territorial.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«En el Gironès estaven creades, nosaltres les vàrem copiar i el Pla Director⁴⁵⁵ agafava el model de Girona, perquè a mi em semblava que era un model que s'ajustava a la realitat del territori. [...] Es va treballar molt, però després ho vàrem deixar allà, perquè la veritat, són molts més temes que treballem..., i d'aquest, és com que has fet la feina. No tens capacitat segurament, des d'aquí, de valorar com està funcionant. La Secretaria per a la Immigració no ha parat, eh?, ha fet molt, més que nosaltres, jo faig el protocol i espero que les taules funcionin, no?, però no tinc informació perquè les porten ells també.»

Transcripció, entrevista P44,
Representante de Salud, en la *Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista* y del Grupo de trabajo de MGF de Cataluña.
24.07.2014

La expansión de este modelo al resto de Cataluña coincide con el desmantelamiento del sistema del bienestar. En muchos municipios, excepto en la provincia de Girona, estos espacios no se consolidan pese a las directrices de la Direcció General per a la Immigració. Sí se avanza en la intervención policial, llegando a registrarse 343 casos de riesgo de MGF entre 2008 a 2015, según fuentes del Departament d'Interior⁴⁵⁶. Se observa el despunte de la intervención policial, especialmente en la Región

⁴⁵⁵ Refiriéndose al Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de Salut [2005-2007], del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (Ver capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña, apartado 3.2. A un lado del Muro, resultados de los planes de acción: protocolos y leyes).

⁴⁵⁶ http://interior.gencat.cat/ca/00_-_minisites/ms_-_psav/03_materials_i_dades_sobre_violencia_masclista_i_domestica/01_dades_estadistiques_sobre_violencia_masclista_i_domestica/01_dones_dades_sobre_violencia_masclista

Metropolitana Norte⁴⁵⁷, con nuevas sentencias en Cataluña⁴⁵⁸ que siguen la metodología de intervención punitiva que se puso en marcha en Girona en 2004.

La Generalitat de Catalunya publica que existen más de 70 Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña⁴⁵⁹. Sin embargo, los datos sobre dónde están ni qué realizan no son públicos. En 2017, la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Família manifiesta en la entrevista realizada en el marco de esta investigación que no existe ningún documento oficial sobre el trabajo desplegado desde dichas mesas o espacios y que tampoco se ha evaluado el trabajo realizado⁴⁶⁰.

8. MODELOS HÍBRIDOS DE INTERVENCIÓN ANTE LA MGF

En la provincia de Barcelona, a raíz del trabajo de campo y en el marco de esta investigación, se detecta un tercer modelo de intervención ante la MGF: el Modelo Híbrido. Como su nombre indica, se trata de una combinación entre el Modelo de la Generalitat de Catalunya y el Modelo Wassu. Se destacan cuatro municipios de la provincia de Barcelona como ejemplo. No se cita su nombre expresamente, al igual que no se ha citado el nombre de los y las profesionales entrevistados.

a) Municipio 1

En esta mesa se trataban los siguientes temas: la MGF, los castigos físicos, la poligamia y los matrimonios forzados. Se reunían dos veces al año y estaba compuesta por profesionales sanitarios, educativos, Mossos d'Esquadra y representantes del ayuntamiento. El mismo nombre de la mesa, «Mesa de Choques Culturales», nos recuerda a Vázquez (2010) que considera la MGF dentro del conflicto cultural y a La Barbera (2009) que considera estas prácticas como las «más problemáticas y peor resueltas, derivadas del contacto intercultural» (citado en Fernández, 2011: 394).

⁴⁵⁷ Ver capítulo 7, Evaluación del modelo de la Generalitat de Catalunya. Apartado 3.2. Registros policiales.

⁴⁵⁸ Sentencias documentadas: Premià de Mar (2012), Vilanova i la Geltrú (2013), Lloret de Mar (2014) y Tarragona (2015).

⁴⁵⁹ Según, la nota de prensa "*Experts en la lluita contra la mutilació genital femenina analitzen l'impacte de la jurisprudència recent*", del 27 de mayo de 2014, emitida por la Sala de Prensa de la Generalitat de Catalunya, "*S'han desplegat més de 70 Taules locals i comarcals de Prevenció de la MGF*".

⁴⁶⁰ Ver siguiente capítulo 7. Evaluación del Modelo Generalitat de Catalunya. Apartado 2. Evaluación de las Mesas de Prevención de la MGF. Cartografía contrastada.

Efectivamente, se trata de una problemática muy mal resuelta, que dejaba «a un lado, los que controlan, legitimados y justificados» (Vázquez 2010: 179), sin calcular el impacto de la forma en la que se efectuaba el control. «Al otro lado» (San Román, 1996: 116-119), los que se sentían controlado/as y buscan estrategias para evitar el control.

En septiembre de 2012 se creó la Comisión de Mutilación Genital Femenina en el municipio. Nos incorporamos en abril 2013, en su segunda y última reunión. La Generalitat de Catalunya catalogó este espacio en 2009, previa a su creación, como una Mesa de MGF más.

En 2013 la Direcció General per a la Immigració solicitó al Servicio de Infancia del ayuntamiento datos para realizar la memoria anual y pidió que se volviera a crear la citada mesa. El Servicio de Infancia estaba colapsado y no contaba con los recursos necesarios para mantenerla. No pudo presentar los datos que solicitaba Immigració. Hay que señalar que el único recurso que proporcionó al territorio fue liderado por los Mossos d'Esquadra, quienes se encargaron de presentar el protocolo en las escuelas.

En 2013 se firmó un convenio de colaboración entre el ayuntamiento y la Fundación Wassu-UAB para formalizar la colaboración que se lleva haciendo desde hace más de veinte años. Se realiza una formación a cargo de la Fundación Wassu-UAB y un informe sobre la explotación de la ficha que habían realizado en el marco de la comisión. Ambas intervenciones se realizan gratuitamente.

El informe recoge que durante el período comprendido entre junio de 2011 y diciembre de 2012 se recogieron un total de 21 fichas. Los datos resultantes de este período se presentaron el día 9 de abril de 2013, en la segunda reunión de la Mesa de MGF⁴⁶¹ y aunque se dejaron varios campos vacíos, se destaca que:

- Las familias que se han registrado son procedentes de Gambia, Senegal y Mali.
- Las niñas de estas familias nacidas en Cataluña no tienen la MGF practicada.
- Se han realizado 12 abordajes previaje (8 con menos de un mes de antelación).

⁴⁶¹ En: *Diario de Campo 4 [De 22 de febrero a 30 de septiembre de 2013]*, pág. 72, del día 09 de abril de 2013, "Segunda reunión de la Mesa de MGF del municipio X de la provincia de Barcelona".

- Se han realizado 6 abordajes preventivos sin motivo de viaje.
- Se han detectado 3 niñas con madres/padres procedentes de estos 28 países pero no se ha abordado el tema.
- De las 21 niñas, 11 han viajado y 11 han firmado las familias el compromiso preventivo. *«Hemos de manifestar el sentimiento de resignación de una madre delante la imposición de tener que firmar el documento, aun habiendo manifestado verbalmente que está en contra de la MGF».*
- 8 madres manifiestan que tienen practicada la MGF, del resto no se registra.
- La gran mayoría de familias están en contra de la MGF y una familia aunque que no se muestra abiertamente en contra (entendemos en el primer abordaje del tema), manifiesta conocer el marco legal.
- De las 11 niñas que han viajado no hay registrada ninguna información postviaje, si es que han vuelto.

A finales de 2013, se diluye la comisión por cambios en los servicios sociales. En febrero de 2016, después de unos años en los que se había paralizado el trabajo, los servicios sociales reactivan la mesa con el nombre de Comisión de Prevención de la Mutilación Genital Femenina. Esta es la tercera mesa de trabajo sobre el tema en seis años. El trabajo que realizan de 2016 a 2017 es la revisión del circuito de actuación frente a la MGF y la validación de una nueva de ficha de recogida de casos, que se presenta en 2017⁴⁶². Es una ficha que en lugar del nombre y los apellidos de las niñas, figura el número CIP de la tarjeta sanitaria, por lo que vuelve a ser una ficha nominal que incita más al control frente a un viaje que a la prevención.

b) Municipio 2

En este municipio de la provincia de Barcelona, la MGF se empezó a trabajar aproximadamente en 2003 en uno de los barrios de más población procedente del África Subsahariana, especialmente de Gambia, Senegal, Guinea Conakry y Guinea Bissau. Se forman las primeras asociaciones africanas de la provincia de Barcelona y el

⁴⁶² Ver ficha en Anexo III: Fichas de recogida de casos de las Mesas de MGF. Punto III.V. 2ª Ficha cualitativa de recogida de casos.

GIPE/PTP de la UAB trabaja con estas primeras asociaciones. El 2002 se trabajó el protocolo de violencia machista. En 2010 se actualizó incorporando la *Llei 5/2008* y se planteó incorporar el tema de la MGF. En 2011 la Regidoria de Drets Civils i Ciutadania del ayuntamiento organiza una sesión con mujeres y otra con profesionales del municipio a cargo de una pediatra y de los Mossos d'Esquadra.

Figura 56. Foto de la Jornada «Riesgos y Prevención en la salud femenina. Mayo 2011»



Fuente: Drets Civils i Ciutadania (2013) « *Esborrany del Protocol Municipal de Mutilació Genital Femenina* ». Ajuntament de X. 19 pàgines. [Diapositiva extraïda de la presentació Power Point, del *Esborrany del Protocol Municipal de Mutilació Genital Femenina*, presentado en noviembre 2013, en la que se ha suprimido el logo del ayuntamiento]. Presentación facilitada por mail, el día 04.02.2014 por una profesional del municipio.

A partir de este año, la Regidoria de Drets Civils i Ciutadania, empieza a elaborar un protocolo exclusivo de MGF, en el marco de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Durante este período, se produce el caso de una familia originaria de Gambia que al consultar al pediatra por una infección en la zona genital de una de sus hijas, ambas les son retiradas durante unas horas por sospecha de MGF. Después de ser observadas por varios profesionales, se descarta que las niñas estuvieran mutiladas.

El 25 de noviembre de 2012, en el marco del Día Internacional contra la Violencia y Maltrato de las Mujeres, la Regidoria de Drets Civils i Ciutadania del ayuntamiento organiza una jornada con profesionales y otra con mujeres africanas en la que la Fundació Wassu-UAB lidera las dos sesiones⁴⁶³.

Figura 57. Sesión sobre la salud sexual y reproductiva con mujeres. Noviembre 2012



Fuente: Drets Civils i Ciutadania (2013) « *Esborrany del Protocol Municipal de Mutilació Genital Femenina* ». Ajuntament de X. 19 pàgines. [Diapositiva extraïda de la presentació Power Point, del *Esborrany del Protocol Municipal de Mutilació Genital Femenina*, presentado en noviembre 2013, en la que se ha suprimido el logo del ayuntamiento]. Presentación facilitada por mail, el día 04.02.2014 por una profesional del municipio.

La sesión con las mujeres fue realmente reveladora ya que participaron abiertamente. Destacamos el testimonio de la mujer a quien le habían retirado sus hijas. Las mujeres pidieron al ayuntamiento que por favor formara a los profesionales de pediatría y que organizara otro encuentro con hombres para hablar del tema.

⁴⁶³ Como miembro del Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales y Perjudiciales (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB, contraparte en España de la Fundació Wassu-UAB, pude participar en la mesa, en representación de la misma.

En el marco de los actos organizados, se presenta el documento *Monogràfic: mutilació genital femenina*⁴⁶⁴, compuesto por siete apartados en los que se puede ver la fuente de este modelo híbrido de abordaje de la MGF.

En 2013, se presenta el primer borrador del protocolo municipal de MGF y se dan las primeras actuaciones punitivas, comentadas en el siguiente párrafo, en los que intervinieron los Mossos d'Esquadra, saltándose los circuitos de prevención. El ayuntamiento explicó a la Direcció General per a la Immigració, quien pedía cuentas sobre el tema, que el protocolo no funcionaba. La valoración que hacen respecto resaltaba que «había una indefinición del liderazgo en la actuación de casos» y que «se trabajaba sin datos objetivos» y «no se disponían de datos objetivos de intervención para incidir». No se termina el protocolo y no se llega a crear la Mesa de MGF, puesto que valoran que este tema se incluirá en la Mesa de Infancia.

En febrero 2014, a partir de la demandada que hicieron las mujeres en 2012, el ayuntamiento organiza una jornada de sensibilización sobre la MGF con mujeres y otra con hombres por separado. Fue una sesión realizada por Adriana Kaplan en la que pude asistir como observadora. Volvió a ser una jornada muy participativa donde las mujeres explicaron en primera persona dos casos donde se retiraron el pasaporte de sus hijas, aún pasando por todo el circuito establecido y firmado el compromiso preventivo, documento firmado por los Mossos en el lugar reservado para la firma del médico⁴⁶⁵. En esta sesión, las mujeres aprovecharon para manifestar su indignación ante la situación que vivían al programar un viaje. Volvieron a pedir al ayuntamiento que formaran a sus profesionales, que ellas estaban dispuestas a pasar por todos los controles de pediatría, pero que si les decían que podían viajar, que fuera así, porque en los dos casos las familias perdieron el dinero de sus billetes.

En septiembre de 2014, la actuación policial frente a la MGF, se comenta en la reunión de la Comisión de Inmigración, de la Federació de Municipis de Catalunya⁴⁶⁶, en la

⁴⁶⁴ Regidoria de Drets Civils i Ciutadania (2012) *Monogràfic: Mutilació Genital Femenina*. Ajuntament de 2, 39 pàgines. [Documento no publicado, distribuido a los y a las profesionales vía electrónica. Facilitado por mail, en noviembre 2012, por el propio ayuntamiento].

⁴⁶⁵ Caso documentado en el capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Punto. 3.3. Actuaciones punitivas.

⁴⁶⁶ “La Federació de Municipis de Catalunya (FMC) fue fundada el año 1981 por 177 ayuntamientos. Es una asociación plural formada por municipios y otros entes locales de Cataluña, constituida para la defensa y la

que el Municipio 2 comenta que no se ha terminado de redactar el Protocolo de MGF municipal a la espera del soporte técnico de la Direcció General per a la Immigració y que las intervenciones que se estaban derivando en el municipio, a raíz de la intervención policial, no favorecían el trabajo preventivo de la MGF. Esta observación la compartieron los municipios que asistieron a la reunión, en la que se manifestó que: «*Ningún municipio quiere que los Mossos d'Esquadra pasen por delante de otros servicios en un caso de menores.*»

La Mesa de Infancia, liderada por Servicios Sociales, tiene el encargo de retomar el tema de la MGF, acabar el protocolo y avanzar en el tema. Sin embargo, frente al colapso de los servicios públicos en materia de salud, servicios sociales y educación, no es hasta el 5 de febrero de 2016 que la Regidoria de Drets Civils i Ciutadania, traspasa el tema de la MGF a los Servicios Sociales en el marco de la Mesa de Infancia.

El 6 de febrero de 2016, la asociación Dones Africanes de Catalunya contacta con la Fundació Wassu-UAB para que participe en la jornada que están organizando para el Día Internacional contra la MGF, con la colaboración del ayuntamiento.

c) Municipio 3

Es uno de los municipios de Cataluña con menor población de nacionalidad MGF⁴⁶⁷. Sin embargo en 2010 se crea la Mesa de Prevención de MGF a raíz de la presentación del protocolo de la Generalitat a cargo de la directora del programa de seguridad contra la violencia machista del Departament d'Interior y Relacions Institucionals i Participació, que vive en el municipio.

Esta mesa está liderada por los Servicios Sociales del ayuntamiento y formada por representantes de diferentes ámbitos⁴⁶⁸. Se reúne una vez al año. De 2010 a 2013 han trabajado sobre un protocolo municipal aunque según fuentes del ayuntamiento no se

promoción de la autonomía local. Despliega una parte importante de su actividad en defensa del municipalismo en diferentes órganos de participación y comisiones mixtas que articulan su relación con el gobierno y la administración de la Generalitat de Catalunya, entre las cuales destaca la Comissió de Govern Local de Catalunya". Fuente consultada 12.12.16. [En línea] "http://www.fmc.cat/quisom_federacio_de_municipis_de_catalunya".

⁴⁶⁷ A fecha de 2011, según fuentes del ayuntamiento (descrito en su protocolo) viven en el municipio 23 niñas de nacionalidad MGF: 11 de Senegal, 10 de Gambia, 1 de Guinea Conakry y 1 de Etiopía.

⁴⁶⁸ Salud, cuerpos policiales, educación, EAlA y diferentes departamentos del ayuntamiento.

ha llegado a trabajar ningún caso. En este período se produce la denuncia por MGF de dos de las diez niñas gambianas de la misma familia que viven en el municipio.

La familia procedente de Gambia residía en el municipio desde hacía más 15 años. El 13 de mayo de 2013, se condenó a ambos padres a 12 años de prisión (seis años para cada uno de los delitos de MGF, supuestamente realizados en territorio español⁴⁶⁹). Aunque esta sentencia se recurrió al Tribunal Supremo, el 28 de mayo de 2014 se confirma la pena. En este momento, es la sentencia condenatoria más dura impuesta por MGF en España. Una técnica reflexiona sobre el caso:

Miradas profesionales. Ámbito de igualdad

“Los/as profesionales están muy disgustados en como ha acabado este caso. Era una familia conocida por los Servicios Sociales, además la mujer había participado en diferentes talleres de mujeres que habíamos organizado desde el ayuntamiento. Concretamente en uno de ellos se habló entre otros temas de la MGF, no en profundidad, pero se comentó desde el control de la sexualidad de la mujer, etc”.

Transcripción entrevista P30, técnica de igualdad.

Provincia de Barcelona, 12.12.2013

Posterior a este caso, en 2013 el ayuntamiento organiza una jornada sobre la MGF en la que se invita a la Fundación Wassu-UAB a realizar una ponencia. La mayoría de profesionales eran cuerpos de seguridad. Previamente se pidió asesoramiento para la organización de la jornada y se recomendaron actividades de formación. En lugar de ello, se decidió hacer una jornada más informativa que formativa. Desde la alcaldía condenaron públicamente la MGF con la lectura por parte de un joven de origen africano de un manifiesto de tolerancia cero⁴⁷⁰ en la plaza del ayuntamiento⁴⁷¹. Este

⁴⁶⁹ Caso documentado en el capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Punto. 3.4. Sentencias. Una de las dos niñas, la adolescente, que reside en un Centre Residencial de Acció Educativa (CRAE), a raíz de la resolución del caso, ha manifestado a sus educadoras que la mutilaron en Gambia, sin embargo, su testimonio no se tuvo en cuenta en los juicios realizados.

⁴⁷⁰ Ver Capítulo 1. El Caleidoscopio, para ver la influencia de los dos modelos en este municipio. «A Un Lado del Muro» Tolerancia cero, condena sin más, «Al Otro Lado del Muro» promover el conocimiento, para mejorar el abordaje con las familias.

⁴⁷¹ El joven, posterior a la lectura, participó en la jornada desde el público y comentó que él denunciaba a la policía las personas que practicaban la MGF en su poblado. Acto seguido, algunas profesionales le aplaudieron. En este momento, se postuló para ir con una cámara en su poblado, para realizar un reportaje sobre la MGF. A mi parecer, dijo las palabras que el público, desde esta mirada etnocentrista, quería oír.

acto se retransmitió en la cadena de televisión local. En estos gestos vemos una especie de neocolonialismo no consciente, o un universalismo que a menudo parte de un etnocentrismo que se ignora⁴⁷².

d) Municipio 4

Según fuentes de la Generalitat, la Mesa de MGF está creada desde 2008. En cambio, los y las profesionales de atención primaria desconocen su existencia. Pese a ello, los pediatras sí han trabajado el tema con diferentes familias del territorio.

De este municipio destacamos la presión que ejercen los Mossos d'Esquadra a los y las profesionales para oficiar a la Fiscalía cualquier viaje que se produzca. Una profesional nos explica la presión que recibió por parte de los Mossos d'Esquadra en un caso de una familia de Gambia que había viajado tres veces y que había vuelto con las niñas intactas. La profesional nos explicaba que la obligaron a vulnerar la ley de protección de datos al pedirle información de la historia clínica. La profesional no se pudo negar a darla porque sus jefes le comunicaron que debían colaborar con la policía. Ella consideraba que no había riesgo. Tuvo que ir al despacho de Mossos d'Esquadra a testificar⁴⁷³.

Meses más tarde, en enero 2014 los Mossos d'Esquadra presentaron el protocolo en los cuatro centros de atención primaria de la zona, por lo que podrían haber aumentado el número de casos derivados a la Fiscalía.

⁴⁷² (Todorov, 1989:27, en San Román, 1996:77)

⁴⁷³ Ver siguiente capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Punto 3.3. Actuaciones punitivas, en el que se recogen 3 casos documentados en este municipio, donde se refleja la presión policial.

CAPÍTULO 7
EVALUACIÓN DEL MODELO DE LA GENERALITAT
DE CATALUNYA (GC)

Introducción

La intervención del Modelo de la Generalitat de Catalunya (Modelo GC) pivota en el despliegue del Protocolo de Actuación para Prevenir la Mutilación Genital Femenina, a través de las Mesas de Prevención de la MGF, coordinadas por la Secretaria de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía (antigua Secretaria para la Inmigración). El análisis se prolonga desde 2011 hasta 2016, aunque se han tenido en cuenta los antecedentes.

En el primer punto se analiza la aplicación del protocolo a partir de los niveles de prevención, detección, actuación y recuperación. Se detecta que dicho protocolo se activa, mayoritariamente, a partir del nivel 4 de detección urgente al conocer o sospechar que una familia viajará al país de origen con niñas menores.

En el segundo punto se analiza el trabajo realizado desde las Mesas de Prevención de la MGF. Se ha diferenciado entre el análisis de las mesas de la provincia de Girona de las del resto de Cataluña, ya que las primeras son las precursoras a partir de las cuales se exporta el Modelo GC al resto de Cataluña. Se han revisado las herramientas desplegadas por las mesas llegando a la conclusión de que incitan más al control que a la verdadera prevención.

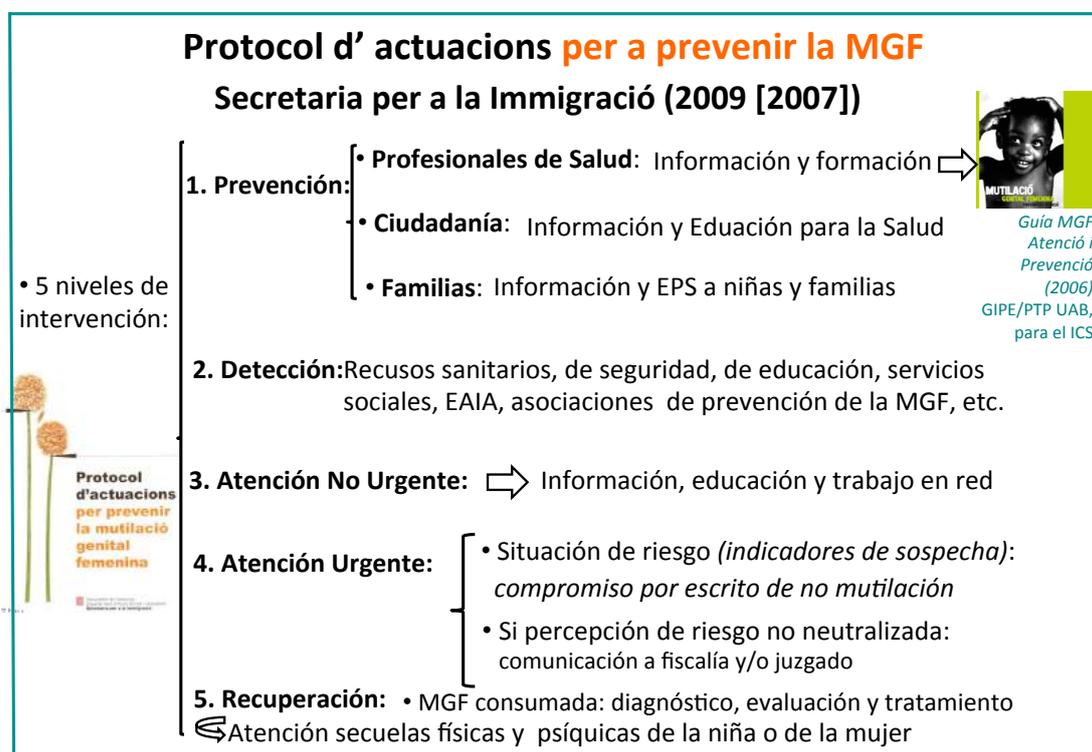
En el tercer y último punto se proyecta el impacto del Modelo GC, el cual aborda la MGF desde el enfoque de la violencia machista. A medida que dicho modelo se instaure, se tiende a la judicialización de los casos y al aumento de las intervenciones policiales. Por ello, no podemos hablar de avances en la erradicación de la MGF sino de un fracaso en las políticas de prevención y atención. Consecuentemente, ni Cataluña es pionera a nivel europeo en la prevención ni su modelo es un ejemplo a seguir para la erradicación de la práctica. Nos encontramos frente a otro iceberg con el cual se hacen evidentes las repercusiones del desmantelamiento progresivo del sistema del bienestar. Siguiendo a (Foucault, 14-15: 1984), podemos constatar que se están fortaleciendo todas las estructuras de encierro. Es urgente, por tanto, un replanteamiento en las políticas para promover un enfoque alternativo y eficaz desde la no discriminación.

1. DESPLIEGUE Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO CATALÁN DE MGF

Para comenzar este apartado, quisiera remarcar un párrafo publicado por la Secretaria per a la Immigració en 2009. A partir de él contrastaremos las acciones que se llevan realmente a la práctica en materia de MGF: «En el protocolo se han previsto las acciones que seguidamente se exponen para prevenir esta práctica, promoviendo la información, la formación y el respeto por los derechos humanos para la prevención como líneas de actuación. La intervención judicial es, en cualquier caso, el último recurso que debe utilizarse ante la conducta que se quiere evitar».

En el protocolo catalán se distinguen cinco niveles de intervención. Son los siguientes:

Figura 40. Niveles de intervención del Protocolo de Actuación para Prevenir la MGF



Realización propia, a partir de la fuente:

Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]) *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 40 pàgines.

En el informe publicado por EIGE (2013b) sobre buenas prácticas en el abordaje de la MGF se sostiene que el protocolo catalán es una buena medida de protección cuyos objetivos son adecuados al problema social que aborda. Se señala que se trata de una acción sostenible ya que integra medidas de prevención, asistencia, protección y provisión de servicios. Destaca, a su vez, que la cooperación entre agentes debe

garantizar una intervención integral. No obstante, critica la falta de evaluación de su eficacia e impacto teniendo en cuenta que hace más de diez años que funciona. Además, señala que cabe mejorar la formación y la sensibilización de los y las profesionales de salud, especialmente en pediatría. Finalmente, apunta que dicho protocolo es una herramienta de protección, no de prevención, que evita el daño sin importar sus consecuencias. Así se recoge en esta investigación⁴⁷⁴.

El Protocolo de Actuación para Prevenir la Mutilación Genital Femenina es una herramienta correcta ya que establece elementos para la identificación de una situación de riesgo de MGF⁴⁷⁵. No obstante, estos factores no son más que esto, factores de riesgo que deberían ser analizados en cada situación muy atentamente antes de activar el siguiente nivel de actuación. El problema del protocolo es su aplicación. En la mayoría de veces se ha utilizado de forma reactiva, más que preventiva. Muchos profesionales activan el protocolo a partir del nivel 4 (actuación urgente) dejando de lado los anteriores (prevención, detección y actuación no urgente).

El protocolo fue realizado por los departamentos de Salud, Bienestar Social, Educación e Interior. Este documento define cinco niveles de actuación en el siguiente orden: prevención, detección, actuación no urgente, actuación urgente y recuperación. En cada uno se involucran diferentes agentes profesionales. El primer nivel, destinado a la prevención, recae sobre los/as profesionales de atención primaria en salud. Sin embargo, quien lo presenta es el Departamento de Interior a través de los Mossos d'Esquadra⁴⁷⁶, concretamente las unidades del GAV⁴⁷⁷ y ORC⁴⁷⁸, que se encargan de su despliegue a nivel local y comarcal. También son ellos los que lo presentan a los y las profesionales de educación.

⁴⁷⁴ Ver puntos siguientes: Registros policiales, sentencias, actuaciones punitivas, proyección en la prensa y conclusiones.

⁴⁷⁵ Motivos de atención y posible riesgo: pertenecer a una etnia que practique la MGF; pertenecer a una familia en la que la madre y/o hermanas la hayan sufrido; pertenecer a un grupo familiar practicante que tiene muy presente el mito del retorno al país de origen; proximidad de un viaje que puedan hacer o unas vacaciones en la que la menor pueda pasar en el país de origen

⁴⁷⁶ Cabe destacar que Catalunya es la única comunidad autónoma que potencia la intervención policial y cuenta con un protocolo específico de *prevención y atención policial de la MGF* desde julio 2008, desplegado a propósito de la Ley 5/2008. (Ver capítulo 5. Marco político y planes de acción [2008-16])

⁴⁷⁷ GAV: Grupo de Atención a la Víctima.

⁴⁷⁸ ORC: Oficina de Relaciones con la Comunidad, los llamados "Mossos de proximidad".

A partir del 2008 en adelante, la Región Policial Metropolitana Norte de Barcelona se encarga de esta actividad, por lo que no es de extrañar el repunte de casos frente a la programación de viajes en los que intervienen los Mossos d'Esquadra⁴⁷⁹.

Figura 53. Presentación del protocolo de MGF a cargo de los Mossos d'Esquadra



Realización propia, a partir de las fuentes:

1. [http://mataro.cat/portal/contingut/noticia/2013/05/10964_prevencio_escoles_mu...]
2. Twitter: @mossoscatpic.twitter.com/i95k9u1.G
3. Polo, F. (2013) "Els Mossos detecten 11 casos de nenes en perill de patir una mutilació genital en dos anys". *El 9 Nou*. Nº 2343. Edició Cataluña, 1 de julio de 2013.
4. "Revisió del protocol sobre la mutilació genital femenina". Butlletí Municipal n 85. Octubre 2013.

Al presentar el protocolo en las diversas sesiones informativas, se identifican los Mossos como referentes del tema. Por ello, cuando el viaje de una familia africana al país de origen con hijas menores ha hecho saltar las alarmas, algunos/as profesionales han recurrido directamente a ellos saltándose los primeros niveles y sin hacer una valoración real del riesgo. Pese a las directrices de la Secretaria per a la Immigració que marca que «la intervención judicial, en todo caso, es el último recurso que se tiene que utilizar delante de la conducta que se quiere evitar», la realidad es que se sigue el protocolo interno de Mossos d'Esquadra⁴⁸⁰ y se deriva el caso a la Fiscalía con la intención de que se promulguen las medidas cautelares para evitar urgentemente el viaje de las menores.

⁴⁷⁹ Ver punto 3. Impacto del Modelo GC. La MGF como forma de violencia machista, punto 3.3. Registro de casos policiales en Cataluña.

⁴⁸⁰ Ver Capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016]

Miradas profesionales. Ámbito de interior

«Una mujer mutilada, hermanas posiblemente mutiladas o ciertamente ya lo sabemos y que la niña ha comentado que hay un viaje próximo, esos son indicadores de riesgo. Estamos en ello, no sabemos más, a partir de ahí es urgente. Es muy urgente. Vamos a hacer cosas, billetes ida y vuelta, siempre, siempre y de toda la familia, documento signat por los pediatras conforme que el padre autoriza a hacer este viaje y que volverá con la niña. Todo y eso, no estamos de acuerdo nosotros, oficiamos al juez, por eso digo que oficiamos siempre. Fijaos el porqué. Oficio al juez y le pido medidas cautelares. Hay muchas medidas, que quiten el pasaportes ...muchas, muchas, pero lo que normalmente pedimos es que a esa niña se la obligue a pasar por pediatría cuando vuelva, pero eso es una obligación, ju-di-cial.»

Transcripción entrevista P39, Mossa d'Esquadra. Provincia de Barcelona.
15.06.2010

Lo que ocurrió en la provincia de Girona a principios del 2000⁴⁸¹ se repite en la provincia de Barcelona partir de 2011, ya que sigue la misma metodología.

Miradas profesionales. Ámbito de la infancia

*«El protocol de prevenció de la MGF a la demarcació de Girona elaborat dintre de la Comissió de Treball de Violència Doméstica de Girona, de caire interdisciplinari, és **fonamentalment policial i judicial**, amb la proposta de mesures com la prohibició de sortida del territori espanyol de la menor, que fonamentalment, es creu que pot ser víctima de la MGF a l'estranger.»*

Joan Mayoral. Subdirector de la DGAIA Butlletí d'Inf@ncia núm. 8- març 2007

Los Mossos d'Esquadra realizan sesiones informativas en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAP) tituladas «Taller de prevención y detección de la MGF». Su duración es de dos horas aproximadamente. En el programa se explicita que el objetivo general es «adquirir conocimientos teórico-prácticos sobre cómo hacer una buena prevención, detección y derivación de un caso de MGF». Entre los objetivos específicos destacamos tres: «justificar por qué los Mossos abordan el tema de la MGF», «describir los tipos de MGF, las etnias practicantes, los indicadores de riesgo y

⁴⁸¹ Ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Catalunya. Las Dos Caras del Muro.

las consecuencias de realizar la MGF» y «debatir sobre los valores, la ética y la responsabilidad de los profesionales». Se presenta un listado de etnias y el marco legal. Dicho marco da a conocer la normativa relacionada con la MGF y la obligatoriedad de su cumplimiento, utilizándose como método de presión a los y las profesionales, ante cualquier caso. Reproducimos los artículos 450 y 408.

Miradas profesionales. Àmbit de interior

Article 450

1. Aquí, tot i poder-ho fer amb la seva intervenció immediata i sense risc propi o aliè, no impedeixi la comissió d'un delict⁴⁸² que afecti les persones en la seva vida, integritat o salut, llibertat o llibertat sexual, ha de ser castigat amb la pena de presó de sis mesos a dos anys si el delict és contra la vida, i la de multa de sis a vint-i-quatre mesos en els altres casos, llevat que al delict no impedit li correspongui una penal igual o menor, cas en què s'ha d'imposar la pena inferior en grau a la d'aquell.

2. En les mateixes penes incorre qui, tot i poder-ho fer, no acudeixi a l'autoritat o als seus agents perquè impedeixin un delict dels que preveu l'apartat anterior i de la comissió pròxima o actual del qual tingui notícia.

Article 408

L'autoritat o el funcionari que, faltant a l'obligació del seu càrrec, deixi intencionadament de promoure la persecució dels delictes de què tingui notícia o dels seus responsables incorre en la pena d'inhabilitació especial per a ocupació o càrrec públic per un termini de sis mesos a dos anys.

Extracto del documento de los Mossos d'Esquadra a los profesionales de salud

Esta es la valoración que se hace desde la Secretaria para la Igualdad, Migraciones y Ciudadanía del pilotaje del tema de la MGF a través de Mossos d'Esquadra.

⁴⁸² <<No impedeixi la comissió d'un delict>>, interpretado por la denuncia frente a un viaje al país de origen, independientemente de si ha realizado la prevención.

Miradas profesionales. Àmbito de immigración

«[...] Fan moltes xerrades en temes d'infància, fan moltes xerrades a escoles, fan moltes xerrades a les comunitats, fan moltes xerrades... aquí ja no ho compartiré tant i segur que estem d'acord, fins i tot ho fan en alguns àmbits que no els pertocaria, jo sé que fins i tot en algun centre de salut acaben presentant el protocol i la visió de com ho estan treballant ells. Si el que s'explica és correcte I el problema que tu hi veus és que sigui Interior com a tal, si el que s'explica és correcte, que sigui un company d'Interior, un company d'Ensenyament, de Salut, de la Secretaria de Ciutadania, em preocupa poc, al contrari, fins i tot està bé que tots treballem des de la transversalitat. El que em preocupa és que si el que es visibilitza és Interior el que ho fa, en el sentit que és un tema de policia, aquí és un tema que em podria preocupar. A mesura que s'explica el protocol des de la transversalitat i és el que és, a veure, si tenen una unitat que es dediquen a fer formació I té la oportunitat de fer-ho I anar a la proximitat, val la pena aprofitar-ho. Si en algun àmbit, ha portat a confusió, estariem d'acord.»

Transcripción entrevista P47,
referente Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania
(antigua Secretaria per a la Immigració). 13.02.2017

Miradas profesionales. Àmbito de salud

«Es va treballar molt, però després ho vàrem deixar allà, perquè la veritat, són molts més temes que treballem....., i d'aquest, és com que has fet la feina. No tens capacitat segurament, des d'aquí, de valorar com està funcionant. La Secretaria per a la Immigració no ha parat, eh?, ha fet molt, més que nosaltres, jo faig el protocol i espero que les taules funcionin, no?, però no tinc informació perquè les porten ells també, no?»

Transcripción entrevista P44,
Representante de Salud en la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la
Violència Masclista y del Grupo de trabajo de MGF de Cataluña
24.07.2014

La Generalitat debe considerar correcta esta forma de proceder, ya que no se ha cambiado la metodología, como lo comprueba esta investigación.

A continuación se hace un balance de la aplicación del protocolo a partir de los cinco niveles de actuación: prevención, detección, actuación no urgente, actuación urgente y recuperación.

1.1. Nivel de prevención

En la mayoría de los casos, la MGF no se incorpora en los circuitos normalizados de prevención y de educación para la salud. Los y las profesionales hablan de activar el protocolo exclusivamente ante la detección de los viajes obviando el primer nivel, que es la prevención. De forma unánime, en las entrevistas realizadas se ha destacado la supresión de recursos para la prevención, destacando la falta de formación, herramientas y metodología que vaya más allá del control de la población.

En el caso del Departamento de Salud, como se ha descrito anteriormente, hace años que no se realizan formaciones que vayan más allá de las dos horas de duración, incluso algunos proveedores de salud han delegado esta función a los Mossos d'Esquadra⁴⁸³. El contexto de desmantelamiento del sistema del bienestar repercute directamente en los servicios de salud, servicios sociales y educación, afectando en la prevención, no solamente en este tema, sino en otros.

En cuanto al trabajo comunitario, no existe ningún informe sobre la evaluación del mismo. La Generalitat lo deja en manos de entidades, ONGs y asociaciones africanas, que dependen en su mayor parte de subvenciones que le otorga la propia Dirección General de Inmigración. Aunque ciertamente haya que fomentar el trabajo comunitario con el empoderamiento de la ciudadanía, esto no significa que esta sea la mejor metodología. No es sostenible que todo el trabajo se focalice a través de las asociaciones y ONGs que dependen de la vulnerabilidad de las subvenciones. De esta forma se fomenta un trabajo precario y dependiente. Por otra parte, este sistema es una forma de tutelaje y crea clientelismo entre las entidades y la administración. El artículo «Associacions i acomodació de les persones immigrades d'origen africà a

⁴⁸³ Ver Anexo I. apartado I.II. Programa “formativo” de MGF realizado por Mossos d'Esquadra en atención primaria de salud.

Catalunya», recogido en una publicación de la propia Secretaria per a la Immigració⁴⁸⁴, reflexiona sobre su propia metodología:

Aunque se entiende como una parte lógica del juego político, esta influencia es percibida por algunas entidades africanas, como un obstáculo para el cumplimiento de su tarea de servicio con las comunidades que representan y porque en cierta manera crea relaciones de tutelaje y clientelismo con la administración⁴⁸⁵.

En 2009, la Generalitat de Catalunya contrató a dos entidades africanas, Gamcotrap de Gambia y Tostan de Senegal⁴⁸⁶, para participar en la jornada anual contra la MGF que se realizó en el Caixaforum de Barcelona⁴⁸⁷. Parte de su metodología consistía en exponer y mostrar el dolor que se padece durante las MGF. Concretamente en la jornada del 2009, sin previo aviso al auditorio, proyectaron un vídeo en el que se mostraba exclusivamente la parte del corte acompañado de los gritos de las niñas. A esta jornada asistí con una compañera del ayuntamiento, que comentó: *«no importa mostrar el dolor de esta manera, ya se entiende. No pienso que sea la manera, al menos tendrían que haber avisado antes de poner este vídeo, yo hubiera salido de la sala»*. Sin embargo, esto es aceptado por algunas profesionales y por la Generalitat de Catalunya, que repitió esta fórmula en diferentes sesiones.

La Generalitat encargó a ambas ONGs la realización de talleres de una única sesión en diferentes municipios para residentes de origen africano. Esta experiencia continuó en 2011 con las mismas ONGs y con otras entidades en 2014, 2015 y 2016.

Miradas profesionales. Ámbito de inmigración

«[...] però nosaltres si que tenim una feina que ens pertoca i a més a més , és un treball diari, que és un treball amb les comunitats. Doncs aquí el que havíem fet algunes vegades, com bé coneixes, el que havíem fet el 2008-2009 amb coordinació entitats de Gàmbia i Senegal,

⁴⁸⁴ Grup de Recerca Interculturalitat i Desenvolupament (2008) Associacions i acomodació de les persones immigrades d'origen africà a Catalunya. En: Secretaria per a la Immigració, ed. (2008) *Recerca i Immigració*. Colecció Ciutadania i Immigració, núm. 1. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 103-118.

⁴⁸⁵ (Grup de Recerca Interculturalitat i Desenvolupament, 2008: 116)

⁴⁸⁶ Estas mismas ONGs, son las que colaboraron en organizar el viaje que realizaron a Gambia, los Mossos d'Esquadra en 2009, para presentar el protocolo catalán de actuación frente a la MGF.

⁴⁸⁷ Jornada celebrada el 28 de octubre de 2009, organizada por las ONGs AMAM y Equis, con la colaboración de la Generalitat de Catalunya. Ambas entidades eran subvencionadas por la Generalitat. En 2009, además, participaron en la organización del viaje de los Mossos d'Esquadra a Gambia, donde presentaron el protocolo catalán de actuación para prevenir la MGF. Ver apartado 3. Impacto del Modelo GC, punto 3.1. Proyección del Modelo GC.

portar-les aquí perquè un imam, una metgessa i una periodista i uns dinamitzadors juvenils poguessin treballar amb comunitats d'aquí i amb professionals d'aquí mateix i després això ho vàrem fer el 2011, a través de la convocatòria d'entitats amb Tostan, que ho feia l'entitat Equis i després va ser ADDIS i després el 2014 ho vàrem tornar a fer. El 2015 i el 2016 [...] a través d'un projecte que vàrem poder fer així pilot, a través d'entitats d'aquí mateix que vàrem ser Jokker Endam i la coordinadora d'entitats d'associacions senegaleses, que aquí hi treballàvem altres entitats com ADDIS, Equis, etc.. [...].»

Transcripción entrevista P47,
Referente Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania
13.02.2017

Algunas profesionales valoran que el trabajo realizado por las ONGs Gamcotrap y Tostan fue correcto, sin embargo, también lo consideran un tanto violento por la metodología utilizada para tratar el tema. La segunda vez que se organizó, la comunidad no quiso asistir.

Miradas profesionales. Àmbito de immigración

«La primera va ser ... penso que va estar bé, perquè van venir molts tant de homes com dones, es va parlar, es va dir, i es va veure tota la problemàtica que hi havia, tant de les dones com dels homes. Els homes que van sortir que eren defensors de la mutilació. Tenim aquí un col·lectiu Gambià molt integristes, es pot dir perquè defensen tot una sèrie de coses que ells no s'amaguen. Ho diuen obertament i entre ells es el de la mutilació. I va sortir, va veure un debat, i va ser fort eh! Aquella sessió. Amb les dones tb va ser... va ser violent. De tal manera que quan van tornar a venir, es va tornar a fer aquí i aquí aquella vegada ja no van venir. Van venir quatre o cinc persones. Es va poder parlar, però vull dir que no va tenir impacte.»

Transcripción entrevista P19,
Referente de una mesa de prevención de la MGF de la provincia de Girona
07.03.2014

Otros y otras profesionales comentaron que no les pareció adecuada la forma de convocar a la población, simplemente por su origen. Manifestaron que sin una intervención comunitaria previa estas sesiones podían ser contraproducentes. Sin embargo, por parte de la Secretaria de Inmigración, se insistió en la organización de los grupos y la fijación de las siguientes fechas.

1.2. Nivel de detección

Diversos factores contribuyen a la invisibilidad de la MGF. Son los siguientes:

- Las mujeres africanas cortadas no consultan a su médico sobre ello.
- Las mutilaciones no se realizan aquí y por tanto no se detectan las consecuencias a corto plazo.
- La falta de formación influye directamente en la detección.
- Se desconoce cómo llevar a cabo un abordaje respetuoso.
- No se registra la MGF como un antecedente de salud⁴⁸⁸.

Muy frecuentemente se entiende por «detección» el conocimiento de un viaje al país de origen con las menores. A raíz del trabajo de las mesas y del estudio de los casos⁴⁸⁹, se aprecia que numerosos profesionales consideran la activación del protocolo únicamente a partir del nivel 4 (actuación urgente). Esto conlleva graves efectos colaterales, como se verá a lo largo de este capítulo.

1.3. Nivel de actuación

Este nivel se divide en actuación no urgente y actuación urgente. Se comprueba que la activación del protocolo se realiza mayoritariamente a partir del nivel 4 (actuación urgente), centrado en el control de los viajes de menores al país de origen de sus padres. Las niñas son consideradas en relación a su clítoris y menospreciadas como sujetos garantes de oportunidades y de derechos. No se valora el impacto de dichas actuaciones sobre el conjunto familiar. Todo ello nos envía a reflexionar sobre la necesidad de implantar ya políticas de prevención y sobre el trato que reciben las familias que no llegan a desprenderse nunca de la etiqueta «inmigrante».

⁴⁸⁸ Ver Capítulo 3. Situación de la MGF en Catalunya (2016). Una propuesta de estudio.

⁴⁸⁹ Ver apartado 3. Impacto del Modelo GC.

Miradas profesionales. Àmbit de servicis socials

«Caldrà activar l'actuació en aquests casos. L'actuació que cal fer després de la detecció d'aquests casos serà la següent. Primer, s'ha d'informar a la família que hi un protocol de prevenció el qual s'ha de portar a terme. Segon, s'ha de derivar la família a l'ambulatori de referència perquè sol·liciti una visita amb el pediatre. Feta la derivació mitjançant, sobretot això és molt important, és la coordinació amb els diferents serveis que coneixen a la família perquè de veritat sigui efectiu aquest protocol que fem i que no se'ns escapi de les mans. Aleshores, el que hem de tenir el compte son els següents aspectes. Tornem a començar amb el viatge imminent, que és del que hem de tenir més cura i assegurar-se que la família marxa amb una hora i una visita programada amb el seu pediatre. Abans de la marxa, hem d'assegurar que la nena que viatjarà té hora amb el pediatre. Com es farà això? En principi el cap de referència en aquest cas serà la treballadora social amb la qual es contactarà i via mail i via telèfon. Avisant que aquesta família viatjarà en breu i aleshores, el que farà aquesta treballadora social, serà contactar amb la família. Normalment, jo el que faig és trucar a la família i el que faig es trucar per telèfon. Moltes vegades sí que tenim problemes per contactar amb les famílies i perquè moltes vegades canvien de telèfon. Jo fins i tot he hagut de trucar moltes vegades, a familiars, per poder contactar amb les famílies, perquè els telèfons ja no existeixen o surt: «no aquest telèfon ja no existeixen, que ja no està operatiu». Llavors, truques a la família i li dones el dia de la visita: «tal dia has de venir a passar la revisió pediàtrica». A la vegada et poses en contacte amb els pediatres, amb la infermera i els comentes: «mira, tal dia tens aquesta nena que vindrà a fer la revisió amb el pediatre», sempre amb coordinació.

La persona que detecta, contacta amb la treballadora social i es fa el mateix. Que no se'ns escapi la situació, que no se'ns escapi la nena, no viatgi sense que els pares hagin treballat, que hagin signat el compromís i tens un temps per treballar-ho millor. En el cas de necessitar una mediadora, si teniu temps i saps que viatjarà en una setmana, pues tens la mediadora i si en el cas que és urgent i no trobem la mediadora pots trucar a Sanitat Respon, que et proporcionarà una mediadora. Jo personalment, no ho he hagut d'utilitzar mai. En el cas que no pugueu parlar amb una treballadora social d'un ambulatori, perquè en aquell moment estigués de vacances o de baixa laboral, sempre queda una referent d'un altre ambulatori. Sempre hi ha un assistent social amb qui podeu contactar.»

Transcripció de la presentació de un circuit de actuació frente a la MGF
Província de Barcelona, 2017

1.4. Nivel de recuperación

Este nivel se ha analizado extensamente en el capítulo 1 de esta tesis⁴⁹⁰. Sin embargo, se añade la transcripción del discurso de la representante del Consejo Nacional de Mujeres de Catalunya en la jornada de la Generalitat en 2013 «L'abordatge de les mutilacions genitals femenines des de Catalunya i des dels països d'origen»⁴⁹¹.

Miradas profesionales. Ámbito Consejo Nacional de Mujeres de Catalunya

«[...]Como Consejo Nacional de Mujeres de Catalunya, [...] queremos remarcar que las mujeres y las niñas que han sufrido un tipo de violencia sexual, que en este caso estamos hablando de MGF, tiene que ser tratadas como víctimas, y esto implica un proceso de recuperación. Aquí, con este tema, no se está abordando desde esta perspectiva. Pedimos un replanteamiento sobre los servicios que se están ofreciendo a estas niñas y a estas mujeres, ¡que es un derecho fundamental!»

Representante del Consejo Nacional de Mujeres de Catalunya.
Generalitat de Catalunya, 22 de febrero de 2013

Pese a que esta intervención, se realizó previa al anuncio de que la reconstrucción genital femenina entraría en la cartera de servicios de la sanidad pública catalana, vale la pena señalar que dicha recuperación se ha reducido a la reconstrucción física de la MGF, sin la evaluación del impacto de este enfoque, ni la evaluación de las consecuencias psicológicas y físicas en las propias mujeres afectadas.

⁴⁹⁰ Ver capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016], el apartado 3. La reconstrucción de la MGF frente a la cirugía genital cosmética.

⁴⁹¹ «L'abordatge de les mutilacions genitals femenines des de Catalunya i des dels països d'origen». Direcció General per a la Immigració, de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 22 de febrero de 2013. Organizada por el Grupo de trabajo de MGF de la Comisión Nacional contra la Violencia Machista.

2. EVALUACIÓN DE LAS MESAS DE PREVENCIÓN DE LA MGF. CARTOGRAFÍA CONTRASTADA

En 2008, la Secretaria para la Inmigración impulsa la creación de las primeras Mesas de Prevención de la MGF en la provincia de Girona. Posteriormente, a partir de 2009 y sin una evaluación previa, en el marco la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, se exportará el modelo a todo el territorio catalán a través de la Direcció General per a la Immigració, en colaboración con el Departamento de Interior, que fomentará el despliegue a nivel territorial.

Miradas profesionales. Ámbito de inmigración

«Tot això de les taules saps que surt de l'experiència pilot i que de fet és, amb els seus pros i contres, i que segur que trobaràs gent molt diferent també a comarques gironines, però on l'experiència ha funcionat i rullat més, precisament és a comarques gironines, tot i que després a tot arreu depèn, com amb altres coses dels professionals i la vida, de qui ho porta endavant i així.

»Parlem de que s'havia aprovat la llei de violència masclista, s'havia aprovat el protocol nou al 2009 i llavors s'iniciaven algunes experiències a comarques gironines a n'aquest sentit. Després van decidir, que volíem territorialitzar-ho arreu i aquí és on et deia que no ha anat a l'hora, amb això et dono la raó de dir-te que no ha anat a l'hora, en el sentit que en alguns llocs, la línia de treball ha anat, perquè hi ha uns professionals al darrera que tiren i altres llocs no ens hem sortit tant.»

Transcripción entrevista P47,
Referente Secretaría de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía
13.02.2017

A través de la prensa puede verse el crecimiento exponencial del número de mesas. En 2009, la Generalitat publica que existen 30 mesas, en 2010 se llega a 50 y en 2014 ya son más de 70⁴⁹². Este es el punto más álgido de la expansión del Modelo de la Generalitat de Catalunya (GC). Veinte pertenecían a la provincia de Girona y las cincuenta restantes al resto de Catalunya. Se contrastará esta información.

⁴⁹² Nota de prensa "Experts en la lluita contra la mutilació genital femenina analitzen l'impacte de la jurisprudència recent", 27 de mayo de 2014. Generalitat de Catalunya.

2.1. Provincia de Girona

En la provincia de Girona se contabilizan una veintena de Mesas de Prevención de la MGF. Son los espacios más estables de toda Catalunya ya que se reúnen una o dos veces al año en cada uno de los territorios. Además, los y las referentes realizan sesiones plenarias una o dos veces al año convocadas por el Grupo de Trabajo de MGF de Girona. A continuación se adjunta una tabla con las mesas por municipio.

Tabla 26. Mesas de MGF de la provincia de Girona en 2015

Mesas de Prevención de la MGF de la Provincia de Girona (2015)			
Nº	Municipios	Comarca	Liderada por
1	Olot	La Garrotxa	Técnico de Inmigración
2	Blanes	La Selva	Educadora social
3	Lloret de Mar	La Selva	Técnica de Inmigración
4	Banyoles	Pla de l'Estany	Técnica de Inmigración
5	Salt (2009)	Gironès	Educadora social
6	Sant Feliu de Guíxols	Baix Empordà	Educadora social
7	La Bisbal d'Empordà	Baix Empordà	Educadora social
8	Santa Cristina d'Aro	Baix Empordà	Trabajadora Social
9	Torroella de Montgrí/Ullà	Baix Empordà	Trabajadora social
10	Santa Coloma de Farners	La Selva	Técnica de Inmigración
11	Arbúcies	La Selva	Técnico de Inmigración
12	Cassà de la Selva	Gironès	Técnica de Inmigración
13	Celrà, Bordils i Flaçà	Gironès	Técnico de Inmigración
14	Llagostera	Gironès	Técnica de Inmigración
15	Sarrià de Ter	Gironès	Técnico de Inmigración
16	L'Escala /Sant Pere Pescador	Alt Empordà	Técnica de Inmigración
17	Figueres	Alt Empordà	Técnica de Inmigración
18	Ripoll	Ripollès	Técnica de Inmigración
19	Girona	Gironès	Trabajadora social
20	Roses	Alt Empordà	Técnica de Inmigración

Realización propia, a partir del trabajo de campo y de la fuente:

Mesa, T. (2015) *"Informe mutilació genital femenina a les comarques gironines 2014"*. Girona, Institut Català de les Dones Generalitat de Catalunya. 17 pàgines [Documento no publicado, facilitado por la *Direcció General per a la Immigració de Girona*, el 17 de julio de 2014, durante una entrevista, en el marco de esta investigación].

Antes de empezar con la evaluación, debemos reconocer el laborioso trabajo de los y las profesionales que trabajan desde sus territorios, con buena voluntad e implicación. Es un trabajo muchas veces voluntario y no reconocido por su departamento, sin haber recibido una formación previa al margen de las presentaciones de los protocolos o de las jornadas generales de la Generalitat donde se muestran diversas experiencias no evaluadas. A continuación, se analizará su composición, sus funciones y objetivos.

a) Análisis de las Mesas de Prevención en cuanto a su composición

En las Mesas de Prevención de la MGF de la provincia de Girona exclusivamente participan profesionales de servicios sociales, salud, educación, interior y inmigración. No se permite la participación de la comunidad. Este hecho es común en todas las Mesas de Prevención de la MGF pese a que:

Miradas profesionales. Ámbito interinstitucional

Des del Govern de Catalunya, sempre hem tingut molt clar el paper fonamental de les dones d'origen africà en aquesta lluita com a principals protagonistes en el procés d'eradicació de la MGF, ja que en són les principals afectades⁴⁹³.

Nota de prensa de la Generalitat de Catalunya,
6 de febrero 2015, Día Internacional contra la MGF

Se destaca que los acuerdos de esta reunión no son públicos. Sin embargo, las asociaciones de mujeres subsaharianas se han quejado en numerosas jornadas.

Miradas profesionales. Ámbito medición intercultural

«[...] Echo en falta, en toda esta lucha, la voz de las comunidades. Yo creo que tenemos que romper el tabú y empezar realmente a trabajar con la comunidad. Yo participo en una mesa de MGF y siempre, tengo la misma queja, que se reúnen muchas profesionales para hablar del tema de la MGF, pero se trabaja poco con la comunidad. A veces siempre tenemos contacto los profesionales con la comunidad si hay un viaje y no debería ser así.

»[...]Que haya mesas paralelas con la comunidad, han de buscar otras herramientas para poder trabajar con la comunidad... y yo creo que el tema de la ley, me parece muy bien, pero debería estar acompañada de la sensibilización sin la culpabilización y sin la criminalización.»

Transcripción de la intervención desde la Fila O. Mediadora gambiana, en la Jornada «*El treball per eradicar les MGF des de l'àmbit sanitari, social i legal. Estat de la qüestió i propostes de futur*»organizada por la Generalitat de Catalunya, 27.05.2014

⁴⁹³ «La consellera Munté es reuneix amb entitats de dones que treballen des de Catalunya per eradicar la MGF». Generalitat de Catalunya, 6 de febrero de 2015, disponible en: http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/280083/consellera-munte-reuneix-entitats-dones-treballen-catalunya-eradicar-mutilacio-genital-femenina.html [Consultada el 06.06.2015]

b) Análisis de las Mesas de Prevención en cuanto a sus funciones y objetivos.

Dos de las cuatro funciones que destacan los y las referentes de las mesas son: la activación y aplicación del protocolo y el seguimiento de casos. Algunas mesas han elaborado protocolos de actuación ante la MGF a nivel municipal, partiendo de la base del protocolo general de la Generalitat.

Tabla 27. Mesas de MGF de la provincia de Girona en 2017

Mesas de Prevención de la MGF de la Provincia de Girona y protocolo municipal MGF (2017)

Nº	Mesas	Protocolo municipal MGF	Liderada por
1	Olot	X	Técnico de Inmigración
2	Blanes	X	Educadora social
3	Lloret de Mar	X (revisión en 2014)	Técnica de Inmigración
4	Banyoles	X	Técnica de Inmigración
5	Salt	X (junio 2011)	Educadora social
6	Sant Feliu de Guíxols		Educadora social
7	La Bisbal d'Empordà		Educadora social
8	Santa Cristina d'Aro		Trabajadora Social
9	Torroella de Montgrí/Ullà		Trabajadora social
10	Santa Coloma de Farners		Técnica de Inmigración
11	Arbúcies		Técnico de Inmigración
12	Cassà de la Selva	X (mayo 2014, provisional)	Técnica de Inmigración
13	Celrà, Bordils i Flaçà		Técnico de Inmigración
14	Llagostera		Técnica de Inmigración
15	Sarrià de Ter	X (junio 2012, revisado agosto 2013)	Técnico de Inmigración
16	L'Escala /Sant Pere Pescador		Técnica de Inmigración
17	Figueres		Técnica de Inmigración
18	Ripoll		Técnica de Inmigración
19	Girona	X (2014 provisional)	Trabajadora social
20	Roses		Técnica de Inmigración

Fuente: realización propia, a partir del trabajo de campo y de los protocolos municipales facilitados por los y las referentes de las mesas de prevención de la MGF durante las entrevistas realizadas en 2014. Contrastado por la Secretaría de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía en febrero de 2017.

Respeto al seguimiento de casos, la mayoría de los y las referentes de las mesas, desconocían las dificultades surgidas frente a los abordajes preventivos de la MGF en su territorio, especialmente los efectuados por parte de los servicios de salud, interesados básicamente en los datos del cuestionario que le solicita la Direcció General d'Immigració de la Generalitat de Catalunya. Para ello, la mayoría de mesas han creado una base de datos donde se identifica a la población africana que vulnera la ley de protección de datos⁴⁹⁴.

⁴⁹⁴ Ver apartado 2.3.3. Valoración de las herramientas desplegadas en las mesas.

Otras de las funciones que se pide a las mesas es sensibilizar, informar y formar a los profesionales y a la población diana. Sin embargo, a penas se promueven actividades en este sentido. Así lo describe Oller, técnica de inmigración y referente de cuatro mesas que abarcaban 27 municipios de la provincia de Girona en su trabajo de fin de grado⁴⁹⁵.

Miradas profesionales. Àmbito inmigración

«La resposta dels entrevistats i les entrevistades ha estat que la taula en la qual pertanyen pràcticament, fan detecció i registre de la població en risc. En general les taules de ..., han estat desenvolupant dues de les quatre línies establertes, [...] l'establiment d'un Protocol municipalitzat, la creació d'una taula de prevenció tenint en compte tots els agents implicats i el seguiment dels casos. Han deixat de banda, el treball comunitari considerat com a prevenció primària que posa en coneixement de la taula les tasques de sensibilització que s'estan fent en el territori, promoure i identificar actuacions enfocades al canvi de les conductes d'aquella població susceptible al risc, centrar-se en l'acció comunitària, [...].

»Davant la pregunta de quines funcions tenen les taules de prevenció de la MGF en general, les respostes han estat, identificar la població en risc, tenir-la catalogada en un registre únic i per poder així controlar i fer una prevenció i un seguiment per tal que no es produxi cap mutilació».

»[...] després de quatre anys treballant com a tècnica de polítiques migratòries i dinamitzar taules locals de prevenció, em veia amb la necessitat de pensar alguna proposta d'intervenció que anés més enllà de la detecció i seguiment de possibles casos de risc de mutilació genital.»

(Oller, 2012:85 y 103)⁴⁹⁶

Mujeres, niñas y familias son catalogadas en diferentes sistemas de control social (escuelas, centros de salud, servicios sociales...) por los profesionales que los/as atienden. La Generalitat de Catalunya los invita a través de las mesas a ejercer estas funciones policiales. Principalmente se aprovechan de los sistemas asistenciales en

⁴⁹⁵ Oller. I. (2012), *op. cit.*

⁴⁹⁶ Oller ha trabajado 4 años como técnica de políticas migratorias, dinamizando las Mesas locales de MGF de la comarca del Baix Empordà. Al terminar su contrato laboral y no renovarse, por las reformas en la Generalitat de Catalunya, en junio 2012 presentó un trabajo sobre la prevención de la MGF a través del trabajo comunitario en la Universidad de Girona, donde explica el trabajo realizado desde las Mesas y propone un abordaje comunitario, que no ha podido desplegar desde su puesto de trabajo.

salud porque se contemplan como un espacio de hegemonía y de poder de la ciencia médica hacia los/as usuarios/as. Quizá es por ello que se pensará en el personal sanitario para obtener informaciones privilegiadas y confidenciales. Así se manifestaba en una de las recomendaciones del Parlamento Europeo con la creación de un protocolo sanitario europeo de control⁴⁹⁷. Seguramente el poder encontró en esta forma de actuación una red más tupida, más ancha y más larga para pescar más peces (Cohen: 1988). Se cataloga, controla, persigue y castiga, como siempre, a los mismos, a los Otros y Otras de quien habla Teresa San Román (San Román: 1996).

Como decía Deleuze a Foucault a propósito del poder: «Toda clase de categorías profesionales van a ser invitadas a ejercer funciones policíacas cada vez más precisas: profesores, psiquiatras, educadores de toda clase, etc. Ahí nos encontramos con algo que ya anunciaste hace tiempo y que se pensaba que no iba a poder producirse: el fortalecimiento de todas las estructuras de encierro». (Foucault, 14-15: 1984). Es relativamente fácil hacer un paralelismo entre estas palabras y lo que propone el Modelo GC, en que prima el control sobre ciertos colectivos de mujeres, niñas y familias procedentes de los 28 países que practican la MGF del África Subsahariana frente a la verdadera prevención de la práctica.

Miradas profesionales. Ámbito de inmigración

«El que passa és que jo per exemple penso que la prevenció i tot això, s'hauria de fer des de salut. [...] Està clar de que actualment, però no en mutilació, està passant en tot, hi ha una idea de controlar tot, i sobretot a la població immigrant. De tenir tot de dades i fer control del que fan [...].

Jo penso que els mossos no ha d'estar. Igual que a nosaltres també ens volien posar la policia local i jo pensava, "sí home, a sobre la policia local", i vaig dir no, ja si tenim mossos, no cal posar la policia local perquè sinó ja, la força de... però.... no tothom ho veu així, eh?

[...] Jo penso que l'enfocament que es fa ara és molt de control. I jo per tant, ja penso que és una cosa que ja m'ha deixat de, no sé, jo ho di, mira precisament avui m'han trucat: "mira el caso de..., la tècnica de serveis socials, he parlat amb els mossos " i a mi m'arriba de rebot

⁴⁹⁷ Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la EU (2008/2071 (INI).

les informacions. Ara tenen una reunió el dilluns i jo no participo d'aquesta. No participo, perquè no hem donat la gana, perquè ja arriba un moment que dius, la família ho té clar, no?. Llavors ja dius, "osti, ja hem incidit, tant, no?" Al final ells també són adults, ja prendran una decisió i ja estan informats, deixem-los, no?. Aquí no ho fariem amb la població d'aquí.

[...] Respecte a les taules, jo penso que la idea es bona, o sigui taules de prevenció, el nom i el treball, sí. Ara, tal i com està funcionant ara, no. Si es vol controlar, sí. Si es vol prevenir, no, s'ha de reformular. Si lo que es vol és realment arribar a la població, sense preses i jo penso que hem de ser una mica més no sé, qüestionar-nos nosaltres també altres coses. Potser conèixer més, viatjar més. Mirar-nos més, fer altres coses. Per tant, jo penso que no. Tal i com està funcionant ara, no. Ara, si volem controlar, sí, però que els tenim super controlats. Estan acollonits cada vegada que han de sortir. Clar al final dius, cal?, hi ha una dona que ha marxat quatre vegades perquè tenien malalts i tal. Clar, les quatre vegades ha hagut de , ara ja no, ara la última vegada , no cal que passis un altra vegada, però clar, cada vegada que surt amb les nenes, llavors clar és que al final, què fem?»

Transcripció entrevista P19,
Referente de una Mesa de Prevenció de l MGF.
Provincia de Girona, 07.03.2014

La provincia de Girona ha sido un espejo para el resto de Cataluña, produciéndose los mismos errores. La situación vivida en 2004 y 2005 en la provincia de Girona, con actuaciones tremendamente punitivas, se repetirá en las demás provincias así como vaya extendiéndose el Modelo GC.

2.2. Resto de Cataluña

Miradas profesionales. Àmbit de salut

«En el Gironès estaven creades, nosaltres les vàrem copiar i el Pla Director agafava el model de Girona, perquè a mi em semblava que era un model que s'ajustava a la realitat del territori. A Barcelona no vàrem aconseguir crear ni una, ni una, només la regional. Ens vàrem reunir dos vegades amb l'Ajuntament de Barcelona, amb l'Agència de Salut Pública de Barcelona, que és també responsable de l'àmbit de la salut de Barcelona, i la creació de les taules pels municipis, no hi va haver la capacitat..., perquè clar, necessites algú que lideri allà, que ho faci, no?, en canvi a Lleida es va crear, les regionals, després això s'ha de dinamitzar, s'ha de seguir, tens que tenir un líder, perquè acabi fent tota la feina, perquè si

no, les taules no es convoquen soles, no es fan les actes soles, no..., i això si no ho tens molt difícil, és una feina més la feina que ja està, del dia a dia.»

Transcripción entrevista P44,
Representante del Departamento de Salud en la Comissió Nacional per a una Intervenció
Coordinada contra la Violència Masclista y del Grupo de trabajo de MGF de Cataluña.
24.07.2014

Fuera de la provincia de Girona, la Generalitat contabiliza más de cincuenta mesas. Como se verá en este apartado, se contabiliza como tal cualquier municipio que haya iniciado algo relacionado con el tema, ya sea un protocolo municipalizado derivado del protocolo general, como es el caso de Premià de Mar (2008), ya sea alguna actividad aislada relacionada con ello, como es el caso de localidades en las que se organizó una sesión con las ONGs Gamcotrap y Tostan⁴⁹⁸.

Tabla 28. Más de 50 supuestas Mesas de Prevención de MGF en Cataluña
(excepto la provincia de Girona) [2014]

Año de creación de las 50 supuestas Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña (excepto las 20 de la provincia de Girona). [2014]			
Nº	2008	2009	2010
21	Pineda de Mar, Calella, Malgrat	31. Consell Comarcal Anoia	51. Mataró
22	Premià de Mar	32. Igualada	52. Manresa
23	Ripollet	33. Barberà del Vallès	53. El Prat de Llobregat
24	Tàrrrega	34. Solsona i Solsonès	54. Vilanova i la Geltrú
25	Granollers	35. Berga i Berguedà	55. La Seu d'Urgell
26	Sant Celoni	36. Comarca del Bages	56. La Segarra
27	Vilanova del Camí	37. Moià	57. Montblanc
28	Torelló	38. Vic	58. Mollerusa
29	Tona	39. Consell Comarcal Osona	2011
30	Manlleu	40. Arenys de Mar	59. Reus
		41. Tremp	60. Tarragona
		42. Hospitalet de Llobregat	61. Cambrils, Vila Seca, Salou
		43. Roquetes	62. Canovelles
		44. Ciutat Meridiana	63. Sabadell
		45. Urgell	Otras situaciones que contabilizan
		46. Martorell	64. Terrassa 70. Tarragona
		47. Mollet del Vallès	65. Badalona
		48. Parets del Vallès	66. Tortosa
		49. St. Andreu de la Barca	67. Comarca Vallés Occidental
		50. Sitges	68. Balager
			69. Segrià

Fuente: Elaboración propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

Direcció General d'Immigració (2013) *Informe sobre les Taules de MGF a Catalunya 2013*. Barcelona, 25 pàgines. [Informe encargado a un estudiante en prácticas. Informe no publicado, recopilado gracias al trabajo de campo. De este informe se desprende la nota de prensa del 27.05.2014, en la que se habla de que "existen más de 70 Mesas de Prevención de la MGF".

⁴⁹⁸ La Generalitat de Catalunya en 2009, organizó una jornada sobre la MGF en el Caixa Forum de Barcelona, en esta jornada se invitó a dos ONG africanas, Gamcotrap de Gambia y Tostan de Senegal. Posterior a esta jornada la Secretaria d'Immigració, organizó un tour por diferentes municipios en los que se realizó una sesión con población africana.

Según un informe no público de la Dirección General de Inmigración de la Generalitat de Catalunya⁴⁹⁹ encargado a un estudiante en prácticas sobre el estado estas más de cincuenta supuestas mesas de las provincias de Barcelona, Tarragona y Lleida, sólo se dispuso de información del estado de cinco. Ninguna de ellas envió el cuestionario⁵⁰⁰ que solicitó la Dirección General de Inmigración. Pese a ello, la nota de prensa del 27 de mayo de 2014 continuaba anunciando que había más de «70 mesas locales y comarcales de prevención de la MGF» y que Cataluña era «pionera en el abordaje y la prevención de la ablación del clítoris gracias al *Procolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* vigente des de 2001». Añadía que este sistema se enmarcaba «dentro de la Comisión Nacional para una intervención coordianda contra la violencia machista».

El mismo informe distingue hasta cuatro escenarios diferentes: mesa activa de actuación frente a la MGF, mesa de violencia machista o maltrato infantil, municipios en los que se trabajó en un protocolo y otro escenario en el que no exististe ni mesa ni protocolo.

Tabla 29. Escenarios de las supuestas Mesas de MGF en Catalunya (excepto Girona) 2014

**Diferentes escenarios contabilizados como
Mesas de Prevención de la MGF (2014) excepto provincia de Girona**

4 ESCENARIOS			
Mesa activa MGF	Mesa Violencia Machista o Maltrato Infantil	Trabajó en un protocolo	No Mesa No protocolo
1. Consell Comarcal d’Anoia	1. Arenys	1. Granollers	1. Balaguer
2. Calella	2. Cambrils	2. Ripollet	2. Mollet del Vallès
3. Hospitalet de Llobregat	3. Canovelles	3. Roquetas	3. Montcada i Reixac
4. Mancomunitat de la Plana	4. Consell Comarc. Alt Penedès	4. Manresa	4. Premià de Mar
5. Manlleu	5. Consell Comarc. Bages	5. Igualada	5. Sitges
6. Martorell	6. Consell Comarc. Segrià	6. Vic	6. Terrassa
7. Solsona	7. El Prat de Llobregat	7. Reus	7. Comarca d’ Urgell
8. Tàrraga	8. Cervera (la Segarra)	8. Consell com.Osona	8. Vila-Seca
9. Torelló	9. Pareds del Vallès		
10. Tremp	10. Rubí		
11. Vilafranca del Penedés	11. Sabadell (M.H.)		
	12. Mataró (M.H.)		
Total 11	Total 12	Total 8	Total 8

31 Mesas exclusivas de MGF en Cataluña: 20 de Girona + 11 del resto de Cataluña
12 (otros espacios) = 43 en toda Cataluña

Fuente: Elaboración propia, a partir del trabajo de campo y de las fuentes:

Direcció General d’Immigració (2013) *Informe sobre les Taules de MGF a Catalunya 2013*. Barcelona, 25 pàgines. [Informe encargado a un estudiante en prácticas. Informe no publicado, recopilado gracias al trabajo de campo. Nota de prensa del 27.05.2014 “existen más de 70 Mesas de Prevención de la MGF”.

⁴⁹⁹ Direcció General d’Immigració (2013) *Informe sobre les Taules de MGF a Catalunya 2013*. Barcelona, 25 pàgines. [Informe encargado a un estudiante en prácticas. Informe no publicado, recopilado gracias al trabajo de campo. De este informe se desprende la nota de prensa del 27.05.2014, en la que se habla de que “existen más de 70 Mesas de Prevención de la MGF”.

⁵⁰⁰ Ver Anexo III, punto: III.I. Ficha de recogida de datos de las Mesas de Prevención de la MGF.

Después de realizar el trabajo de campo, se contrasta que el despliegue es irregular a nivel territorial y que no existe una evaluación del trabajo de estas mesas o espacios.

Miradas profesionales. Ámbito de inmigración

«La fitxa és la mateixa, la metodologia és la mateixa. Aquí també ho vàrem fer, una persona que feia el treball de màster, ii ho vàrem fer tres anys. Jo si vols t'ho ensenyaré, el que passa és que en el seu moment vaig valorar, que... Informe oficial no n'hi ha.»

Transcripción entrevista P47,
Referente Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania
(antigua Secretaria per a la Immigració)
13.02.2017

A continuación se detalla una tabla con las 25 supuestas mesas locales de prevención de la MGF de la provincia de Barcelona.

Tabla 30. 25 supuestas Mesas de MGF en la Provincia de Barcelona [2013]

25 supuestas Mesas de Prevención de la MGF en la provincia de Barcelona [2013]				
Nº	2008 - 2009	Confirmación mesa	2010 - 2011	Confirmación mesa
1	Pineda de Mar, Calella, Malgrat (2008)	✓ (2013)	19 Vilanova i la Geltrú (2010)	✓ (2013)
2	Premià de Mar (2008)	✗ (2013)	20 Canovelles (2011)	✓ (2013)
3	Ripollet (2008)	✗ (2013)	21 Sabadell (2011)	✓ (M.H 2013)
4	Granollers (2008)	✓ (2013)		
5	Sant Celoni (2009)	✓ (2013)		
6	Mataró (2009)	✗ (M.H.2013)	Otras situaciones contabilizadas	
7	Arenys de Mar (2009)	✗ (2013)	22. Terrassa	✗ (2013)
8	Moià (2009)	✗ (2013)	23. Badalona	✗ (2013)
9	Manresa (2009)	✗ (2013)	24. Consell Comarcal Vallès Occidental	✗ (2013)
10	Barberà del Vallès (2009)	✗ (2013)	25. Consell Comarcal Baix Llobregat	✗ (2013)
11	Mollet del Vallès (2009)	✗ (2013)		
12	Parets del Vallès (2009)	✗ (2013)		
13	Hospitalet del Llobregat (2009)	✓ (2013)		
14	Martorell (2009)	✓ (2013)		
15	Sant Andreu de la Barca (2009)	✗ (2013)	Notas: 1. Confirmación mesa MGF: año de confirmación del espacio como tal. 2. (M.H) = Modelo Híbrido (ver capítulo 2, <i>Las Mesas de Prevención de la MGF</i> , apartado 8).	
16	Sitges (2009)	✗ (2013)		
17	Roquetes (2009)	✗ (2013)		
18	Ciutat Meridiana (2009)	✗ (2013)		

Fuente: Elaboración propia, a partir del trabajo de campo en Pineda de Mar (2009), Moià (2011), Mataró (2009-2014-17), Sabadell (2011-16), Ripollet (2013), Vilanova i la Geltrú (2013). Formación CEPAIM 06.06.2013, Departamento de Interior, profesionales de: Nou Barris, Manresa, Calella, Tàrraga, Terrassa, Parets del Vallès, Sabadell, Granollers y Badalona. Bibliografía: Direcció General d'Immigració (2013) *Informe sobre les Taules de MGF a Catalunya 2013*. Barcelona, 25 pàgines. [Informe encargado a un estudiante en prácticas. Informe no publicado, recopilado gracias al trabajo de campo] y documento facilitado en la entrevista realizada a la Secretaría de Igualdad, Inmigración y Ciudadanía (23.02.2017).

En la mayoría de municipios de la provincia de Barcelona no existen las Mesas de Prevención de la MGF, a diferencia de la provincia de Girona. En el capítulo anterior, se han descrito algunos trabajos realizados a nivel municipal que cabalgan entre el Modelo GC y el modelo Wassu, al que los hemos llamado Modelos Híbridos⁵⁰¹. En otros municipios, se ha vehiculado el tema de la MGF a través de los circuitos de violencia machista en el marco de la Ley 5/2008, sin destinar los recursos necesarios para la prevención integral y en otros se ha vehiculado a través de las Mesas de Infancia, centradas exclusivamente en la infancia en riesgo. Un ejemplo de ello se describe a continuación.

En este municipio del Vallès Oriental nunca ha existido una Mesa de Prevención de la MGF, aunque la Generalitat lo ha computado como tal. El tema de la MGF se incorporó en la comisión de infancia y adolescencia, liderada por los servicios sociales desde el enfoque del maltrato infantil. Esta comisión existe desde hace más de diez años y está compuesta por todos los servicios que tratan la infancia y la adolescencia (escuelas, el servicio de salud (pediatría), institutos, Mossos d'Esquadra, aunque ahora ya no están, CDIAP, servicios sociales, cultura, etc.) El objetivo era la elaboración de un protocolo de coordinación de los servicios frente al maltrato infantil. En esta comisión se incluyó posteriormente el tema de la MGF, concretamente cuando se acercaban las vacaciones. Escuelas y salud eran los servicios que según el propio ayuntamiento detectaban los viajes. Este sistema les ha generado más de una alarma, pero se ha podido neutralizar por la coordinación entre ellos. Mossos d'Esquadra no participan.

Miradas profesionales. Ámbito de servicios sociales e inmigración

«[...] De seguida les alarmes, no?, normal, hi ha les pors, després hi ha alguna mama de l'escola que es Mossa, «que marxem, que marxem demà», bueno, no passa res, i sempre es crea així, i hem d'anar parlant. Sempre hi haurà nenes que tornaran, hi hauran que no tornaran, probablement. Però de la major part que han viatjat han tornat bé.»

Transcripción entrevista P29,
Municipio 6,
30.03.2017

⁵⁰¹ Ver capítulo 6. Las Mesas de Prevención de la MGF en Catalunya. Apartado 8. Modelos híbridos de intervención ante la MGF.

Pese a que el municipio se desmarca del Modelo GC, la actuación frente a la MGF se centra básicamente en el abordaje del tema a partir del nivel 4 del protocolo catalán con la programación de un viaje. Cabe añadir que se realizó una jornada en la que se habló de las consecuencias sanitarias y legales de la MGF así como de la reconstrucción como actividad enmarcada dentro del nivel 1 de prevención. Asimismo, existe la percepción de que salud ha delegado el tema a servicios sociales y a la técnica de acogida y que toda la prevención es deficiente por falta de formación.

En cuanto al trabajo comunitario, el ayuntamiento ha realizado encuentros con las asociaciones gambianas, especialmente del pueblo de Misera y Senegal de la zona de Tambacounda. Visto el procedimiento punitivo de la Generalitat, uno de los temas que más preocupa es del de las niñas reagrupadas que llegan mutiladas.

Por parte de la Generalitat, los y las profesionales no han recibido formación para trabajar este tema. Inmigración se preocupa por los datos, los cuales incitan más al control que a la prevención, como ya se ha comentado.

Miradas profesionales. Ámbito de servicios sociales y inmigración

«[...] , quantes nenes tens, quantes han viatjat. Clar, jo visc malament el tema de les dades. Clar, jo entenc que si vols fer un estudi... però clar, l'altra part, quantes nenes tens, i estem dient que hi ha nenes espanyoles que malgrat son espanyoles, van a Misira igual i tenen edat perquè se'ls hi pugui fer i podríem també incorporar aquestes nenes. Amb el tema de les dades, ho porto malament. [...] Aquest any no he presentat les dades, perquè ho visc malament. Què vols nenes negres? [...], com bàsicament acabo intervenint-hi, no és difícil obtenir les dades. [...], no hi ha molts viatges. S'ha de fer nominalment.»

Transcripción entrevista P28,
Municipio 6, 30.03.2017

En la Provincia de Lleida en 2013 había tres protocolos de actuación frente a la MGF: el del Consell Comarcal (Segrià)⁵⁰², el del Institut Català de la Salut de Lleida⁵⁰³ y el del

⁵⁰² Protocol per a l'atenció integral a les víctimes de la violència masclista de la comarca del Segrià.

⁵⁰³ Institut Català de la Salut Lleida Atenció Primària (2012) *Actuació preventiva i abordatge de la MGF*. [Documento borrador, versión junio 2012. 56 páginas].

Ajuntament de Lleida⁵⁰⁴. Los tres planteaban diferentes miradas sobre el abordaje de la MGF y no estaban coordinados entre ellos. El Ayuntamiento de Tàrrega también creó un protocolo bajo el enfoque de la violencia machista, que incluye la MGF⁵⁰⁵.

Posteriormente, en abril de 2013 la Comisión Técnica del Circuito para el abordaje de la violencia machista de la demarcación de Lleida (que incluye las 7 comarcas: Segrià, Segarra, Garrigues, Pla d'Urgell, Urgell, Noguera y Solsonès) elabora el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista a la demarcació de Lleida⁵⁰⁶, en el que se incluye la MGF, en el marco de la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho a las mujeres a erradicar la violencia machista.

Un año más tarde, en 2014 la Dirección General para la Inmigración organiza en Lleida, la Jornada «L'abordatge i prevenció de les mutilacions genitals femenines: el treball des de les comunitats i des dels professionals», de tres horas y media de duración, en la que se pretendía capacitar a los y las profesionales en la detección y el abordaje de la MGF. Se presentó el nuevo marco normativo de la Ley Orgánica del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal. Dos años más tarde, se produce un caso en el que se retiran los pasaportes de forma permanente, hasta los 18 años de edad, a dos menores de nacionalidad maliense por riesgo de MGF frente a la programación de un viaje a Mali⁵⁰⁷. No se había trabajado el tema de la MGF previamente desde la prevención. La judicialización del caso fue la primera medida tomada. La Asociación Maliense de Lleida contrató a una abogada porque creía que no se había intervenido correctamente con esta familia.

⁵⁰⁴ Ajuntament de Lleida (2012) *Protocols d'actuació per prevenir les mutilacions genitals femenines i matrimonis forçats al municipi de Lleida*. [Documento borrador, facilitado por la Regiduría de Derechos Civiles, Cooperación e Igualdad del Ayuntamiento de Lleida, el 18.10.2012 a la Fundación Wassu-UAB]. Esta reunión fue a demanda de la Fundación Wassu-UAB. El Ayuntamiento de Lleida había pedido por email a la F.W., una valoración de su protocolo municipal. En esta reunión, presentamos un informe valorativo del protocolo (que realizamos gratuitamente) y se presentó la existencia de otros protocolos existentes en Lleida, con diferentes criterios de intervención, por lo que se recomendó ir más allá de la creación de otro protocolo, para coordinar y formar a los y las profesionales de atención primaria, en el marco de un convenio de colaboración. El propio ayuntamiento sólo se había marcado realizar un protocolo, por lo que no se avanzó en este aspecto, quedando la Fundación Wassu-UAB a su disposición.

⁵⁰⁵ Ajuntament de Tàrrega. *Protocol sobre maltractaments, abusos sexuals, matrimonis forçats i mutilació genital femenina en menors*. 21 páginas.

⁵⁰⁶ Comissió Tècnica del Circuit per a l'abordatge de la violència masclista a la demarcació de Lleida (2013) *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista a la demarcació de Lleida*. [Documento no editado, publicado a en: www.gencat.cat/icdones] [Consultada: junio 2013].

⁵⁰⁷ Este caso no se ha descrito en el punto 3.3. Actuaciones punitivas, porque no es de nuestro ámbito de estudio y por extensión de la tesis.

En la nota de prensa del 6 de febrero de 2017⁵⁰⁸ se sigue anunciando que la Secretaría de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía «coordina 65 mesas locales en el territorio para la prevención de la MGF». A continuación se detalla la nueva lista:

Tabla 31. 42 supuestas Mesas de la MGF en Catalunya, excepto provincia de Girona [2017]

Mesas de Prevención de la MGF en Cataluña (excepto las 20 de la provincia de Girona). Fuente: Generalitat de Catalunya [2017]			
Nº	Ámbito Metropolitano Barcelona	Cataluña Central	Campo de Tarragona
1	Mataró	19 Manlleu	33 Tarragona
2	Premià de Mar	20 Vic	34 Reus
3	Pineda de Mar y Calella	21 Torelló	35 Conca de Barberà
4	Malgrat	22 Anoia (Calaf, Montbui, Piera)	36 Alt Camp
5	Sabadell	23 Berga Berguedà	
6	Terrassa	24 Osona	Terres de l'Ebre
7	Rubí	25 Bages	37 Baix Ebre (Tortosa)
8	Cerdanyola del Vallès	26 Solsonès (Solsona)	38 Ribera Ebre
9	Montcada i Reixac	27 Igualada	39 Terra Alta
10	Granollers	Ponent	40 Montsia
11	Canovelles	28 Lleida	
12	Mollet del Vallès	29 Tàrraga	Alt Pirineu i Aran
13	Parets del Vallès	30 Segarra	41 Alt Urgell
14	Hospitalet de Llobregat	31 Segrià	42 Pallars Jussà
15	Vilanova i la Geltrú	32 Garrigues	
16	Martorell		
17	Sant Andreu de la Barca		
18	Sant Celoni-Baix Montseny		

Fuente: Elaboración propia, a partir la entrevista realizada al responsable de la Secretaria de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía (antigua Secretaria para la Inmigración). Entrevista realizada el 23.02.2017 en la misma Secretaria.

El responsable técnico reconoce que el despliegue de las mesas ha sido desigual a nivel territorial, poniendo como ejemplo la provincia de Lleida.

Miradas profesionales. Ámbito de inmigración

«La zona de Ponent és una assignatura pendent i que encara hem d'estar més forts, tot i que a través de la Segarra i a través dels SIADS i els Consells Comarcals ho estem activant, que és per on havia d'entrar.»

Transcripción entrevista P47,
Referente de la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania
(antigua Secretaria per a la Inmigració)
13.02.2017

⁵⁰⁸ Sala de Premsa Generalitat de Catalunya (2017) Durant el 2016 més de 150 famílies han signat el seu compromís contra la mutilació genital femenina.

En la provincia de Tarragona en 2016 se dió a conocer a través de la prensa⁵⁰⁹ un caso de MGF en una niña reagrupada, en el que la Generalitat, como acusación particular, pidió 10 años de prisión para los padres⁵¹⁰. Un año después, el 15 de febrero 2017, Tarragona fue el escenario escogido por la Generalitat, para realizar la jornada anual sobre la MGF. En esta jornada se presentó la experiencia de dos de las cuatro mesas de la provincia: las de Tarragona y de Montblanc (Conca del Barberà).

Intervino la coordinadora del protocolo de violencia machista del ayuntamiento de Tarragona y una trabajadora social de atención al ciudadano de la región sanitaria del Camp de Tarragona. Manifiestaron que el trabajo realizado hasta el momento había sido el registro de las niñas en relación a sus orígenes y localización en la ciudad así como el diseño de una ficha de recogida de datos. Ambas ponentes manifiestaron que el reto era formar a los y las profesionales sobre el tema.

De Montblanc (Conca de Barberá) participaron la técnica de políticas migratorias del Consell Comarcal de la Conca del Barberà y una pediatra del CAP de Montblanc. Si bien esta mesa se inicia a raíz de un caso en 2010 en Montblanc, posteriormente se amplía a nivel de comarcal y a la zona donde se da el caso V (2015). Según las ponentes «la Mesa de Prevención ha pasado por un período de *stand by* y en 2016 se ha reactivado en el formato territorial». La pediatra aportó su experiencia, pero manifiesta que sólo tienen 9 familias (8 de la etnia wolof de Senegal, que no practican la MGF y una de Ghana, con una prevalencia del 4%).

En la entrevista realizada en febrero de 2017, se nos comenta el estado la Mesa de Prevención de Reus, en la que se destaca el trabajo discontinuo. Sin embargo, a lo largo de estos años también se ha contabilizado como Mesa de Prevención de la MGF.

⁵⁰⁹ Juanpere, A. (2016) Piden 10 años de prisión para una pareja por la ablación de su hija. *Diari de Tarragona*, 19 de julio de 2016, 6.

⁵¹⁰ Ver apartado 3. Impacto del Modelo GC La MGF como un problema de violencia machista. Apartado 3.4. Sentencias, punto 3.4.4. Caso provincia de Tarragona (2015).

2.3. Evaluación de la metodología y las herramientas

Anualmente, la Secretaria de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía (anterior Dirección General para la Inmigración) pide a cada municipio que rellene el cuestionario *Dades de les taules locals de prevenció de la MGF*, el cual fue creado por el Grupo de Trabajo sobre la prevención de la MGF de las comarcas de Girona⁵¹¹. El objetivo principal es la recogida de datos para conocer el estado de la cuestión en el territorio y elaborar un informe compartido⁵¹² entre municipios. Este informe es delegado a un estudiante en prácticas con directrices diferentes cada año, por lo que no serán comparables.

Miradas profesionales. Ámbito de servicios sociales

«L'Eva ho va acceptar fa dos anys (informe 2013) perquè era la meva alumna de pràctiques i ella com a treball de fi de grau va voler fer un treball de mutilació i com que venia amb mi es va oferir a fer l'informe.»

Transcripción entrevista P22,
Técnica referente de una Mesa de MGF. 12.05.2014

Al finalizar la reunión anual de coordinación de las mesas de la provincia de Girona, celebrada el 5 de noviembre de 2013, la representante del Departamento de Interior pidió si alguien conocía algún estudiante (que pasara por el servicio haciendo prácticas) para que pudiera hacer el informe del próximo año (2014). Estos son los recursos destinados a este tema y una prueba del rigor de los mismos. Otro objetivo del cuestionario, según fuentes de inmigración era la dinamización de las mesas locales y asegurar que se reunieran al menos dos veces al año para hacer la revisión y contabilización de los casos. Según Marzo (2013), no se utilizó una metodología científica para confeccionar este documento de recogida de datos.

⁵¹¹ El grupo de trabajo sobre la prevención de la MGF de las comarcas de Girona, forma parte de la comisión técnica de seguimiento de protocolos de violencia y nace en septiembre 2009 para impulsar y coordinar la actuación ante la MGF en el territorio. Está formado por un representante de: salud, municipios de más de 20.000 habitantes, interior, educación, Consells Comarcals e inmigración. Es liderado por la Dirección General de Inmigración. Ver capítulo anterior.

⁵¹² Estos informes corresponden a las memorias. De la provincia de Girona contamos con el informe del 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014. Del resto de Mesas de Catalunya se agrupan en un solo informe y disponemos el del año 2013, correspondiente a los datos del 2012.

Miradas profesionales. Àmbito de inmigración

«Respecte als informes⁵¹³ [...] després de 4 anys penses que potser hem de ser més ambiciosos i hem de començar a pensar que això hauria de ser una foto del que passa a cada territori o una part del territori. Jo crec que fins ara aquests informes no tenen cap validesa científica.»

Transcripción entrevista P43, técnico de la administración
04.07.2014

El resto de supuestas mesas de Catalunya, según el *Informe sobre les Taules de MGF a Catalunya 2013*⁵¹⁴, informe borrador que hemos tenido acceso, las dificultades para rellenar la ficha de recogida de datos son mayores y confirman que de las supuestas cincuenta⁵¹⁵ solamente se recibió la ficha de cinco⁵¹⁶.

Miradas profesionales. Àmbito de inmigración

«Mirant els indicadors de 2012 y 2013, que com tu deies és que és compleix i t'explicaré una mica això, allà en vam tirar una mica a la piscina, de voler demanar unes coses que eren molt complexes, complicades i difícils de tenir però això després ara, demanem coses molt bàsiques i elementals [...]»

Transcripción entrevista P47,
Referente Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania
antigua Secretaria per a la Immigració)
13.02.2017

Con la ficha de 2016 no se ha podido realizar ningún informe puesto que no se dispone de los datos suficientes. Según la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania, el período de entrega del cuestionario todavía está abierto a fecha de 13.02.2017.

⁵¹³ Informes de las mesas de las comarcas de Girona (2010-11-12-13)

⁵¹⁴ Direcció General d'Immigració (2013), *op. cit.*

⁵¹⁵ Nota de prensa "Experts en la lluita contra la mutilació genital femenina analitzen l'impacte de la jurisprudència recent", del 27 de mayo de 2014: "S'han desplegat més de 70 Taules locals i comarcals de Prevenció de la MGF".

⁵¹⁶ Fuente: Mail enviado el 30.10.2013. En: *Diario de campo 5 [De 5 de octubre de 2013 a 4 de marzo de 2014]*, día 30 de octubre de 2013, página 39.

Miradas profesionales. Ámbito de inmigración

«Clar, com ho recullo això, molta informació d'aquesta ens és difícil tenir-la, hem demanat a salut, que és qui l'ha de tenir, que ho pugui pautar bé i molta d'aquesta no la tindrem, ja t'ho dic ara. Les estem rebent ara, perquè ens varem imposar una data, que l'hem allargada, perquè no les estem tenint, perquè molta informació d'aquesta la taula les ha d'anar recollint, surt tot el tema aquest de la confidencialitat, ja diem a tots que són números, que son dades, que son des de salut. Llavors té la complexitat que cada taula, els professionals de salut l'han de tenir i no a tot arreu és tan fàcil. [...] “Els altres ítems del 2012, 2013 eren potser massa ambiciosos.»

Transcripción entrevista P47,
Referente Secretaría de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía.
13.02.2017

Sin embargo, la ficha del 2016 sigue siendo muy parecida a las anteriores e incita más al control que a la prevención. Algunos municipios que han trabajado con una metodología distinta al Modelo GC, por ejemplo desde el modelo Wassu, al no presentar las fichas han sido tildados de no colaboradores, sin interesarse por el tratamiento de la prevención que se aplica.

2.3.1. Valoración de la ficha de recogida de datos. Generalitat de Catalunya

Según los informes del 2011⁵¹⁷ y 2012⁵¹⁸ de la provincia de Girona, las dificultades que presenta la ficha son:

- La no presentación de la ficha por motivos relacionados con la incapacidad del seguimiento de los casos y por la confidencialidad de datos, a los que no podían tener acceso los y las referentes⁵¹⁹.

⁵¹⁷ Viñolas, L., Carrillo, M.J., Prat, L. y Ciurana, M. (2011) *Informe sobre la MGF a les Comarques Gironines*. Girona. 46 páginas. [Informe encargado por el Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona, a la estudiante en prácticas M.J. Carrillo. No publicado, recopilado gracias al trabajo de campo].

⁵¹⁸ Marzo, E. (2012) *Informe sobre l'estat de les MGF a les Comarques Gironines al 2012*. Barcelona, Universitat de Barcelona. 35 páginas. [Este informe, es un extracto del trabajo de fin de Grado en Trabajo Social, de la estudiante Eva Marzo. Realizado en su periodo de prácticas en el Ayuntamiento de Girona. Encargado por el Grupo de Trabajo de MGF de Girona. Informe presentado en la reunión anual de los y las referentes de las Mesas de MGF de la provincia de Girona, el día 05 de noviembre de 2013, el cual asistimos, en el marco de esta investigación. Informe no publicado, sin embargo, el trabajo de Marzo.

⁵¹⁹ Por ejemplo, la etnia no se especifica en el Padrón municipal, por considerarse un dato confidencial.

- Ítems incompletos, como el de «niñas en riesgo». Manifiestan que no tienen un sistema de recogida digno y facilitador. Se recoge que algunas Mesas de Prevención «tienen dificultad en la recogida por la inaccesibilidad de estos datos o por la falta de un posicionamiento político de sus ayuntamientos relacionados con la erradicación de la MGF».
- Se destaca por parte de algunas mesas la «falta de soporte institucional, tiempo y recursos» para poder rellenar la ficha.
- El uso de varias fuentes para rellena la ficha, por lo que dificultan su comparación. “Pese a que el cuestionario especifica que la recogida ha de ser el resultado del criba de los datos del padrón municipal con los datos del ámbito sanitario”.
- Se remarca que han aparecido muchas dificultades», sin especificarlas y se vuelve a plantear una revisión de la ficha.
- Falta de formación de los y las profesionales para la recogida de datos. Se suma la falta de tiempo y recursos. Se destaca la voluntariedad de la asistencia y un esfuerzo extra no contemplado en el resto de cargas laborales.
- Falta de metodología en la formulación del cuestionario de recogida de datos que formula el Grupo de Trabajo.

De hecho, en la reunión anual de los y las referentes de las mesas locales de la provincia de Girona, en la que se presentó el informe del 2012, se abrió un debate interesante. Destacamos las siguientes conclusiones⁵²⁰:

- Dificultades para la explotación de datos.
- Dificultades para la recogida de datos.
- Inmenso esfuerzo para la recogida de datos para rellenar la ficha.

⁵²⁰ Reunión celebrada en la sede de la Generalitat de Catalunya en Girona, el día 5 de noviembre del 2013 En: *Diario de campo 5 [De 5 de octubre de 2013 a 4 de marzo de 2014]*, día 5 de noviembre de 2013, página 55: “reunión de coordinación de las mesas locales. Grupo de trabajo de MGF de Girona”.

- Diferentes miradas y distintos criterios de intervención ante la MGF entre los y las referentes de las mesas, por lo que se evidencia que en cada territorio la intervención puede ser diferente.
- Gran debate sobre lo que se consideraba niña en riesgo. No se llegó a un consenso sobre este concepto. El epígrafe de la ficha de recogida de datos que define este concepto se ha cambiado cada año. Se vuelve a discutir el epígrafe de la nueva ficha de recogida de datos. No se llega a un consenso.
- Dificultades para la convocatoria de las reuniones anuales de las mesas y dificultades para el seguimiento de las intervenciones.

Estas dificultades se han contrastado con el 60% de los y las representantes de las Mesas de Prevención de la MGF de la provincia de Girona.

Las recomendaciones respecto a al ficha de recogida de datos cuantitativa que se recogen en el Informe de 2012 de la provincia de Girona son:

- Modificar el cuestionario de recogida de datos de las mesas locales.
- Vincular la redacción del informe anual y la reformulación de la recogida de datos, a personas del ámbito universitario, con conocimientos de investigación social, a través de una metodología.

Respecto a la metodología y a los resultados esperados, un técnico de la administración comenta:

Miradas profesionales. Ámbito de inmigración

«Respecte als informes⁵²¹ [...] després de quatre anys penses que potser hem de ser més ambiciosos i hem de començar a pensar que això hauria de ser una foto del que passa a cada territori o una part del territori. Jo crec que fins ara aquests informes no tenen cap validesa científica.»

Transcripción entrevista P43,
profesional de inmigración, provincia de Girona. 21.07.2014

⁵²¹ Informes de las mesas de las comarcas de Girona (2010-11-12-13)

El esfuerzo que realizan los y las referentes para rellenar la ficha ni tiene validez científica ni se pueden comparar entre municipios. Además se han tenido que consultar datos de padrón e historias clínicas nominales, por lo que los y las referentes de las mesas han tenido que diseñar herramientas para controlar los casos que se exponen en el punto cinco. A partir del 2013 en la provincia de Girona se opta por utilizar un modelo de ficha cualitativo más sencillo.

2.3.2. Valoración de la ficha de recogida de datos cualitativa. Provincia de Girona

Según el *Informe sobre l'estat de les MGF a les Comarques Gironines al 2013*⁵²², la ficha cualitativa ha facilitado la recogida de datos y se han detectado mejoras respecto a los informes anteriores de 2010 a 2012. La mejora que destaca este informe es que todas las Mesas de Prevención de la provincia de Girona presentaron la ficha de recogida de datos. Una no la entregó por el siguiente motivo:

La Taula de X no ha presentant la fitxa perquè manifesten que la situació no ha canviat, doncs tenen al territori dues famílies d'origen d'ètnies practicants de la MGF amb les quals ja s'ha treballat. (Marzo, 2014:14)

Igual que los anteriores, el informe destaca que el ítem con más dificultad de calcular es el referente al número de niñas en riesgo, especialmente en grandes poblaciones.

En el *Informe mutilació genital femenina a les comarques gironines 2013*⁵²³, las referentes proponen:

- Implantación de un programa informático adaptado para el registro de MGF.
- Unificación de criterios de recogida de datos.
- Ampliación de la formación de los profesionales de salud.
- Obtención de datos cualitativos una vez por semestre. Acuerdo con la comisión la evaluación del protocolo.

⁵²² Marzo, E. (2014) *Informe sobre l'estat de les MGF a les Comarques Gironines al 2013*. Girona, Direcció General d'Immigració. Generalitat de Catalunya. 16 páginas. [Documento no publicado, facilitado por la Direcció General d'Immigració].

⁵²³ Marzo, E. (2014), *op. cit.*

- Mejora del sistema de registro y mejora del sistema de intercambio de comunicación encriptada.

Pese a que la valoración se realiza en el capítulo 8, se visualizan pocos avances en la prevención y la atención de la MGF. Los y las referentes de las Mesas de Prevención focalizan su intervención en el control de casos nominales y en la captación y el registro de esta información. Una técnica de inmigración comentaba en la entrevista que se ha avanzado poco en este aspecto. Año tras año se manifiesta prácticamente lo mismo, al menos en la provincia de Girona, sin llegar a ninguna resolución. Empezamos a plantear si realmente existe un interés en la prevención y la atención de la MGF y si la herramienta de las Mesas de Prevención de la MGF son para ello o para otros fines.

2.3.3. Valoración de las herramientas desplegadas en las mesas

Las herramientas desplegadas por las mesas son microprotocolos exclusivos de actuación frente a la MGF regidos por el macroprotocolo autonómico. Tienen como función la articulación territorial y la clarificación de circuitos de actuación frente a la MGF (Mangas, 2010). En la inmensa mayoría, la actuación principal de estos protocolos municipales o circuitos se centra en el control de los viajes de las familias que proceden de los países que practican la MGF, independientemente al grado de valoración del riesgo de MGF. A continuación, se destacan algunas citas de diferentes protocolos sobre la actuación a realizar frente a los viajes de las familias:

1. Frente a un viaje, si la salida del país es inminente y no se tiene la firma del compromiso, se pasaría directamente a informar al juzgado, a los Mossos d'Esquadra y al trabajador social del Área Básica.

Protocolo municipio X (2013)

2. Antes de un viaje, ante la sospecha de un viaje próximo por parte de la familia originaria de un país considerado de riesgo, el profesional que detecta el caso derivará inmediatamente todos aquellos datos que puedan ser de interés al CAP municipal⁵²⁴:

⁵²⁴ CAP: Centro de Atención Primaria en salud. En la versión anterior del protocolo, se derivaba el caso de las familias que viajaban a los servicios sociales y estos los derivaban a salud.

datos de la familia y de la menor que viaja, motivos de viaje, existencia de viajes anteriores por parte de la menor, controles médicos efectuados.

Protocolo municipio X (2014)

3. Sospecha proximidad de un viaje. Activación del circuito establecido. El EAP (Equipo de Atención Primaria), el director/as o el tutor/a rellenan la ficha de derivación de los Servicios Sociales informando de la proximidad de un viaje y facilitan toda la información que crean relevante del caso, para que el SBAS (Servicio Básico de Atención Social), puedan iniciar la intervención establecida en el protocolo.

Protocolo municipio X (2011)

4. Cuando un servicio detecte la posibilidad de un viaje de una menor de origen subsahariano al país de origen (suyo o de sus progenitores), informará al Equipo de Asesoramiento Técnico (EAT) del consorcio X vía mail y si es preciso, vía llamada telefónica. Una vez el EAT haya sido informado, este informará al Servicio Básico de Atención Social (SBAS). En el caso que quien detecte la situación sea un centro escolar, se informará vía mail haciendo uso del "Protocolo de derivación de casos de los centros escolares al SBAS" y si es necesario, vía llamada telefónica.

Protocolo municipio X (2013)

5. Si tenéis alguna alumna la familia de la cual sea originaria de alguno de estos países, cuando tenga previsto marchar de vacaciones a su país es necesario que se lo digamos lo más rápido posible al equipo directivo o a algún miembro del departamento de orientación para poder activar el protocolo de prevención.

Carta de un municipio X (2014)

Algunos profesionales valoran esta herramienta positivamente desde el punto de vista de la protección del menor. Sin embargo, no se ha evaluado su impacto y existe la preocupación por parte de algunos profesionales frente a la masculinización de las

reagrupaciones familiares. Al mismo tiempo, en algunos municipios se percibe una disminución del número de niñas⁵²⁵.

La realización de estos microprotocolos será la actuación principal del ente municipal sobre la prevención y atención de la MGF. No se destinan recursos para ir más allá de la redacción de estos documentos. Se detecta una falta de coordinación y comunicación entre el municipio y los proveedores de salud. Tampoco se evalúa su impacto. Además, el despliegue de dichos protocolos, en la mayoría de los casos, no se contempla con un plan formativo, alegando que corresponde a los servicios pertinentes.

Además de los microprotocolos, algunas mesas han creado bases de datos nominales para poder rellenar la ficha de datos que solicita la Secretaria de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía (anterior Dirección General de Inmigración y anterior Secretaria para la Inmigración). Los Grupos de Trabajo de MGF de la Generalitat de Catalunya son conscientes de esta manera de proceder. Sin embargo, año tras año, continúan pidiendo estos datos a los municipios, incitando más al control que a la prevención sin que se hayan explotado nunca a nivel de Cataluña.

Estas bases de datos vulneran la ley de protección de datos. Gracias al trabajo de campo se han podido recoger hasta seis modelos diferentes⁵²⁶. En la mayoría de bases de datos figura: el nombre de la familia, el país de procedencia, la etnia, el nombre del padre, de la madre, las fechas de nacimiento de ambos, los NIE, la dirección, si la mujer está o no mutilada, el número y nombre de las hijas que tienen, las fechas de nacimiento, si están o no mutiladas, la fecha de la última revisión pediátrica, la escuela a la que van, si la familia ha viajado y si hay previsto algún otro viaje. En otras, son bases de datos sobre las menores que viajan al país de origen de sus padres y figuran: el nombre y el apellido de la menor, el municipio, la fecha de nacimiento, el nombre del padre, de la madre, la nacionalidad de origen, la etnia, los antecedentes familiares,

⁵²⁵ Ver hipótesis y diferentes miradas sobre este aspecto, en el siguiente punto: 3. Impacto del Modelo GC. La MGF como un problema de violencia machista.

⁵²⁶ En el capítulo 6. Las Mesas de prevención de la MGF en Catalunya. Apartado 6. Herramientas específicas creadas por las Mesas de Prevención de la MGF.

la detección del viaje, el motivo de viaje, la revisión previaje, la firma del compromiso, la fecha de salida, la previsión de llegada, la revisión postviaje y las observaciones.

Las fuentes para rellenar estas bases de datos son básicamente el padrón municipal y la historia clínica. Si en el padrón no figura la etnia de las personas, es por un principio ético. Sin embargo, en este caso se recoge la etnia en las bases de datos. Es una información que generalmente no se obtiene. En los casos que se ha obtenido ha sido preguntando directamente a la familia sobre su dialecto, sin que la familia diera el consentimiento para figurar en una base de datos.

Ante este despliegue, siguiendo las palabras de Cohen (1988), la perversión de este sistema llega cuando los y las profesionales de salud, servicios sociales, educación y cuerpos de seguridad, para demostrar la bondad de estas medidas de actuación, justifican los medios de control, estigmatización y vulneración de ciertos derechos de la población subsahariana a favor de una supuesta prevención de la MGF en menores. Este control se realiza de forma enmascarada, bajo la bandera de los Derechos Humanos y desde la erradicación de la violencia machista.

3. IMPACTO DEL MODELO GC. LA MGF COMO UN PROBLEMA DE VIOLENCIA MACHISTA

3.1. Proyección del Modelo de la Generalitat de Catalunya

El Modelo de la Generalitat de Catalunya (GC) se visualiza en la prensa a través de los casos judicializados, las sentencias⁵²⁷ y las actuaciones promovidas por los Mossos d'Esquadra. Estas son, a menudo, enunciadas como una forma de salvación para las menores. Las actuaciones están centradas en vigilar, perseguir y castigar (Foucault, 1975) a las familias africanas, no sin efectos colaterales que afectan negativamente a las familias y a los y las profesionales que intervienen, perpetuando la desigualdad lejos de evitar la MGF a largo plazo, puesto que no se involucra a la familia en el proceso del abandono de la práctica.

El momento álgido del Modelo GC en los medios de comunicación fue entre 2004-2005⁵²⁸. En 2008 con el enfoque de la violencia machista, en el marco de la Ley 5/2008, la actuación policial se despliega y no tardaron en anunciarlo en la prensa. En l'Agència Catalana de Notícies «El Mossos hauran d'evitar un viatge d'una menor si hi ha indicis que pot patir una mutilació genital⁵²⁹», se anuncia que es una de las actuaciones que están incluidas en el protocolo de intervención policial y que ha puesto en marcha el Departament d'Interior⁵³⁰ para prevenir, evitar y perseguir las MGFs.

Otro ejemplo es un artículo publicado en *El Periódico*: «Els Mossos eviten 40 ablacions de clítoris cada any gràcies a un protocol pioner a Espanya⁵³¹», donde el secretario de seguridad de Interior, Joan Delort, incide en que dicho protocolo «permite a los Mossos hacer un seguimiento personalizado de los casos para impedir mutilaciones».

⁵²⁷ Como las sentencias: Caso Premià de Mar (2012), Caso Vilanova i la Geltrú (2013), Caso Lloret de Mar (2014) y Caso de la provincia de Tarragona (2015). En algunas publicaciones, hasta se filtró el nombre de las familias.

⁵²⁸ Ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Catalunya. Apartado 3.3. Proyección en la prensa del modelo G.C.

⁵²⁹ Agencias (2008) El Mossos hauran d'evitar un viatge d'una menor si hi ha indicis que pot patir una mutilació genital. *Directe.cat*, 27 de julio de 2008. [En Línea] <http://www.directe.cat/acn/els-mossos-hauran-devitar-un-viatge-duna-menor-si-hi-ha-indicis-que-pot-patir-una-mutilaci> [Consultada: 26.06.2010].

⁵³⁰ Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació (2008), *op. cit.*

⁵³¹ Agencias (2008) Els Mossos eviten 40 ablacions de clítoris cada any gràcies a un protocol pioner a Espanya.

El Periódico.cat, 17 de julio de 2008. [En línea] http://www.elperiodico.com/print.asp?idpublicacio_PK=46&idnotic... [Consultada:18.07.2008]

Una vez más, se visualiza el Modelo GC a través de los cuerpos policiales. También se publicita su trabajo comunitario de la mano de algunas entidades africanas, que la propia Secretaria per a la Immigració ha subvencionado, desgastando de esta manera la figura de las mediadoras interculturales, que participan en estas sesiones con la policía⁵³².

Miradas políticas. Ámbito de comunicación TV3

«El problema també afecta a les dones africanes que viuen a Catalunya, però l'acció combinada de la policia i les associacions d'immigrants i la conscienciació social, evitada cada cop, més eficaçment que es practiqui l'ablació aquí, o que s'enviïn nenes a l'Àfrica per ser mutilades.»

Transcripción del TN del 06 de febrero de 2011
Programa 3/24 del canal TV3⁵³³

Miradas políticas. Ámbito de comunicación TV3

«La col·laboració d'aquestes entitats⁵³⁴ amb els mossos, ha permès recórrer molt camí en els últims anys. Els bons resultats del protocol de prevenció i actuació que han aplicat els mossos a Girona, ha fet que a partir d'ara s'ampliï a tota Catalunya. Quan es detecti una situació de risc, com ara, d'una menor d'una família practicant, que tingui programat un viatge al país d'origen, s'informarà a la Fiscalia perquè prenguin totes les mesures necessàries, això podria significar, fins hi tot, impedir-ne la sortida del país.»

Transcripción del TN del 17 de julio de 2008
Programa 3/24 del canal TV3

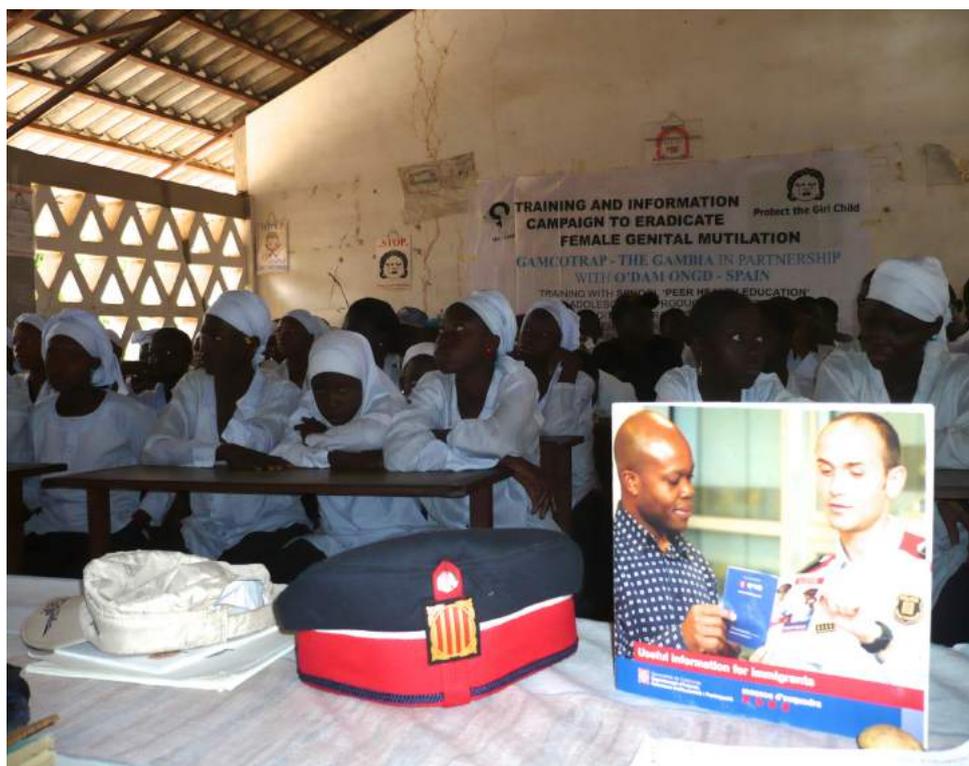
En 2009, Interior organizó un viaje a Gambia para presentar el protocolo general de MGF y su protocolo policial, a través de algunas entidades como AMAM y

⁵³² Ver apartado, 4. Miradas. La transcripción de las entrevistas realizadas a las mediadoras interculturales sobre este tema.

⁵³³<http://www.ccma.cat/324/diverses-entitats-i-institucions-catalanes-se-sumen-al-dia-mundial-contra-lablacio/noticia/1054130/>

⁵³⁴ Refiriéndose a las asociaciones de mujeres subsaharianas que trabajan en el tema de la MGF, como E-kre@, AMAM y Equis-MGF (presentes en el vídeo de Tv-3 del 17.07.2008, junto con los Mossos d'Esquadra).

Gamcotrap⁵³⁵. Nuevamente, es comunicado proactivamente a la prensa: «Los Mossos viajan a Gambia en su lucha por erradicar la MGF»⁵³⁶.



Mossos d'Esquadra en Gambia, 2009⁵³⁷

Miradas polítiques. Àmbit de Interior

«Dues representants dels Mossos d'Esquadra han explicat durant aquestes trobades les conseqüències que té l'ablació per a les famílies gambianes que viuen a Catalunya. [...] Les intendants han destacat que durant les xerrades van constatar que molts dels representants de les comunitats saben pels seus familiars emigrats que a Catalunya es condemna amb pena de presó les famílies que practiquen l'ablació. A més, han declarat que el viatge va servir per "escenificar" què és l'ablació i així "fer entendre que el tema és seriós". [...]

»Es tracta que aquesta gent escolti la xerrada i, després, vagi a la comunitat i expliqui als

⁵³⁵ La ONG Gamcotrap fue contratada por la Secretaria de Inmigración en 2009. En el año 2010 había sido denunciada por una ONG española por fraude Sin embargo, la Dirección General de Inmigración los volvió a contratar en 2011. Ver anexo I. Apartado I.III. Comunicado de Yolocamba Solidaridad sobre GAMCOTRAP y el proyecto "Generando alternativas contra la Mutilación Genital Femenina en Gambia". 4 páginas.

⁵³⁶ http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/83565/ca/mossos-desquadra-valoren-gambia-explicat-protocol-prevenio-mutilacio-genital-femenina.do

⁵³⁷ Gonzalez, S. (2009) Els Mossos viatgen a Gàmbia en la seva lluita contra l'ablació. *El Periódico de Catalunya. Edición Catalunya*, 3 de febrero de 2009, 27.

altres membres les conclusions que n'han tret", ha explicat la intendent. L'agent dels Mossos d'Esquadra ha explicat que durant el viatge la membre d'una comunitat, Misira, es va comprometre que a la seva comunitat no es tornaria a mutilar cap nena⁵³⁸.

»El nostre paper específic era explicar el protocol marc de la Generalitat i el protocol específic de Mossos que portàvem a terme aquí.»

Transcripción audio «Tall Ayguasenos», archivo adjunto a la nota de prensa de la Generalitat de Catalunya, el 02.02.2009

Otro de los objetivos del viaje, según fuentes de Interior, era contactar con entidades africanas para que colaboraran en el seguimiento de las niñas que no volvían a Cataluña ya que se sospechaba que quedaban en el país para evitar controles legales. El control pretende traspasar fronteras, incluso fuera del Estado español. Este sistema hace pensar en la poca efectividad de un modelo basado en el control más que en la prevención.

Miradas profesionales. Àmbit de Interior

«L'objectiu del viatge era contactar amb entitats d'allà, de dones que estaven treballant amb el tema de la mutilació i sobretot perquè hi havia una necessitat bastant important en el tema de... [...] quan hi havia una situació de detecció, per tant, quan hi havia una situació de nena atesa o de nena que s'havia treballat, no sols només per part de mossos sinó també per part de serveis socials o de qualsevol altre àmbit, com salut, doncs havia vegades, i això és el que pot passar, en el que se'ls perd de vista la família quan a lo millor ha de fer un viatge, i estan aquí a territori català i després d'haver signat el document de compromís de la mutilació, doncs a lo millor hi ha un viatge i aquest viatge incorpora que la nena després ja no torna aquí. I una de les coses, precisament que mossos està treballant, és el contacte amb els països d'allà, per poder avisar doncs a associacions d'allà, que treballin amb dones, perquè també hi hagi algun tipus de "volcatge" amb el que ha passat amb aquelles nenes, això era una mica l'objectiu.»

Transcripción entrevista P46,
Representante del Departamento de Interior, en el Grupo de Trabajo de MGF, de la Comissió Nacional per a una Intervenció Coordinada contra la Violència Masclista
28.05.2015

⁵³⁸ <http://www.ccma.cat/324/la-generalitat-esten-la-lluïta-contra-lablacio-a-gambia/noticia/357070/> [Consultada: febrero 2009]

A la pregunta de si la Generalitat de Catalunya ha recibido *feedback* de estas ONGs locales, nos responde: «*Això jo crec que no s'ha fet, però t'ho dic com a una opinió, perquè no sé si s'ha fet algun tipus de retorn, directament amb casos concrets que mossos hagin treballat. El que s'intentava treballar amb el Comitè Interafricà, jo crec que això, és que jo he sentit alguna situació que intentaven comunicar també amb ells, però es veu que no hi ha gaire retorn, per part d'aquest comitè.*»

Sin embargo, algunos estudios bibliográficos (Lucas: 2007) evalúan con éxito esta metodología, que enfatiza en los cuerpos de seguridad la función «pedagógica⁵³⁹» con las familias.

Miradas profesionales. Ámbito inmigración

«En el ámbito policial, la policía de proximidad debe establecer contactos con las comunidades inmigrantes, e intentar desarrollar relaciones personalizadas con las familias. Si se les comunica una situación de riesgo deben desplazarse y dialogar con las familias para informarles del peligro de la Ablación Genital Femenina y de las consecuencias legales, e intentar convencerles de que no realicen la práctica.»

(Lucas: 2007, 83)

«Terminaré este análisis de los protocolos de actuación para prevenir la AGF, mencionando un ejemplo de éxito de puesta en marcha de protocolo de actuación: gracias al Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona (supra), la Unidad Anti-ablación de los Mossos d'Esquadra de Girona intervino en 36 casos de MGF, consiguiendo impedir que se practicara.»

(Lucas: 2007, 89)

Las repercusiones de la colaboración de las asociaciones africanas con los Mossos d'Esquadra han sido altas. Algunas mujeres han dejado de ser referentes en sus comunidades. Así lo manifiesta la presidenta de AMAM para El Periódico de Catalunya:

⁵³⁹ La palabra pedagogía es la palabra que utilizan los Mossos d'Esquadra para trabajar con las comunidades, el tema de la MGF. Una Mossa d'Esquadra es pedagoga de formación y lo incorporó en su discurso a principios del 2000 (ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Catalunya), hecho que ha calado en el discurso de algunos y algunas profesionales.

«Me he creado enemigos entre mi gente porque colaboro con mossos y pediatras⁵⁴⁰».

Esta mujer, además de pertenecer a una entidad de mujeres africanas, ejercía como mediadora intercultural. Con el recorte de la Generalitat se quedó sin trabajo. En el mismo artículo explica la situación precaria en la que se encuentra.

Otro testimonio es el de la mediadora Fátima Djarra de Navarra. En el capítulo «El encontronazo» de su libro⁵⁴¹, relata la dificultad que tienen las mediadoras en Cataluña, para trabajar el tema de la MGF debida a la actuación de los Mossos d'Esquadra.

Miradas profesionales. Ámbito de la mediación intercultural

«Mis compañeros de Barcelona me han descrito las dificultades que entraña su trabajo debido a la intimidación ejercida por el Cuerpo autonómico. Vamos, pan para hoy y hambre para mañana. Y en anteriores encuentros privados, ya me había enzarzado en agrias discusiones con otros mossos. ¿Cómo averiguan si una familia va a viajar a África? Planteé a uno de ellos en un seminario. Contamos con informadores. Utilizan a inmigrantes para recabar los datos. Y eso perjudica la labor de otras organizaciones porque nuestros paisanos nos ven como enemigos y traidores, como chivatos de ustedes. No pueden aplicar el mismo método que en una investigación. Ellos tienen pavor a las fuerzas de seguridad, tanto allá como en España, donde temen posibles represalias si se encuentran en situación irregular. [...] Para una familia africana, recibir visitas de policías es su hogar es un problema. En la Comunidad Foral, sólo se recurrirá a las fuerzas de seguridad si no surte efecto la sensibilización a través de los profesionales sanitarios, educativos y de los servicios sociales. Como Aragón. No comparto los procedimientos de Catalunya. [...] “¿Por qué no podemos actuar ante la mutilación genital femenina si lo hacemos ante la violencia de género o las agresiones sexuales?. ¿Porque es algo íntimo? Se trata de un delito”, me contradijo dándome una palmadita en el hombro”. “Has hecho bien, Fátima. En bastantes entidades compartimos tu análisis. Aunque si lo expresáramos oficialmente, tendríamos un serio conflicto”, refrendaron. [...]El Código Penal prohíbe la ablación. Y me parece perfecto. Per si nos basamos en la amenaza, los africanos no adquirirán una nueva percepción de la sexualidad que perdure en el tiempo.»

(Fátima Djarra, 2015: 161-163)

⁵⁴⁰ Merino, O. (2012) En África , aún es tabú hablar de la ablación. *El Periódico. Edición Catalunya*, 27 de febrero de 2012.

⁵⁴¹ Djarra, F. (2015) «El encontronazo». En: Djarra, F. (2015) *Indomable. De la mutilación a la vida*. Barcelona, Ediciones Península, 161-168.

A medida que el modelo avanza por territorio catalán, se dan a conocer en la prensa los casos y sus actuaciones. En la provincia de Barcelona, a partir de 2011, destacan los artículos en los que la policía interviene, ya sea presentando el protocolo catalán, formando a los y las profesionales de salud, educación y servicios sociales, ya sea anunciando la detección de casos que en su mayoría responden a un posible viaje al país de origen.

Otro tipo de noticias son las que anuncia la Secretaria de Igualdad, Migraciones y Ciudadanía, anterior Dirección General de Inmigración. Estas suelen publicarse alrededor del Día Internacional de Tolerancia Cero contra la MGF. Suelen anunciar el incremento de Mesas de Prevención de MGF y elogiar el trabajo comunitario de las entidades subvencionadas.

Miradas políticas. Ámbito de Inmigración

«A Catalunya, una setantena de taules comarcals i locals fan pedagogia i prevenció per evitar l'ablació entre les famílies que venen d'aquests països. Un sistema pioner a nivell internacional, exemple de bona pràctica, l'any passat va aconseguir detectar 35 nenes en risc real de ser mutilades [...]»⁵⁴².

Desde el Departamento de Salud básicamente se ha publicitado la reconstrucción genital femenina⁵⁴³ realizada desde la sanidad pública como solución casi exclusiva de la MGF, sin contar con una atención y soporte psicológico para las mujeres que lo precisen. Este era, según la Generalitat de Catalunya, el único tema pendiente de este modelo pionero a nivel europeo.

⁵⁴² <http://www.cma.cat/catradio/alcarta/solidaris-catalunya-informacio/la-lluïta-per-eradicar-la-mutilacio-genital-femenina-des-de-catalunya/audio/790373/> [Consultada: marzo 2017]

⁵⁴³ Ver Capítulo 5. Apartado 3. La reconstrucción de la MGF frente a la cirugía genital cosmética.

3.2. Registros policiales

El Departamento de Interior es el único que publica los datos, en referencia a los casos en los que han intervenido bajo el concepto «MGF, violencia machista, en el ámbito social o comunitario⁵⁴⁴». Es la única fuente que figura en los informes de la Comisión Nacional para una Intervención Coordinada contra la Violencia Machista. Como se ha visto a lo largo de esta investigación, ni salud ni servicios sociales disponen de datos oficiales al respecto.

De 2008 a 2016, los Mossos d'Esquadra han intervenido en 357 casos de menores. El 83'2% corresponde a las regiones policiales de Girona (51%) y Metropolitana Norte (32'2%). Si bien son las regiones con más población de origen subsahariano, sorprende que en la ciudad de Barcelona solo hayan intervenido en tres casos a lo largo de estos ocho años. En 2008 se instaura el programa de registro de casos. Según fuentes de Interior, los 114 casos de este año son un recuento de casos de años anteriores en los que no había el registro informático.

Tabla 32. Registro de casos «violencia machista (MGF)». Departamento de Interior [2008-16]

Actuación policial: « datos de violencia machista ámbito social o comunitario – MGF »										mossos d'esquadra
Unitat de Suport a l'Atenció de Víctimes										
Regiones Policiales	Niñas atendidas									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
RP Girona	89	27	15	8	13	9	6	7	8	182
RP Central	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3
RP Ponent	2	0	6	1	1	2	1	3	1	17
RP Pirineu Occidental	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
RP Metropolitana Nord	17	18	3	18	15	22	14	5	3	115
RP Metropolitana Sud	1	8	1	9	1	1	1	0	0	22
RP Metropolitana Barcelona	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3
RP Camp de Tarragona	0	0	1	0	0	0	2	5	1	9
RP Terres de l'Ebre	0	2	0	0	0	0	0	0	1	3
TOTAL:	114	55	28	36	31	35	24	20	14	357

Realización propia, a partir de la fuente:

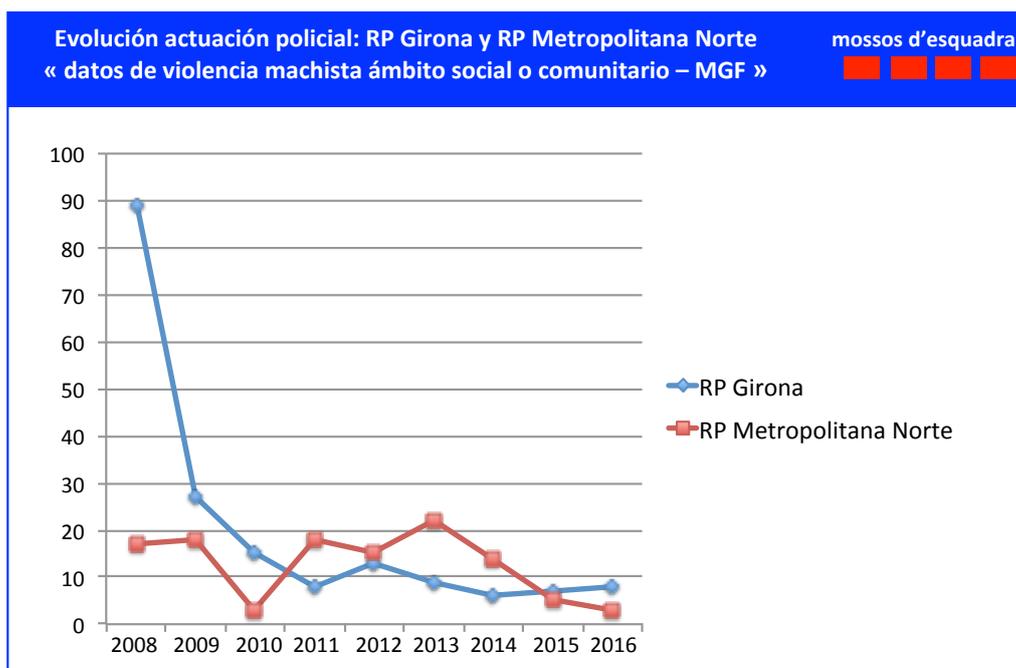
http://interior.gencat.cat/ca/00_-_minisites/ms_-_psav/03_materials_i_dades_sobre_violencia_masclista_i_domestica/01_dades_estadistiques_sobre_violencia_masclista_i_domestica/01_dones_dades_sobre_violencia_masclista

⁵⁴⁴ A partir de la Ley 5/2008.

Un caso de la RP Camp de Tarragona corresponde a una sentencia detallada en el punto «3.3.4. Caso provincia de Tarragona». De la RP Ponent, se ha analizado un caso de una familia de Mali⁵⁴⁵, a la que se retiró el pasaporte de las menores de forma permanente ante la programación de un viaje al país de origen de sus padres. Esta fue la primera actuación que se realizó con la familia, pese a que según el protocolo catalán, «la intervención judicial, en todo caso, es el último recurso que se tiene que utilizar delante de la conducta que se quiere evitar» (Secretaria per a la Immigració: 2009, 6).

La RP de Girona y la RP Metropolitana Norte son las dos regiones que corresponden al ámbito de estudio de esta investigación. Como puede verse en el siguiente gráfico, la actuación policial oscila a lo largo del período. Si bien la RP de Girona despunta en 2008 con 89 actuaciones, la tendencia se invierte a partir del 2011 siendo la RP Metropolitana Norte la que aumenta en número de actuaciones. Este hecho no sorprende, ya que coincide con el despliegue en este territorio del Modelo GC.

Figura 14. Evolución actuación policial en RP Girona y RP Metropolitana Norte [2008-2016]



Realización propia, a partir de la fuente:

<http://interior.gencat.cat/ca/00 - minisites/ms - psav/03 materials i dades sobre violencia masculista i domestica/01 dades estadistiques sobre violencia masculista i domestica/01 dones dades sobre violencia masculista>

[Consultada: 29.03.2017]

⁵⁴⁵ Finalmente, este caso no lo hemos incorporado en esta tesis, por problemas de extensión. Nos hemos ceñido a los casos de nuestro ámbito de estudio.

El informe de evaluación del impacto social de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista⁵⁴⁶ interpreta que la evolución en el número de casos es coherente con el despliegue de las Mesas de Prevención de la MGF, pero como hemos visto en el primer y segundo apartado, la creación de las mesas no se corresponde a las más de setenta que anunciaba la Generalitat en 2014, sino que el aumento del número de casos en los que interviene la policía viene del resultado de la detección de viajes.

La intervención pre viaje no es garantía de una prevención a largo plazo, puesto que no se ha involucrado a la familia en el proceso de abandono de la práctica, como se verá a continuación, en algunos casos que se han estudiado. En este caso, al contrario de lo que valora como positivo el informe del IGOP 2012, un crecimiento del indicador referente a la violencia machista no se interpreta de forma positiva sino como un fracaso del sistema de prevención de salud, servicios sociales y educación, que han delegado la prevención y el trabajo comunitario a la policía, quienes tienen las condiciones y los medios para realizarlo.

3.3. Actuaciones punitivas: casos

Las actuaciones punitivas son aquellas en las que se ha intervenido en primera instancia a partir del nivel 4 (actuación urgente) a través de Mossos d'Esquadra. El acceso a estos casos se ha conseguido a través del trabajo de campo, ya que estas actuaciones solo se hacen públicas a través de los casos numéricos que presenta Interior, como se ha presentado en el punto anterior. Se han analizado una veintena de casos, entre actuaciones punitivas y sentencias. Posiblemente estamos mostrando el iceberg de la metodología del Modelo GC. Sin embargo, estas actuaciones van en aumento a medida que se despliega el modelo. Al escarbar en cada municipio salen casos como los que se detallan a continuación. Este es el Modelo GC «pionero a nivel internacional, ejemplo de buena práctica⁵⁴⁷».

⁵⁴⁶ Institut de Govern i Polítiques Públiques (2012) *Avaluació de l'impacte social de la Llei 5/2008 del dret de les dones a eradicar la violència masclista*. Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona.

⁵⁴⁷ <http://www.ccma.cat/catradio/alcanta/solidaris-catalunya-informacio/la-lluita-per-eradicar-la-mutilacio-genital-des-de-catalunya/audio/790373>. [Consultada: 28.08.2017]

Se destacan dos escenarios. El primero y mayoritario es la actuación ante un viaje, activado principalmente por las escuelas. El segundo es la denuncia de niñas reagrupadas mutiladas. Esta tendencia empieza a producirse a partir de la sentencia de Premià de Mar (2012), a la que le siguen otros casos, siendo el de la provincia de Girona (2017) el último. También se documenta algún caso en el que una niña nacida en Cataluña viajó y volvió mutilada, pese al trabajo de la Mesa de Prevención de la MGF y pese a las sesiones de Gamcotrap y Tostan, subvencionadas por la Generalitat.

3.3.1. Caso I. Provincia de Barcelona (2008)

Escenario. Niñas nacidas en Cataluña (8 y 4 años)

Motivo. Denuncia a la familia por viaje al país de origen, Gambia.

Antecedentes. No se había trabajado el tema con la familia.

Resolución. Viajan a Gambia, gracias al testimonio de la trabajadora social y vuelven sin MGF.

Este es el tercer caso de un municipio de la provincia de Barcelona en el que se actúa de forma reactiva ante el anuncio de una familia que va a viajar a Gambia. Este mismo año, los Mossos d'Esquadra habían presentado el protocolo autonómico de MGF en las escuelas, sin coordinarse con los servicios municipales. El caso presentado está explicado por una trabajadora social de un Centro de Atención Primaria, impactada por el desarrollo del caso.

<<¿ABLAMOS⁵⁴⁸?>>

«El passat any, al mes de novembre, els serveis socials de la zona, dins de la reunió mensual de coordinació de casos, plantegen consulta sobre l'història clínic de dues menors d'origen senegalès. Des de l'escola comenten que les nenes (de 3 i 5 anys) aniran al país d'origen per les vacances de Nadal. Creuen que hi ha risc d'ablació arran d'un comentari de la mare sobre el tema. Desconeixem en quin moment i context. L'escola sap des de l'inici del curs que es farà aquest viatge però no posen en coneixement aquesta informació fins aleshores. Segons el protocol del Departament d'Acció Social, i donat que el país d'origen està dins dels països de risc, s'acorda platejar a la mare la necessitat d'exploració física prèvia a les menors, tal i com està indicat. Desconeixem si la mare té feta l'ablació. No es localitza a la mare telefònicament

⁵⁴⁸ La profesional que relata el caso titula «ablamós» sin h, para llamar la atención del lector y para relacionarlo con la palabra ablación, dejando ver entrelíneas su enfoque del tema.

per la visita i s'acorda que l'escola donarà la citació en persona a la mare.

»Paral·lelament amb els serveis socials s'història la relació entre els pares i els serveis socials. Fins aleshores ha estat cordial i puntual per temes de beques. Es valora bona integració amb l'entorn (no hi ha cap fet destacable de convivència veïnal) i normalització de les relacions amb altres institucions (serveis educatius, sanitaris, d'inserció laboral,...). El pare treballa des de fa anys i la mare des de no feia gaire a una empresa en torn de nit. Tots dos amb permís de treball i residència. En relació a l'història clínic es confirma la correcta vacunació i visites realitzades d'ambdues nenes. Cap episodi anormal en la nena gran i un episodi de malaltia crònica congènita en la petita, en seguiment per hospital de referència.

»La visita pediàtrica programada no es produeix per incompareixença. En el seu lloc acudeix un professor de l'escola. Des de pediatria m'alerten donat que sembla força alterada. Comenta que la nena no ha assistit a classe fa uns dies i que la partida serà en breu segons s'ha assabentat (2 dies). No aconseguim contactar telefònicament amb la família.

»Davant aquesta situació es comunica als serveis socials i aquests contacten amb els Mossos d'Esquadra. S'acorda visita dels SSAP al domicili. Allà es troben les nenes acompanyades d'un familiar, en absència dels pares. Aquest informa que demà realitzaran el viatge programat. Donada la proximitat de la partida s'informa als Mossos d'Esquadra. Els SSAP informen el familiar per tal que es posi de seguida en contacte amb algun dels serveis que intervenen per realitzar l'exploració física. A les 15h la mare passa pel centre amb la coincidència queestic al mostrador fent altres gestions. Identifico la mare i li comento els motius de la citació inicial i la necessitat de fer l'exploració per aconseguir amb el protocol. Es valora durant l'entrevista la manca d'indis de situació de risc per part de la mare i de la família donat que verbalitza no està d'acord amb aquesta pràctica per lesiva i mutiladora. Expressa que no la té realitzada i que cap membre de la seva família no la practica. Algunes dificultats amb l'idioma durant l'entrevista fan sospitar que la interpretació de la citació ha estat el motiu de la no presència a la visita programada. Creia que era per la vacunació que ja tenien fetes les nenes. Se l'informa del document de compromís i el signa, així com de la possibilitat d'acudir a l'ambaixada en cas de risc amb la còpia del document. La mare porta a les menors al centre i llavors s'informa als Mossos. Aquests ja han fet l'enviament de comunicat del cas a la fiscalia i al jutjat de guàrdia. Ja no poden evitar la citació judicial que

arriba per fax al centre de salut.

»Acompanyats dels Mossos d'Esquadra (en cotxe de detinguts⁵⁴⁹) baixen els pares i la nena gran. La petita no ha estat citada. En presència d'ambdós advocats d'ofici (defensor de cadascun dels pares), el traductor, la fiscal i la jutgessa, ens trobem a la sala d'espera del jutjat. El forense practica exploració a la nena gran durant una bona estona. Passen 4 hores des de l'arribada als jutjats. Ni la mare, ni el pare ni jo hem pogut dinar. Silenci. La situació és molt tensa inicialment entre els pares i la resta de persones citades. Fins i tot un dels advocats insinua no voler fer la defensa si són partidaris d'aquesta pràctica. Entre la secretària judicial i jo intentem distreure la nena. L'ambient es distes. Passem a ser entrevistats tots per separat (pares, nena i jo mateixa), en presència dels advocats i traductor. Finalment, i sota la meua paraula, la dels pares i la signatura del compromís de no ablació es deixarà fer sortida del país, però, per part dels serveis de salut, posar en coneixement el seu retorn, una nova exploració de les menors. L'acomiadament és cordial amb la família. A la tornada un mes més tard s'acompleix amb el comprimis i la família continua amb la seva rutina habitual. No tenim cap més contacte.»⁵⁵⁰

Escrito por la trabajadora social, de un Centro de Atención Primaria, que participó en el caso.
Provincia de Barcelona. 2008

Miradas profesionales. Àmbito de salut

Sobre los abogados de guardia

«Súper distants, van seure en una altra taula, van parlar de coses seves, vull dir, clar, si això és la justícia que ha de protegir els interessos de les persones, que no es poden pagar un servei privat, em va semblar una mica injust, vale, I sobretot, perquè van actuar des del perjudici absolut, ... vull dir, directament, "cruz y raya".»

Sobre la valoración del fiscal

«La fiscal em va dir, així, li va sortir de l'ànima, de que tant debò que no m'equivoqui, perquè la seva carrera estaria en joc, ...i em vaig quedar, (hehehehe), i això, què he de decidir jo?, vosaltres m'heu preguntat, però la decisió no la prenc jo, la pren la jutgessa i la fiscal que són les que protegiran la menor en aquest cas. Si a mi em pregunten com a professional, i en

⁵⁴⁹ Según Mossos d'Esquadra: "porque no había ningún otro coche disponible".

⁵⁵⁰ Documento cedido durante la entrevista, por una trabajadora social de un Centro de Atención Primaria de salud de la provincia de Barcelona. Documento no publicado.

funció dels fets que han ocorregut, jo us dic lo que jo crec, que és que no,... si tu creus, realment que t'estàs jugant la teva carrera,...en comptes de pensar que t'estàs jugant el risc d'una menor,... això és problema, teu, vale?»

Sobre la intervenció en general

«Jo crec que partim del desconeixement i de la ignorància, bàsicament, no perquè no hi hagi informació, perquè informació i documentació hi ha “la tira”. Però com que pensem que no es tocarà mai, i que no passarà, doncs llavors que fem, no fem cap mesura preventiva, el que fem és actuar, en el “aquí te pillo, aquí te mato”, vale?. Llavors, el que fa això és que tot s'emboiqui (...) i actuem des de la por directament, i des del desconeixement. I això fa que surtin les coses com van sortir aquella vegada.»

(Fuente: Mangas, A. 2010: 111-115)

3.2.2. Caso II. Provincia de Barcelona (2008)

Escenario. Niña nacida en Cataluña (7 años)

Motivo. Denunciada familia por un vecino, ante un viaje al país de origen, Gambia.

No se había trabajado el tema con la familia.

Resolución. Medida cautelar: retirada de pasaporte.

Se desarrolla a partir de la denuncia de un vecino que alega que una familia viaja a Gambia para mutilar a sus hijas, según fuentes de *Mossos d'Esquadra*. Estos organizan una reunión con los profesionales para explicar el circuito a seguir y evitar la MGF de la menor. En este caso, son los Mossos quienes informan al personal sanitario sobre la Carta Compromiso Preventivo⁵⁵¹ como herramienta para coaccionar a la familia.

Los profesionales socio-sanitarios que participaron en el caso comentaron que no tenían formación sobre cómo abordar el tema de la MGF con las familias. Desconocían que en los protocolos de pediatría⁵⁵² de 2005 y de 2008 este tema estuviera reflejado. Además, en el programa informático que utilizaban no se mencionaba nada de MGF.

⁵⁵¹ Diseñada por Adriana Kaplan, en 1989. Ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Catalunya.

⁵⁵² *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants* (2005) y *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut* (2008).

Según ellos, el padre al sentirse denunciado por un vecino no aceptó ninguna mediación, ni tampoco acudió Centro de Atención Primaria. El padre afirma que no van de viaje a Gambia. De todas maneras, desde Mossos ofician al juzgado el caso para que proponga medidas cautelares, que acaba con la revisión de genitales de una de las menores por parte de un médico forense. Afirma que está intacta. Finalmente, se retira el pasaporte de la menor pese a que posteriormente se verifica que efectivamente no había ningún vuelo con destino a Gambia.

En la entrevista con un profesional que intervino, al preguntarle por los puntos fuertes y débiles de la actuación, destaca la buena coordinación con servicios sociales municipales y la mala actuación de los Mossos d'Esquadra:

Miradas profesionales. Ámbito de servicios sociales

«Els mossos l'actitud que varen tenir... però això, després em van venir més tard, perquè després, just es va intentar obrir, como un cicle de xerrades, perquè una mica arribés la informació a tothom...» [...] “Bueno, promogudes pels Mossos i jo, una mica,... de fet vàrem fer una xerrada oberta a tota pediatria de l'empresa X, i oberta a treball social, per informar d'aquest circuit. Llavors amb aquesta xerrada jo ja em vaig donar compte que, d'aquesta basant que jo t'explico, d'aquesta basant més autoritària, de dir “esto...”, de no voler entrar més, de dir “esto es lo que hay, que decir a la gente, a la familia, esto aquí es pena, entra en lo penal, la ley aquí es así y aquí esto es un delito”. No es centra tant en fer la investigació de la part més social, de la part més cultural...».

(Fuente: Mangas, A. 2010: 103-108)

3.3.3. Caso III. Provincia de Barcelona (2012)

Escenario. Niñas nacidas en Cataluña (3 y 5 años)

Motivo. Familia denunciada erróneamente por la MGF en sus hijas, postviaje a Guinea.

Resolución. Los padres pasan 54h en el calabozo y las niñas 9 días en un centro de menores.

En un municipio de la provincia de Barcelona, asistí para realizar una sesión con mujeres sobre la MGF acompañada de una mediadora gambiana a través de la Fundación Wassu-UAB. En esta sesión participaban otros miembros de asociaciones

africanas y un imán. Este acto fue organizado por el ayuntamiento. Durante la sesión participativa, una mujer manifestó que el ayuntamiento tendría que hablar y formar a los profesionales de pediatría, puesto que ella está en contra de la mutilación y eran los profesionales los que no estaban formados. Nos relata cómo se había actuado con sus hijas unos días antes⁵⁵³:

Miradas población afectada

«El acudir al CAP por un problema de salud de mi hija, activaron una denuncia por mutilación. En ningún momento me lo preguntaron, dándolo por supuesto. La revisión que le hicieron fue superficial. [...], lo pasé muy mal, me retiraron a mis dos hijas una semana por la denuncia de la pediatra y estuvimos en el calabozo dos días. Actualmente mis hijas están conmigo y están recibiendo tratamiento psicológico a causa de la separación, que sintieron como un abandono. Estoy muy preocupada porque estamos pendiente de juicio, he pedido que las revise otro profesional, porque se han equivocado».

Mujer de Guinea Conakry. Provincia de Barcelona. 2012

Las niñas se visitaron en la unidad de cirugía pediátrica del Hospital Can Ruti, en el que se comprobó que no estaban mutiladas. Este mismo caso nos fue explicado por una profesional del área de cirugía pediátrica un año después. Le parecía muy grave la forma de proceder y las denuncias que se habían realizado. Creía que no se deberían codificar la MGF puesto que puede crear una alarma, aunque admitió que tenía que constar en la historia clínica⁵⁵⁴. EL caso salió a la luz en 2017 gracias al siguiente artículo de *El País*⁵⁵⁵:

Miradas profesionales. Ámbito de comunicación

« [...] nascuts a Guinea, van ser detinguts per un error diagnòstic. La pediatra de les seves dues filles van signar que els genitals de totes dues havien estat mutilats. La facultativa va admetre després davant el jutge que no tenia formació específica sobre el tema i que això era el que havia cregut veure, però amb el seu informe n'hi va haver prou per activar les mesures

⁵⁵³ En: Diario de Campo 3 [08.05.2012-14.02.2013], día 29.11.2012, pág. 127-128.

⁵⁵⁴ En: Diario de Campo 5 [05.10.2013-04.03.2014], día 26.11.2013, pág. 78.

⁵⁵⁵ Güell, O. (2017) Detinguts i separats de les seves filles per una ablació genital inexistent. *El País*. Edició Catalunya, 28 de enero de 2017, 25.

més dures previstes en el protocol de la Generalitat contra l'ablació. La parella va passar 54 hores al calabós i les dues petites, de tres i cinc anys, nou dies internades en un centre de menors. Els fets van passar el 2012 [...] Després d'una dècada a Catalunya, ella treballant en el sector de la neteja i ell en una planta de reciclatge, la parella havia aconseguit reunir diner per volar al seu país «per fi podia tornar a veure la meva família i ells conèixer les nenes», recorda ella. [El pare], en aquell moment a l'atur, no va poder acompanyar-les. Com si fos un mal presagi, la salut no les va acompanyar en tornar del tròpic. La filla gran va tornar amb una molesta infecció genital i X va caure malalta amb llargs episodis de febre alta. Unes tres setmanes més tard, la família va rebre una trucada del seu centre de salut. «Van dir que havíem de portar a la nena. Com ha havíem anat a la pediatra per la infecció, vaig pensar que només era una revisió.

L'origen de la trucada, però segons recull l'informe de la Comissió Jurídica Assessora de la Generalitat, va ser una alerta de l'escola. Una monitora havia avisat a la directora que la nena tenia la zona genital irritada i aquesta, tenint en compte el viatge recent, va passar el cas als serveis socials. El procediment va acabar en la consulta de la mateixa pediatra, que aquesta vegada va concloure que havia sofert una amputació gairebé total dels genitals: dels llavis exteriors, de la port dels interiors i del clítoris. L'Endemà va ser revisada la germana petita. El diagnòstic va ser el mateix. Segons l'informe de la Generalitat, «l'apreciació» de la facultativa «va ser corroborada per una treballadora social present» en la consulta.

La parella va ser detinguda aquella mateixa tarda pels Mossos d'Esquadra. [...] La DGAIA va assumir la custòdia de les nenes i les va traslladar a un centre de menors. [...] Quan el matrimoni va sortir de la comissaria en llibertat amb càrrecs, el dissabte dia 17 a la tarda, X agafava amb força el paper que portava en una mà. Era només una nota amb l'adreça de la DGAIA escrita, però «era l'única cosa que tenia per arribar fins a les nenes». [...] Les proves mèdiques van trigar tres dies a fer-se. L'informe de la Generalitat detalla que «l'informe del servei de cirurgia pediàtrica de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, amb data de 22 de novembre, estableix la normalitat orgànica ginecològica de les nenes». L'endemà, les nenes van poder tornar a casa amb el compromís dels pares de fer-los un nou examen ginecològic, que es va dur a terme el 27 de novembre a la Clínica Dexeus amb el mateix resultat [...]».

Güell, O. (2017) Detinguts i separats de les seves filles per una ablació genital inexistent. *El País*. Edició Catalunya, 28 de enero de 2017, 25.

3.3.4. Caso IV. Provincia de Girona (2012)

Escenario. Niña nacida en Cataluña

Motivo. Viaja a Mali con los padres. El padre vuelve y la mujer y su hija se quedan un año y medio en Mali, momento en el que se realiza la MGF.

Resolución. Denunciado a la vuelta del viaje. Pendiente juicio en la Audiencia Nacional.

Según nos explica la técnica, en este municipio de la provincia de Girona existe Mesa de MGF. En el momento que se produjo el caso, el circuito que tenían era: detección viaje - derivación servicios sociales – derivación pediatría: revisión genitales, firma de compromiso preventivo y cita a la vuelta del viaje. En 2009, se realizó sesión con las entidades de Gamcotrap i Tostan, subvencionadas por la Generalitat. En 2010, los Mossos d'Esquadra también realizaron una sesión con las mujeres. En 2011, se volvió a realizar sesión con Tostan y justamente solo vino esta familia a la sesión.

Miradas profesionales. Ámbito de inmigración

«Una nena nascuda aquí, van marxar i ha tornat mutilada, és del col·lectiu Malià. Aquest cas ni la mare ni la pare eren defensors de la mutilació. Què va passar? El pare va tornar aquí per qüestions de feina i va deixar la família allà mig any, llavors, quan la mare va..., bueno se li va posar malalt un nen se'n va anar amb el nen a Bamako i mentres la mare estava a Bamako, l'àvia va mutilar a la nena. Segons ens expliquen, eh!

Quan tornen, fem la revisió i quan van venir al servei, llavors era serveis socials. Vam dir: «Escolta que heu de tornar a pediatria, recordeu que tal... ». Quan van tornar es va veure que la nena havia estat mutilada. Llavors ja va actuar fiscalia. Ja va actuar tot, i bueno, està pendent de judici, era 2011, 2012..., 2012, hem sembla que va ser.

Se li va derivar al CAP i teòricament havien signat. S'havia treballat sobretot des de serveis socials, perquè era un cas que, encara no funcionava el nou circuit. Tampoc funcionava però era una família molt coneguda, era una usuària de serveis socials, perquè tenen un fill que és discapacitat, s'havia fet molt de seguiment. La dona mantenia molt de contacte amb nosaltres, i l'home també per qüestions de prestacions i tot. Era una família molt coneguda, molt bona gent, la dona...vull dir, que bueno són d'aquelles persones que, ja et pots creure que no, bueno que són defensors i que a més, l'home un dia quan jo li vaig acompanyar a la policia, m'ho deia: «mira jo no hem posaré ni a dir, que si o no que sóc defensor, jo lo que sé

és que no vull tenir complicacions».

I m'ho crec perquè és un home molt senzill, molt de... bueno de...fa la seva feina, té la seva família i no vol problemes. I ara té molts, pobre. I llavors, ell m'ho deia, això ha sigut la meva sogre i bueno... jo sé que ara la família està molt malament per això. Vull dir que es va enfadar amb la família de la seva dona, que ara no tenen bona relació i tot i va ser una mica arran d'això. L'home diu, «jo ara no hem posaré a discutir si esta bé o malament», l'únic és que jo no l'hagués fet, perquè ara m'està complicant la vida. De fet, ara vol sortir i no es pot portar a la filla i estan sense diners, sense res, vull dir que...són situacions d'això que, jo precisament en el poble d'aquest senyor vaig estar, on es va fer la mutilació. Vaig estar uns dies abans perquè va coincidir i sé com és el poble i són les dones i tot. De fet va ser allà, on hem van agafar les dones i hem van dir: «és que si no es mutilen aquestes nenes no es casaran», ho deien per altres nenes, eh?. Però vull dir que, clar és un poble molt abandonat, molt abandonat de Mali, fronterer amb Mauritània i és un desert. Allà no hi ha qui controli res. Una cosa és Bamako i un altra cosa és...

Aquesta dona va participar en les sessions, la dona i el home en les sessions que és van fer, perquè ells havien fet la sessió amb els de Tostan i les sessions amb la pediatria i amb la llevadora, tot això és anterior, és posterior a tot això. Per tant són persones, són famílies que ja havien vingut. Quan van tornar a venir, aquesta associació, va ser l'única família que va venir. [...] Quan van anar sí que se'ls va derivar. És lo que t'anava a dir, quan se'ls va derivar a salut, allà va veure algun problema, es veu que quan van anar, la persona que ho portava, o sigui que es va fer el compromís i els va fer des de vacunes internacionals. Va veure alguna cosa així....que no va acabar de funcionar».

Transcripción entrevista P19, Referente de Mesa de MGF,
provincia de Girona 07.03.2014

3.3.5. Caso V. Provincia de Barcelona (2013)

Escenario. Niña nacida en Cataluña (4 años)

Motivo. Viaje programado al país de origen de sus padres.

Resolución. Presión policial a una profesional de servicios sociales para oficiar el caso a la fiscalía, aunque la profesional advertía que se había trabajado el tema con la familia. Había viajado a Gambia hasta 3 veces y siempre había vuelto intacta.

En una de las reuniones de coordinación del Programa Salud y Escuela, donde participan una enfermera del ambulatorio, representantes de la escuela, la educadora social del ayuntamiento y la trabajadora social del ayuntamiento, se unieron a la reunión dos Mossas d'Esquadra del Grupo de Atención a la Víctima (GAC).

En esta reunión se habló de la prevención de la MGF y la trabajadora social comentó que se aborda este tema desde el ambulatorio. Comentó que se ha hablado con diferentes familias y que una de ellas ahora tenía que viajar. La trabajadora social en ningún momento da el nombre y apellidos de las niñas en cuestión. Saliendo de la reunión, las mossas le piden el nombre y los apellidos. La trabajadora social pregunta para qué quieren los datos. Las mossas responden que es para oficiar el caso a la Fiscalía. La trabajadora social se extraña y comenta que son una familia que conoce el tema y que además es la tercera vez que viajan con las niñas a Gambia y que siempre han regresado intactas. Las mossas insisten. Ella se niega.

Días después, las mossas llaman a la trabajadora social por teléfono cuatro veces para solicitar de nuevo la información. La profesional se siente presionada y me llama por teléfono para pedir asesoramiento. El teléfono se lo ha dado una compañera mía de servicios sociales. Mientras la profesional me explica el caso, la llaman de la centralita de su centro de salud. Las mismas mossas se personan en el CAP para volver a pedirle la información con las siguientes palabras:

Miradas profesionales: Mossos d'Esquadra G.A.V

«Mejor que nos lo digas a nosotras y no delante de un juez, estamos en el mismo barco, que es la prevención.»

Explicado por la trabajadora social, el mismo día que ocurrió.
Provincia de Barcelona. 2013

La trabajadora social le comenta que la madre y la niña ya se han ido y que ha quedado el padre, puesto que tenía trabajo. Igualmente, insisten en más detalles, en el nombre y apellidos. La trabajadora social le dice que irá preparando la documentación, pero que traiga las diligencias del juzgado para extraer la información de la historia clínica. Al poco rato, la mossa, en lugar de presentarle el requerimiento de un juez, le da una

citación policial para que la profesional se persone en su despacho a declarar. En la cita policial figura:

Heu de comparèixer al lloc, el dia i l'hora que s'expressen a continuació en relació amb les diligències expressades al capdamunt d'aquest imprès, en qualitat de X testimoni persona denunciada com a presumpte/a autor/a d'un ____ de ____ .

Hora i data de la compareixença: 11h del dia X de 2013 [...].

La trabajadora social estaba indignada ante el trato recibido por parte del cuerpo policial. Finalmente y por recomendación de sus jefes, acude sola a declarar. Le hacen firmar la declaración en la que figuran detalles de la historia clínica. La mozza no entiende que se ha trabajado el tema y que la familia ha viajado tres veces a Gambia sin ningún problema. La trabajadora social manifiesta que es una familia colaboradora a la que no tienen que obligar a visitarse porque vienen siempre. En cambio, valora que si se actúa obligando por medios legales se empeorará la buena relación.

3.3.6. Caso VI. Provincia de Barcelona (2014)

Escenario. Niñas nacidas en Cataluña (4 y 14 años)

Motivo. Viaje programado al país de origen de sus padres, Gambia

Resolución. Denunciada a la familia. Medidas cautelares: retirada de pasaportes. Una vez perdido los billetes, al devolverles los pasaportes, la familia no pudo viajar por un error informático, al no haberse actualizado sistema en el aeropuerto del Prat.

Frente a la programación de un viaje a Gambia en 2014, se retiró el pasaporte a dos niñas de 4 y 14 años durante nueve meses. Los padres de las niñas habían firmado previamente la Carta Compromiso Preventivo con su pediatra. Esta misma carta se les hace firmar otra vez en la comisaría de los Mossos d'Esquadra de la zona Metropolitana Norte. En el espacio destinado a la firma del médico, firma y sella una mozza quien, además de suplantar el papel de otro profesional, pregunta a la madre si está mutilada. Ella responde que sí.

Los padres se muestran contrarios a la práctica. Servicios sociales emite también un informe a favor de la familia, en el que indica que han tenido un cuidado positivo de

sus hijos e hijas durante los 17 años que llevan residiendo en Cataluña. Una profesional nos comenta que los Mossos le dijeron «que no se metieran más, si no querían tener problemas⁵⁵⁶». Se procede a la retirada del pasaporte de las dos menores dos días antes de su viaje, con la consiguiente pérdida de los billetes de avión y del dinero ahorrado durante años. Los Mossos d'Esquadra piden los pasaportes a la madre alegando la necesidad de fotocopiarlos y después los retiran y envían a la Fiscalía.

La madre, indignada, explica el caso en una sesión con mujeres. La Fundación Wassu-UAB recoge su demanda y la presentamos a la Fiscalía Superior de Cataluña a Don José María Romero de Tejada, que nos atiende personalmente. Meses más tarde, la familia recupera los pasaportes. Programan otro viaje a Gambia, ya que el abuelo materno de las niñas está enfermo y quieren visitarle, para presentarles a sus nietos y nietas que no conoce. La sorpresa de la familia se da esta vez, en el aeropuerto de El Prat. No dejan salir del territorio a las dos menores, puesto que no habían actualizado la base de datos. La familia vuelve a quedar en tierra y por segunda vez y pierde los billetes.

Aumenta la indignación. Vuelven a contactar con la Fundación Wassu-UAB y con los y las profesionales del ayuntamiento donde residen. La madre nos argumenta:

Miradas población afectada

«Estoy mutilada, pero esto no me interesa para mis hijas. ¿Esto significa que no van a poder salir nunca del país?. Quiero presentárselas a mi familia».

Mujer de Gambia. Provincia de Barcelona. 2014

Meses más tarde, aseguran que todo está correcto, aunque nunca se les indemnizó. La familia intenta viajar a Gambia por tercera vez. Esta vez sí que van a poder volar.

Al crearse un vínculo con la Fundación Wassu-UAB, se plantea a la familia poder trabajar para la prevención de la MGF, en la zona de residencia de la familia en Gambia. La sorpresa fue que al empezar a trabajar en el poblado, visto las

⁵⁵⁶ En: Diario de Campo 7 [30.09.14-18.03.15], día 06.11.2014, pág.67.

repercusiones que la familia había tenido a nivel legal por el tema, negó que se practicasen mutilaciones en la zona, hecho que era de esperar con la situación vivida. Se tuvo que trabajar de otra forma.

3.3.7. Caso VII. Provincia de Barcelona (2013)

Escenario. Niña reagrupada mutilada, nacida en Malí⁵⁵⁷ (10 meses)

Motivo. MGF realizada en origen antes de venir a España

Resolución. Presión policial a las profesionales de salud para su denuncia

Miradas profesionales. Ámbito de pediatría

Familia de Mali. El padre vino a trabajar a Cataluña. Hace tres o cuatro meses que ha llegado su esposa con su hija de diez meses por un proceso de reagrupación familiar. En la revisión pediátrica, solo hacía dos meses que estaba en nuestro país. La niña presentaba talla baja para su edad, llevaba pañal, los dientes estaban en mal estado y en los genitales se observaba una cicatriz antigua, subjetiva de ablación. Le pregunté al padre y no sabía nada, comenta que ha estado aquí desde que la niña nació y no tiene constancia, de que a la niña se la haya practicado ninguna intervención. Lo cité en un mes para control de peso y contacté con los servicios sociales⁵⁵⁸.

Profesional de pediatría. Provincia de Barcelona. 2013

Los Mossos d'Esquadra quieren saber el nombre y los apellidos supuestamente para denunciar el caso. Los profesionales no están de acuerdo y abordaron el caso para que no se repita. Lo han registrado en la historia clínica.

3.3.8. Caso VIII. Provincia de Barcelona (2014)

Escenario. Niñas nacidas en Malí (16 años)

Motivo. Frente a la programación de un viaje a Mali se la deriva al CAP y al ASSIR

Resolución. Mossos d'Esquadra se personan en el CAP

⁵⁵⁷ 89% de prevalencia de MGF, UNICEF (2013)

⁵⁵⁸ En: *Diario de Campo* 4 [22.02.2013-30.09.2013], día 01.07.2013. pág. 151.

Miradas profesionales. Ámbito de ginecología

Niña de 16 años de Mali, que iba a viajar a su país. Desde la escuela se activó la alarma y la citaron con su médico de familia, que la derivó al Centro de Atención Sexual y Reproductiva, para que le hicieran una revisión de genitales. Unas semanas después, tres mossos se presentaron en la consulta de la doctora. Esta nos explica que le preguntaron acerca del caso, concretamente, ¿qué preguntas habían realizado a la familia? Y las que tenían que haber preguntado según ellos. Le solicitaron que le enseñara la Carta Compromiso Preventivo y le explicaron que ellos tienen unos indicadores para detectar casos de riesgo.⁵⁵⁹

Profesionales de salud (ASSIR y CAP).
Provincia de Barcelona. 2014

3.3.9. Caso IX. Provincia de Girona (2013)

Escenario. Niña reagrupada mutilada, de Gambia (76%) prevalencia. Etnia Sarahule.

Motivo. Denunciada por MGF, aunque se realizó antes de venir a vivir a España.

Resolución. Medida cautelar: retirada del pasaporte de las dos menores. Pendiente de juicio en Madrid porque se produjo fuera de España.

En este municipio existe una Mesa de Prevención de la MGF. En los veinte años desde que vive población africana en el municipio, nunca se había denunciado a una niña reagrupada mutilada. Es posterior a la sentencia de Premià de Mar (2012)

Miradas profesionales. Ámbito de servicios sociales

«Quan pediatria ho va comunicar a Mossos d'Esquadra i ells varen fer la denuncia, no? i partir d'aquí el jutge va fer això, com a prevenció, no? perquè les nenes no poguessin sortir. Clar nosaltres tot això ens ho vàrem trobar, perquè en cap moment la família, ... jo crec que la família no ho tenia clar, que li havien retirat el passaport i que no podia sortir del país. De fet, ens hem trobat una família, de cara a nosaltres ens ha donat la sensació que estaven molt mal informats i no entenien tot el que estava passant tampoc.

La família fa molts anys que és aquí, són de Gàmbia, són sarahules, el pare fa com, no ho sé, com quinze anys que és aquí, aleshores, val, tenen tres filles. La gran va néixer al país, a Gàmbia. Ja va venir aquí mutilada. La gran té 8 anys i les altres, 4 i 2 anys. La retirada de

⁵⁵⁹ En: *Diario de Campo* 7 [20.09.2014-18.03.2015] , día 03.11.2014 pág. 60. Caso del día 06.06.2014

passaport és per aquestes dues petites. S'ha aplicat tot el protocol de prevenció. Des de pediatria se'ls va informar, bueno, els van veure com una mica reacis, no? I el pare el que va dir és que estava d'acord, que no ho veia bé això, però que no responia en cas que viatgessin. Ell va depositar el pes a la comunitat d'origen, no? Ell sempre ha dit que en cap moment se'l va informar que se li practicaria això a la nena quan hagués nascut. No, que sembla que la mare, quan va estar tot el ritual fet, va ser quan es va assabentar, segons el pare. Quan parles amb la mare, ho veia des d'un inici com una cosa normal, no? com ho veuen la major part de dones que no ha sortit del país, és un ritus, és una tradició i ho va practicar com a tal, perquè ella també ho està. Aleshores, va ser quan va arribar aquí, que la nena ja estava mutilada i vàrem fer força seguiment amb el pare, perquè arrel del procés, els passos judicials, els hi costa una mica d'entendre. [...]

[...] Hi ha retirada de passaport, però no hi programació de viatge. No sé per què hauries de parlar amb la pediatra. Jo crec que ve donat, com a forma de prevenció, no? Que no hi hagi viatge, potser que el jutge prohibeixi que les nenes surtin del país. [...] a mi no em sembla estrany que es retirés el passaport, per si en algun moment hi hagués un viatge.

Es va fer la denúncia que la gran està mutilada [...], no recordo quan, no ho vàrem fer nosaltres. Pediatria ho comunica a Mossos. [...] aquest cas està a Madrid, per la gran. [...] no sé per què ara es denuncia les nenes reagrupades, no ho sé. El cas ara està a Madrid.

[...] Li vàrem anar explicant una mica al pare, perquè sinó van súper venuts aquesta gent, no?, no s'enteren moltes vegades, necessiten un acompanyament, gent que els hi sàpiga explicar i transmetre en quin moment estan. Ells no sabien que hi havia retirada de passaport de les petites, m'entens? Els hi vàrem explicar nosaltres aquí, al cap de 2 o 3 mesos, d'haver-se dictat aquesta mesura. Tot plegat, és una mica..., potser a vegades no ho volen entendre, [...] però a mi per a la reacció que va tenir la família em va semblar que no els hi havien explicat en cap moment. Vull dir, que aquí hi hauria d'haver una mica més de consideració per part dels col·legiats, que atenen aquestes famílies, no?, «ho has entès bé el que t'està passant?», perquè estaven súper desubicats en relació al procediment judicial. Des d'aquí li estem fent suport, per fer arribat els papers als advocats d'ofici, perquè els hi designessin. Jo he intentat parlar una mica, però no el trobo, bueno, per saber una mica, que podem esperar de tot això, no? perquè ell està preocupat em deia «i hauré d'anar a Madrid?, perquè jo no puc anar a Madrid». A veure que diu l'advocada, però de moment no em respon. Bueno, ja anirem veient, un dalt a baix, ja ho està sent».

Transcripción entrevista P17-1,
Provincia de Girona.10.03.2014

3.4. Sentencias

Cataluña es la comunidad autónoma con más sentencias sobre MGF. Los dos primeros casos fueron a principios de los 90, uno en la provincia de Girona, el caso de Salt (1992) y otro en la provincia de Barcelona, el caso de Mataró (1993). Ambos fueron absueltos gracias a un peritaje antropológico y por el error de prohibición⁵⁶⁰. Sin embargo, no es hasta el 2011 que se da el primer caso sentenciado con pena de prisión, el caso de Teruel⁵⁶¹, al que le sucedieron cuatro más en Cataluña: el caso de Premià de Mar (2012), el caso de Vilanova i la Gertrú (2013), el caso de Lloret de Mar (2014) y el caso de la provincia de Tarragona (2015). A continuación, se analizan los casos sentenciados.

3.4.1. Caso Premià de Mar (2012)⁵⁶². Provincia de Barcelona

Escenario del caso: niña nacida en Senegal que llega a España con la MGF practicada.

Esta es la primera sentencia condenatoria por MGF en España. Se aplica la Ley Orgánica extraterritorial 3/2005 a una madre que acaba de llegar a España desde Senegal por un proceso de reagrupación familiar junto con su hija que había padecido la MGF años antes de migrar. Se condena a la madre a una pena de prisión de 7 años y a una compensación económica de 50.000 euros a favor de su hija. En un primer momento se le aplicó el error de prohibición vencible, lo que redujo la pena de prisión de 7 a 2 años y la compensación económica de 50.000 a 10.000 euros. Esta compensación económica a favor de la menor no se da en otros casos y se aplica por la secuela física detectada (que a continuación explicaremos). La reducción económica se da por las dificultades económicas que está pasando la familia. Posteriormente, el 22 de diciembre de 2013 se absuelve a la madre por el error de prohibición invencible.

El caso se desarrolla de la siguiente forma. El 16 de agosto de 2010 la madre acude acompañada por su esposo y su hija menor a un Centro de Atención Primaria del municipio de Premià de Mar, con motivo de la exploración realizada, según la

⁵⁶⁰ Analizados en el Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Catalunya. Apartado 1. Años 90. Visibilidad de la práctica con las migraciones y primeros casos.

⁵⁶¹ El Caso de Teruel, Aragón (2011), se analiza en Capítulo 2. Contexto internacional y nacional de la MGF. Apartado 2.4. Protocolos y sentencias.

⁵⁶² Tribunal Supremo de Madrid, Roj: STS 7827/2012, Nº de recurso: 3/2013, Nº de resolución 835/2012

sentencia⁵⁶³ «en el marco del protocolo de actuación de niños inmigrantes». A la niña le fue apreciada la extirpación del clítoris y una sinequia (adherencia de los labios menores) que precisará tratamiento quirúrgico.

Según la sentencia, la denuncia es «a raíz del parte facultativo emitido por el centro médico de Premià de Mar el 16/08/2010 por el que se pone en conocimiento del citado juzgado indicios que revelan la mutilación genital femenina de la menor». Sin embargo, posteriormente en la entrevista realizada en el marco de esta investigación, tanto la pediatra como el enfermero argumentaron que no hicieron ningún parte de lesiones. Ahora bien, el enfermero que atendió a la familia y realizó la exploración con la pediatra llamó al Grupo de Atención a la Víctima (GAV) de los Mossos d'Esquadra para comentar el caso. Unos días antes se habían presentado en su consulta dos mossos del GAV. Así lo argumenta el enfermero en la entrevista.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Llamé a los Mossos d'Esquadra, porque justamente una semana antes, unas Mossas d'Esquadra vinieron a explicarme que eran un grupo dedicado a este tema. Eran dos mujeres, Mossas d'Esquadra y lo que intentaban era tenerlo registrado, porque en el caso de que si se iban al país de origen, harían un poco más de seguimiento. Más de educación creo yo..., pero bueno, supongo que si entra el cuerpo policial esto es complicado.

[...] Aquel día las llamé y les comenté el caso que tenía. Entonces, al cabo de dos días se me presentaron y les expliqué el caso, las informé y nada más.

[Silencio] Después investigué, de si esto era la supuesta denuncia del enfermero, y claro, todo esto, pues se te cae la cara de vergüenza, no a mi, sino a como se hace todo, ¿no?. El protocolo, ¿cómo se inició?, ¿qué pasó entremedio?. A mi me daba la sensación que era un enfermero que había realizado una denuncia, y yo no había realizado ninguna denuncia».

Transcripción entrevista P26,
enfermero, provincia de Barcelona. 30.10.2014

El enfermero se sintió disgustado por todo el despliegue sin que el centro hubiera emitido ningún parte de lesiones, o al menos que fuera consciente de la información

⁵⁶³ Sentencia Nº 9/2013 y la sentencia Nº36/2012 de la Audiencia Nacional.

que estaba facilitando a los Mossos d'Esquadra. En ningún momento le dijeron que pusiera un parte de lesiones o se le comentó que lo darían ellos.

En el momento del juicio, según la sentencia, la acusada por medio del intérprete en lengua mandinga, *«no pudo precisar, cuando vino a España al no tener estudios, pero sí indicó que antes de llegar a España, vivía con sus tres hijos varones y su hija pequeña, en una zona rural de Senegal, hasta que su marido, que ya se encontraba en Catalunya, consiguió los permisos necesarios para que todos ellos vinieran. Mientras vivió en Senegal, trabajaba en el campo, por lo que cuando su hija pequeña, respecto de la que tampoco supo decir en qué año nació, dejó de tomar pecho, aproximadamente al año de edad, la llevó a la aldea donde vivía su madre, esto es, la abuela materna de la menor, lo que le permitió continuar trabajando en el campo, ignorando si ella o alguien con su previo consentimiento pudo haberle practicado la extirpación genital. Por último, reiteró haber tenido conocimiento de la lesión sufrida por su hija en el propio centro asistencial catalán, produciéndole la noticia una profunda tristeza ya que ella nunca lo hubiera permitido».*

Según la sentencia, el enfermero *«[...] recordó haber hablado con el padre, toda vez que la madre no podía expresarse ni en catalán ni en castellano, haciendo el marido de intérprete. Añadió, que cuando les informó de la lesión de la niña, se apercibió de que no hubiera ninguna reacción de especial sorpresa en los padres; apreciación que resultó corroborada cuando el padre manifestó que la ablación sufrida era un hecho cultural en África; por lo tanto, hablaron de ella con normalidad».* Por otro lado, los forenses corroboraron que la lesión era antigua, estimada en años de antigüedad, y que la sinequia podía deberse a una complicación de la misma.

«La acusada, en su condición de madre de la menor y, por tanto, en el ejercicio de la patria potestad que le correspondía, hubiera consentido, en aras de la tradición y costumbres del lugar, que su hija sufriera la lesión en el entorno familiar o se viera expuesta a sufrirla, derivada de la anacronía de costumbres ancestrales. Pues esa falta de reacción o de sorpresa cuando, la acusada es informada por el enfermero, no puede obedecer sino es como consecuencia de saber la existencia de la lesión y, en su caso, de su anuencia para que ésta se produjera.»

«Por todo ello y ante tal testimonio, el tribunal no alberga ninguna duda de la autoría de la acusada, ya sea como autora material de la lesión al amparo de lo dispuesto en los artículos 28 y 29 del Código Penal en relación con el tipo penal aplicable al caso, esto es, el artículo 149.2

del Código Penal , o bien insta en el tipo penal de omisión previsto en el artículo 11 de nuestro Código Penal al exponer a su hija al inevitable peligro de que le fuera practicada la lesión genital.»

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«La sensación era que, mi malestar fue al ver lo que decía la sentencia, si la has podido leer decía, se da validez al testimonio del enfermero que atendió a la familia. Cuando dice, se da validez, parece que esté diciendo que el enfermero ha llevado a la cárcel a esta mujer, el comentario es... otras, yo tenía esta sensación, este peso. Todavía me ruborizo ante este tema.»

Transcripción entrevista P26, enfermero.
Provincia de Barcelona, 30.10.2014

En la entrevista el enfermero expresa su malestar.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Cuando declaré, intenté ser lo menos subjetivo posible y aferrarme a la información, sobre todo que registré aquel día. De hecho, recuperé la nota e intenté ceñirme a ella y evidentemente lo que viví, intentando describirlo, la cual cosa, se interpretó mal, o había una voluntad política, o de etiquetas o de medallas, de crear un precedente, creo yo, y se utilizó este caso para esto. Pues que sea el primer caso que se ha realizado la mutilación en su país y ahora los vamos a juzgar.»

Transcripción entrevista P26, enfermero
Provincia de Barcelona, 30.10.2014

Sorprende la conclusión a la que se llega en la primera sentencia acerca de lo que podía haber evitado el padre, que residía en Catalunya desde hacía años:

«Ha resultado probado que así como la acusada vivió en una zona rural de Senegal hasta 2010, su esposo llevaba residiendo en Catalunya, al menos desde hacía 10 años, por lo tanto, es inevitable pensar, que así como la acusada no tenía acceso a información alguna sobre el particular, su marido, promotor de la idea de la reagrupación familiar en Catalunya y, por ello, conocedor suficiente de las normas mínimas de convivencia, debería haberla asesorado en este

extremo, evitando así los problemas surgidos desde la llegada a España de la acusada y la hija de ambos.»

Finalmente, el tribunal considera que no ha quedado probada la participación de la madre en los hechos y no se le puede responsabilizar de la MGF. La absolución anula la primera condena de un tribunal por un delito de ablación cometido en el extranjero antes de que la familia de la niña emigrara a España. La Sala de lo Penal del Supremo considera que la única prueba incriminatoria contra la madre es el testimonio del enfermero y la interpretación que de él hace la Audiencia, por lo que es «absolutamente insegura y abierta» y que «en modo alguno justifica la participación consciente o negligente de la acusada». La sentencia del Supremo considera irrelevante a efectos penales si los padres sabían o no que la niña había sido mutilada. El Supremo admite el recurso de casación presentado por la mujer y anula la condena dictada el 4 de abril sobre la indemnización de 10.000 euros⁵⁶⁴.

Familia y profesionales son víctimas de las incongruencias del sistema. El caso de Premià de Mar se acabó juzgando en Madrid, por lo que la familia tuvo que desplazarse varias veces para testificar. A causa de este hecho, el padre perdió el empleo por tenerse que ausentar del restaurante en el que trabajaba. La madre, que acababa de llegar a nuestro país, no hablaba la lengua y estaba aterrada por lo que estaba pasando. Finalmente, después su absolución, tanto la madre como su hija volvieron a Senegal. El padre argumentó a la mediadora intercultural que le habían arruinado la vida. El enfermero del caso termina haciendo una reflexión:

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Yo pienso que se hicieron muy mal las cosas. Yo estoy contento de que la madre no esté en la prisión y que finalmente se la hayan absuelto, tanto a la madre como al padre. Primero, no estoy a favor de la ablación, faltaría más, pero estoy a favor de unas políticas preventivas, promocionales, ¿desde dónde?, desde las escuelas, ¿dónde?, allí, desde el departamento de política del Gobierno central de Gambia [...], porque delante de este panorama, por mucho que occidente intente hacer, que no se hace..., si está registrado, sí, pero la realidad es otra.

⁵⁶⁴ Castedo, A. (2013) El Supremo anula la condena a una madre por la ablación de su hija. *El País. Edición Catalunya*, 24 de diciembre de 2013, 35.

La realidad es que encontramos muchas ablaciones y no se hace nada».

Transcripción entrevista P26, enfermero
Provincia de Barcelona, 30.10.2014

El caso de Premià de Mar abrió una brecha y algunos la utilizaron para sembrar dudas respecto a la intervención de niñas reagrupadas mutiladas. En Cataluña tenemos población desde hace más de 30 años y hasta la fecha ningún pediatra había denunciado las niñas reagrupadas mutiladas ya que la *LO 3/2005* se creó para proteger a las menores nacidas en España que viajaban con sus padres al país de origen.

A raíz del trabajo de campo algunos profesionales nos han explicado las recientes denuncias que se han realizado por MGF en niñas reagrupadas. Es el caso de hasta cinco municipios, que no todos se recogen en este documento. Una de las preguntas que le hice a las profesionales fue: «¿Por qué se han denunciado ahora estos casos, cuando hace más de 30 años que residen niñas reagrupadas mutiladas de origen? Nuestra hipótesis es que se ha denunciado a raíz del caso de Premià de Mar (2012), el cual ha abierto una brecha por donde los Mossos d'Esquadra han creado confusión, miedo y presión a los y las profesionales para que denuncien cualquier mutilación detectada, aunque sea la de una niña reagrupada.

Esta confusión la pudimos detectar en la jornada que se realizó en el Colegio de Médicos de Girona, el 6 de febrero de 2014, donde se habló de la extraterritorialidad de la *LO 3/2005*. El debate fue abierto por los Mossos d'Esquadra, quienes plantearon si era competencia de los profesionales de salud denunciar a las familias con niñas reagrupadas mutiladas. Entonces me pregunté: «¿Por qué los Mossos d'Esquadra sembraban la duda ahora, después de 30 años?». Ellos piensan que a pesar del resultado del caso de Premià de Mar, el próximo no se vaya a absolver, por lo que instan a los y las profesionales de salud a denunciar cualquier mutilación detectada, alegando que no es decisión de un profesional de salud sino de un juez.

Los pediatras contestaron que de ser así todos los de las comarcas de Girona estaban en falso, pues hacía años que tenían niñas reagrupadas mutiladas y que nadie había denunciado los hechos hasta el momento porque entendían que la ley no se podía

aplicar en estos casos. Igualmente los Mossos d'Esquadra dejaron caer que los pediatras estaban todos fuera de la ley, a lo que una reaccionó comentando que si ahora se denunciaban estos hechos tirarían por tierra todo el trabajo de prevención que llevaban haciendo desde hacía años.

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Tenemos constancia de familias practicantes que han abandonado la práctica. La denuncia no evitaría las mutilaciones, sino que podría provocar que se redujese el número de niñas reagrupadas.»

Colegio de Médicos de Girona,
6 de febrero de 2014

El objetivo tendría que ser centrarse en la atención de las niñas ya mutiladas y en la prevención de sus hermanas nacidas aquí. Contrariamente, «las niñas a las que supuestamente queremos proteger se convierten en doblemente víctimas de la tradición y de la ley» según Kaplan.

3.4.2. Caso Vilanova i la Geltrú (2013)⁵⁶⁵. Provincia de Barcelona

Escenario del caso. Dos hermanas, una nacida en Gambia y la otra en España, pasan una larga temporada en Gambia con la familia extensa. Regresan a España con la MGF practicada.

Esta es la sentencia condenatoria más dura impuesta hasta el momento por MGF en España, con una pena de prisión de 12 años para cada uno de los padres.

El 5 de mayo de 2013 en el Juzgado de Instrucción nº 9 de Vilanova i la Geltrú de Barcelona se realizó un juicio por dos delitos de MGF a una familia procedente de Gambia y residente en Vilanova i la Geltrú desde hacía más de 15 años. El 13 de mayo de 2013 se condenó a ambos padres a 12 años de prisión, seis años para cada delito de MGF.

⁵⁶⁵ Audiencia Provincial de Barcelona, Rollo procedimiento ordinario nº 3/2012, Sumario núm. 1/2011, Juzgado de Instrucción nº 9 Vilanova i la Geltrú, Barcelona.

El padre nacido en Gambia en 1969 llegó a Vilanova i la Geltrú en 1991. Siete años más tarde, en 1998, reagrupó a su mujer nacida en 1978 y a su hija de un año de edad nacida en Gambia en 1999. Posteriormente la pareja tuvo una segunda hija, nacida en 2004 en Cataluña. Los padres declararon en el tribunal que viajaron en 2007 a Gambia acompañados de sus hijas, las cuales se quedaron hasta 2009 mientras que ellos residían en España. En aquel período, una tenía entre 8 y 10 años y la otra entre 3 y 5 años, edades en las que se suele realizar el rito de paso (Kaplan, 1998).

Según la sentencia:

«El 22 de abril de 2008, técnicas del Área de Cohesión e Identidad del Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú efectuaron entrevistas con la madre, informándole del requerimiento preventivo de la fiscalía, y ella manifestó a las responsables, técnicas del departamento municipal, que ella no hacía tales prácticas de MGF y que había hablado de ello a su marido. Se le explicó e ilustró, ya en aquel entonces a la procesada, que dichas prácticas estaban penalizadas, incluso con pena de prisión, aun cuando las mismas tuviesen lugar fuera de España y se la instruyó del sentido y alcance del Protocolo de Actuación para Prevenir la MGF, especialmente en el segmento de niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años y se le dijo que debería informar de inmediato a las autoridades siempre que se dispusiera a salir de España y que antes de emprender el viaje a su país de origen, las niñas tenían que ser exploradas por el ginecólogo/pediatra y, una vez de vuelta del viaje, también.»

El 5 de julio de 2010 se realiza una revisión ginecológica a las dos menores por parte de los servicios de salud a instancias de los servicios sociales fuera de los circuitos preventivos ordinarios del Programa del Niño Sano de pediatría. En esta fecha, la mayor tenía 11 años y 4 meses y la pequeña estaba a punto de cumplir los 6 años. El Programa del Niño Sano establece revisiones periódicas. No disponemos del resultado de dichas revisiones y de si se realizó un abordaje preventivo en MGF desde los servicios de pediatría con la familia en los 11 años que llevaban visitando a la hija mayor y los 6 años a la hija pequeña.

En dicha exploración intervinieron una comadrona, una ginecóloga y una auxiliar de enfermería. Sorprende que no hubiera la declaración de ningún profesional de pediatría y que la revisión se realiza al margen de los circuitos ordinarios. La

comadrona testifica en el juicio que la exploración fue recabada por los servicios sociales, a modo de «prevención de la MGF ante el riesgo de que pudiera viajar al país de origen». Se obliga a las niñas a realizar una revisión ginecológica, como se puede ver en su testimonio. La exploración ginecológica no la realiza el servicio de pediatría, sino una matrona. Según la sentencia, no había anomalía alguna en los genitales externos de las niñas y precisó que se hallaban íntegros. Además, en su declaración puso de relieve la falta de colaboración de la madre y comentó que puso cierta resistencia a la exploración. Existe una hipótesis que corroboraría la reacción de la niña ante la exploración y así lo argumenta primero la auxiliar de enfermería y después la ginecóloga en la sentencia:

«Apuntó que la niña a la que vio hablaba poco, se mostraba ostensiblemente reticente a ser explorada, reacia a ello, y que costó efectuar la exploración. La ginecóloga, dijo que costó colocar en la camilla a las niñas y que tras vencer su inicial oposición y resistencia, se comprobó que sus órganos genitales externos eran normales, estaban íntegros. Destacó la resistencia a dicha exploración por parte de la madre y de las niñas y señaló la ginecóloga que “parecía no entender por qué estábamos allí”.»

El 20 de enero de 2011, según informe de la sentencia, 6 meses después de la revisión, *«se detectó la anomalía, la alteración de los dichos órganos genitales externos que aparecían mutilados»*. Sin embargo, en la sentencia no se especifica, o no lo he sabido ver, quién detecta la MGF. Por otro lado, se descarta que el 5 de julio de 2010, las ablaciones hubiesen pasado *«desapercibidas, inadvertidas por las profesionales sanitarias»*, pues según se nombra en la sentencia *«cualquier profano las detectaría, dada su visualización»*. Hecho que no comparten la mayoría de profesionales de salud, que han atendido a mujeres y niñas con MGF.

Posteriormente, el 27 de enero de 2011, según el informe de la sentencia, los peritos médicos detectaron que las niñas no tenían clítoris y que no presentaban cicatriz, por lo que las mutilaciones no eran de fechas recientes y que la fecha aproximada no se podía saber con exactitud, aunque afirma que sí debía situarse entre el 5 de julio de 2010 y el 20 de enero de 2011. Finalmente, la sentencia sostiene que se realizaron en territorio español. Si se hubiese sentenciado por la realización fuera del territorio

nacional, como apuntaba la familia, posiblemente hubiera sido más difícil probar la autoría de los hechos, con la posible absolución del caso.

El 14 de diciembre de 2012, el EAIA de Barcelona declaró con carácter cautelar la situación de desamparo de las menores y la asunción inmediata de las funciones tutelares de las mismas, que implica la condigna supresión del ejercicio de la potestad y derechos inherentes de los padres. En la actualidad, solo la hija mayor se encuentra en un CRAE (Centro Residencial de Acción Educativa). La hija menor vive con los padres ya que aunque la sentencia sigue en pie, todavía no han ido a la cárcel.

Unos años después, las educadoras del CRAE solicitaron a la Fundación Wassu asesoramiento sobre atención psicológica para una menor del centro. Enseguida, pensamos en Vilanova i la Geltrú. Las dos educadoras estaban preocupadas por la menor y querían saber más sobre el tema. La reunión se mantuvo en la Fundación Wassu-UAB. Se les dio todo el material que se facilita para la prevención y la atención. Mostraron mucho interés y se intercambiaron los correos electrónicos.

Al poco tiempo de la reunión, las educadoras nos comunicaron que le habían hablado de nuestro encuentro a la menor y que les hizo una demanda. Quería venir a conocer la Fundación Wassu-UAB y hablar con nosotras. La verdad es que nos sorprendió la demanda. Aceptamos la visita. La menor ya no era esa niña de 11 años, se había convertido en una mujercita fuerte e inteligente con mucha curiosidad por saber cómo trabajábamos el tema. Adriana Kaplan le explicó el trabajo que realizaba Wassu Gambia Kafo. Le comentó que la etnia de sus padres se realizaba la *sunna* muy frecuentemente, con una prevalencia del 76%, y que lo realizaban las mujeres viejas pensando que era lo mejor para las menores. La jovencita nos explicó que la práctica había sido realizada en Gambia, así como habían afirmado sus padres en la sentencia. Ella quería saber qué le habían hecho, puesto que a lo largo de todas las revisiones y el proceso judicial, siempre le habían dicho cosas diferentes.

Esta experiencia me marcó por la cercanía con las personas afectadas. Frecuentemente son etiquetadas y poco se hace en su favor a nivel personal. Las posibilidades de equivocarse son muchas al destapar un tema tan íntimo y del que todavía falta mucha investigación. Su demanda destapó la gravedad de los efectos que

en ella habían tenido a nivel psicológico y sexual la pérdida de toda su familia y su categorización de «mutilada genitalmente». La acompañé a una excelente ginecóloga, joven y formada en el tema, que consideró oportuno que yo quedara en la consulta en todo momento. Tenía el más leve de los cortes, el clítoris estaba intacto, solo faltaba el prepucio. Al comentárselo, la ginecóloga y yo le quisimos hacer entender que no era fácil verlo, que si los diferentes médicos y forenses se habían confundido era porque no era fácil verlo.

Ciertamente no era fácil ver la ausencia del prepucio, pero lo que todavía me pregunto es cómo las profesionales que participaron en la sentencia afirmaron tajantemente que no había «botón del clítoris» y que presentaba «ausencia de glándula del clítoris». Esto era totalmente erróneo, porque al quitar el prepucio el clítoris se veía más. Erróneo también fue el lugar donde se dijo que se había realizado la mutilación. Una vez más, prevalece la mirada médica a la de los Otros y la ley penal castiga.

3.4.3. Caso Lloret de Mar (2014)⁵⁶⁶. Provincia de Girona

Escenario del caso. Niña nacida en Catalunya pasa dos meses en Gambia y vuelve mutilada. Se detecta cinco años después durante la revisión que realiza el CAP frente a la programación de otro viaje a Gambia.

Los padres son nacidos en Gambia, el padre llevaba 22 años en España y su mujer, que vino por reagrupación familiar, 17. Ambos tienen la nacionalidad española. Tienen cuatro hijos, dos niños y dos niñas. Las niñas, nacidas en Catalunya, tienen 13 y 11 años.

En el verano de 2006 la madre acude al Centro de Atención Primaria con su hijo menor y comenta a las profesionales que viajará a Gambia por dos meses con sus hijos. Su marido no la acompañará porque no puede ausentarse de su puesto de trabajo. En el CAP se aborda el tema de la prevención de la MGF con un intérprete y se realiza la revisión pediátrica.

⁵⁶⁶ Audiencia Nacional, Rollo de sala nº 6/2013, Sumario núm. 1/2013, Juzgado de Instrucción nº 4. Sentencia nº 5/2014.

Según la sentencia, la madre dejó a sus hijos al cuidado de la abuela materna para desplazarse durante unos días a otro lugar del país para visitar a otros familiares. Aprovechando la ausencia y sin el consentimiento de la madre, la abuela llevó a las dos niñas a una casa donde ella misma procedió a practicarles la ablación del clítoris. Cuando la madre volvió de su viaje, las niñas le explicaron lo sucedido, lo que provocó una discusión entre ambas. Al llegar a España, la madre explicó lo ocurrido al marido.

En 2006, año de la mutilación, las niñas tenían 8 y 13 años. Sin embargo, ni a la vuelta a Cataluña ni durante los cinco años posteriores no se detectó la mutilación en las revisiones pediátricas. Esto demuestra que muchas veces no se detectan las mutilaciones desde pediatría, al contrario de lo que anunciaba la anterior sentencia, de que «todo profano podría detectarlas».

Cinco años más tarde, en 2011, cuando los padres vuelven a llevar a sus hijas al CAP porque tienen previsto volver a viajar, se detecta la MGF. Según la sentencia, es una MGF antigua en ambas menores, sin alteración física ni consecuencias psicológicas. Al detectarla se oficia el caso a la Fiscalía de Blanes, que acusa a la familia de un delito de lesiones pidiendo seis años de prisión para los padres. El caso es derivado a la Audiencia Nacional por ser una práctica realizada fuera del territorio nacional.

El 26 de febrero de 2014, la Audiencia Nacional absuelve a la madre y al padre de ambos delitos. El tribunal entiende que si bien es cierto que a los padres les corresponde el cuidado de sus hijos, en este caso eran contrarios a la mutilación. Según la sentencia *«no puede tildarse de omisión de deber del cuidado, el que la acusada dejara a sus hijos, en su ausencia suficientemente explicada por visita a primos, al cuidado de la abuela, persona que indudablemente goza de su confianza y de la que no podía dudar de que hiciera un mal a sus nietas»*. En esta sentencia se tomó como testimonio a la hija mayor, que fue clave en la resolución de la sentencia: *«Los magistrados Alfonso Guevara, Guillermo Ruiz Polanco y Antonio Díaz Delgado han tenido en cuenta la declaración de la hija mayor»*.

3.4.4. Caso provincia de Tarragona (2015)

Escenario del caso. Niña nacida en Gambia que llega a España con la MGF practicada y se detecta seis años después en una revisión pediátrica por motivo de viaje al país de origen.

Los padres son nacidos en Gambia. El padre llevaba años residiendo en España y su mujer, vino por reagrupación familiar. Ambos tienen la nacionalidad española. Tienen tres hijos, dos niños y una niña. La niña, nació en Gambia, tiene 8 años.

En octubre de 2015, la familia acude al Centro de Atención Primaria de Salud porque en la escuela le han dicho que antes de viajar a Gambia tiene que pasar por pediatría. La pediatra realiza una exploración genital a la niña siguiendo las pautas de actuación que marca el Protocolo de Actuación ante la MGF. Detecta que la niña de siete años tiene una MGF. La familia expone que la práctica se realizó en Gambia hace 6 años, cuando la menor nacida en Gambia tenía tres meses. Es una práctica habitual en su país, la madre también la tiene practicada. La familia comenta que se lo había comentado a su anterior pediatra, actualmente jubilada, pero no encuentra ningún registro en la historia clínica. Realiza un parte de lesiones. La prensa de Tarragona informa del caso con las siguientes palabras: *«Según los Mossos d'Esquadra, tras recibir la noticia que podía haber un caso de MGF, se puso en marcha el protocolo y se actuó rápidamente, informando del asunto también a la DGAIA⁵⁶⁷»*.

Dos días después, el padre y la madre pasan a disposición del Juzgado de Guardia. El juez acuerda prisión provisional, que se alarga hasta cinco semanas. Durante estas cinco semanas, los hijos se custodian en un centro tutelar de la DGAIA hasta que se realojan con familiares, quedando a la espera del recurso que presenta la defensa de los padres solicitando la salida de la prisión.

El 19 de julio de 2016, el juzgado de la Audiencia Provincial de Tarragona, pide 10 años de prisión para los padres. En este caso, la Generalitat de Catalunya se presentó como acusación particular. Fijan en 9 años y 1 día la petición de pena y la indemnización de

⁵⁶⁷ Juanpere, A. (2016) Piden 10 años de prisión para una pareja por la mutilación genital de su hija. *Diari de Tarragona*, 19 de julio de 2016, 6.

90.000 euros por las lesiones y las secuelas. El juez solicita 10 años y la Generalitat 7 años. Según Fiscalía «en fecha no determinada pero en cualquier caso ente el nacimiento de la menor (producida en Gambia hace ocho años) y aproximadamente un años antes de ser realizada la explotación pediátrica a la misma, que tuvo lugar el 22 de octubre de 2015, se realizó la MGF a la pequeña⁵⁶⁸».

Un profesional que acompañó a la familia en el proceso, reflexiona sobre el suceso al hacerse público en la prensa.

Miradas profesionales. Ámbito de inmigración

«La veritat és que és molt trista aquesta notícia perquè, coneixent la família (...) jo els crec, que això no ho han fet aquí. Aquesta família explica coses i jo me'ls crec. Jo no sé si després l'Audiència la tindrà en compte, tota aquesta informació que tenen ells. La nena no ha sortit mai del país. Pensa que té 6 o 7 anys i no té cap sortida d'Espanya, des del primer dia que ha entrat estan aquí. Un família molt adaptada. El pare molt bé i mira..., la mala sort, a veure com acaba això.»

»En casos així, entenc jo que està al jutjat i no podem fer res nosaltres, no sé quina mena de suport podem donar. Com et vaig dir l'altre dia, jo estic avançant les coses, ja està muntada la taula, el circuit, el seguiment... Ja tenen totes les famílies amb el compromís signat i, de fet, el setembre faríem unes trobades. Tenia pensat quedar amb tu, si ens pots orientar una mica sobre què es pot fer i per treballar amb aquestes famílies i amb els professionals també.»

Trascripción mensaje de voz de *Whatsapp*,
Valoración del caso, a raíz de la publicación del caso en la prensa.
19.07.2016

Conozco este caso el 30 de noviembre de 2015, previamente a que saliera en la prensa. Coincidió con la jornada en Terrassa que organizaba la Dirección General para la Inmigración junto con el ayuntamiento, ya que interesaba potenciar la creación de una Mesa de Prevención de la MGF. Asistieron muchos profesionales de un pueblo de Tarragona, cosa que me sorprendió. Durante el descanso pude hablar con los y las profesionales en la cafetería. Eran de los servicios sociales y de inmigración del ayuntamiento. Venían por la denuncia de un caso de una niña reagrupada mutilada y

⁵⁶⁸ Juanpere, A. (2016), *op. cit.*

estaban muy afectados por el proceso que se había realizado. Recuerdo que un profesional comentaba que no entendía cómo se había realizado el parte de lesiones y que al pedir asesoramiento a la Generalitat les afirmaron que era correcto. Aunque el protocolo catalán no dice esto en ningún momento. En este caso, no había habido intervención previa. La niña es víctima de la tradición y de la ley.

4. MIRADAS

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«La realitat és que tots els reagrupaments, tots, jo encara no n'he viscut cap, venen les nenes mutilades, per tant, la feina s'ha de fer al territori, em sembla a mi, que això ens supera, i que segurament amb la nova modificació del protocol, haurem de plantejar, què fem amb aquestes famílies? Perquè lo que no pode fer és judicialitzar-les només arribar al nostre país, i això és algo que tenim aquí a la taula, que ho hem de poder treballar, perquè lo que hem de resoldre amb aquesta criatura és la mutilació. Veure quins problemes mèdics té, si té infeccions urinàries, si se li escapa el pipí, val? Saber exactament, quines conseqüències té aquesta nena, es beneficiarà del nostre país, perquè li podrem resoldre coses, que segurament en el seu país no. Llavors també hem de vigilar perquè si és cert que ara, els reagrupaments s'estan masculinitzant i s'estan masculinitzant a un nivell, que és una mica preocupant, perquè moltes vegades no ve la mare, venen només nois sols i són nens sols, vivint amb un pare que treballa i això està generant molts problemes, al menys a la nostra zona».

Transcripción referente de Salut, provincia de Girona.
Programa televisivo *Els Matins de TV3*. 07.03.2017

Respecto al contexto sanitario: «Ambulatorios hartos»⁵⁶⁹ es el titular, que mejor define la situación en la que se encuentran los y las profesionales de salud. Según el artículo de *La Vanguardia*, el Departament de Salut reconoce que tras «ocho años de penuria» y «sufriendo», hay «gran desconfianza» y el personal está «quemadísimo».

⁵⁶⁹ Macpherson, A. (2017) «Ambulatorios hartos». *La Vanguardia*. Edición Catalunya, 28-3-2017. [En línea] <http://www.lavanguardia.com/local/baix-llobregat/20170328/421246363256/ambulatorios-hartos.html> [Consultada: 30.03.2017]

Miradas profesionales. Ámbito de salud

«Tenemos una población a la que no podemos tratar bien a pesar de que nos empeñemos; no nos salimos», explica Francisco Alguacil. «Trabajamos en condiciones poco dignas». En el manifiesto dicen que la financiación menguante de la sanidad pública, y en particular de la asistencia primaria, impide mantener los recursos humanos de antes de la crisis, «que son un pilar básico para desarrollar las actividades médicas, los diagnósticos, las infraestructuras y la formación del personal que se merece la sociedad».

Macpherson, A. (2017), *op. cit*

Miradas profesionales. Ámbito de servicios sociales e inmigración

«[...] Veiem aquesta via punitiva, que sembla que s'està imposant, a n'aquests foros que estem escoltant darrerament. La Generalitat, a la jornada de Tarragona. Mossos d'Esquadra, el mateix secretari, que nosaltres no ho haguessin dit mai, perquè el discurs sempre ha sigut molt, bé, una persona oberta, que entén, però hi va haver algun comentari, en aquesta línia. Encara que hi ha missatges contradictoris. [...] Nosaltres no estem per aquesta via, perquè pensem que no solucionarà el problema. Hem de vetllar perquè tinguin dret a sanitat i que estiguin amb aquests pares que no han conegut. [...] Molts s'estan plantejant no portar a les seves filles. Clar, crees l'afecta contrari, porten més nens. El que hem d'aconseguir és que vinguin les nenes, amb les seves mares, per què hem de trencar els processos de reagrupació familiar? [...]. Em vist un retrocés en aquest sentit. [...], és el que veiem als medis de comunicació, al Secretari,, es per la via aquesta punitiva de la sanció. [...] Clar, treballar d'aquesta manera és més fàcil, amb un d'aquests missatges que donen els Mossos, la denuncia i tal, clar, la gent s'agafa, és el que tinc que fer, denuncia al canto i ja està, és més fàcil, no t'has de calentar tant el cap. Clar, pensem que això no és la via, no és la via.[...] Sabem que s'està treballant en un nou protocol i el que demanem es que s'escolti més a la comunitat.»

Transcripción entrevista P29,
Municipio 6, 30.03.2017

Miradas profesionales. Ámbito de servicios sociales e inmigración

«Els professionals alerten de la possibilitat de casos de nenes i noies, fins i tot ja nascudes a Catalunya, que tornen al país d'origen i se'ls perd de vista, és a dir, que no hi ha una continuïtat en la feina que s'hagi fet amb elles i amb les seves famílies. Tampoc es pot fer un control i revisió de l'estat de la nena o noia per saber si en el viatge s'ha produït la mutilació, encara que hagin signat el document abans de marxar».

(Marzo, E., 2013: 27)

Miradas profesionales. Ámbito de servicios sociales

«Jo penso que el repte que tenen les administracions ara mateix és prendre consciència elles mateixes del que tenen entre mans, si prenguessin consciència com tots els tècnics que per casualitat hem anat a parar en una taula, canviaria l'ordre de prioritats en moltes coses. El problema és que és molt maco dir que tenim una xarxa de taules i que tenim un munt de professionals implicats per així cobrir un expedient, d'alguna manera, no?. La Generalitat el que ha de cuidar, no és només als protocols, sinó les persones per les que estem fent el protocol, i en el moment que estem darrera d'un circuit o d'un protocol, visualitzes a totes les nenes a les que estàs protegint, possiblement totes les intervencions no serien ni tan puntuals, ni tant distants en el temps...»

«Jo penso que és perquè és un tema de falta de visualització del problema, saps?, Jo crec que els deures que han de fer és anar més enllà de tenir coses per presentar, saps, hem d'anar una mica més enllà, entens? I la única preocupació no potser, quan tothom estigui d'acord aviseu perquè farem la presentació oficial del protocol, saps? Presentarem la versió oficial del protocol, i...?»

Transcripción entrevista P22,
Técnica referente de una Mesa de MGF,
12.05.2014

Miradas profesionales. Ámbito de la mediación intercultural

«Cuando la gente migra se aferra a su cultura, es lo único que le queda. Entonces, cuando tu le estás diciendo, esto está mal, no lo hagas, tienes que buscar. Yo cuando empecé de mediadora y empecé a explicar esto, yo siempre le decía a los profesionales, es que no es fácil, no es tan complicado, pero tampoco es tan fácil. Hay que buscar un lenguaje sencillo y directo, y que la persona te entienda. Pero si yo empiezo con la crítica, me mandan a paseo. Hay que hacer una crítica constructiva, porque no a esto..., pero si tu empiezas, esto está mal, con esto no puedes tener esto,... Hasta yo vi, la ponencia de una Mossa, en una jornada comarcal, que vino con una mujer africana, que explicó una historia, [...], yo le dije «Fatou, me has decepcionado, tu crees realmente esta situación que has explicado? » . [...] Ellas se pensaban ganar dinero, pero total no lo han ganado. Han buscado dos cosas, a lo mejor el dinero está incluido, pero más bien, querían hacer algo que todo el mundo lo ve. [...] Tampoco lo han conseguido.

[...] Las niñas que nacieron aquí, la mayoría son conscientes de decir, no, pero también hay casos niñas de rebote, porque tenemos casos, de pasados veinte años que se han ido a África y piden que quieren hacérselo. Si me lo hago a los veinte, ahora que me vas a hacer. Esto es un rebote, ha habido casos. No tengo nada de aquí, soy africana. Es un rebote que le llamamos nosotros. Son personas, tema identitario, quieren mostrar que son africanas “y tu ¿qué?, ¿qué me vas a decir?”. Ha habido casos. Esto asusta un poco, porque que le vamos a decir, si la persona está tan rebotada. De pequeño, de grande, para ir, para venir, [...] esta persona está enrabiada. No se han sentido identificados con la cultura de aquí o se han sentido rechazadas. Además choca, porque uno de las personas estudiaba medicina, imagínate, otra cosa, es que no tenía estudios, porque no se que..., pero estamos hablando de gente que tiene un buen nivel de estudios. “Yo nací aquí, pero si eres negra, la gente siempre me está recordando que soy africana” y si todo el rato la gente me está diciendo... Había gente que reacciona de otra manera, pero hay gente que se revela. Ha habido el tema identitario. Los niños lo manifiestan a partir de 12, 14 años, cuando empiezan su propia identidad africana y en cambio, cuando eran pequeños todos son catalanes, españoles, «mama, pero yo soy de aquí, soy de aquí», pero cuando empiezan a distinguir, “a mi que me rechazan, que me dicen que no soy de aquí”, yo nazco aquí y no tengo nada de África, ahora que me dicen... A bueno, “yo soy africana, yo lo acepto», pero con toda su consecuencia. Tengo que hacer cosas, para que vean que yo quiero ser africana. Son personas de veinte años, que estaban bien y de repente, «yo no soy de aquí».

Transcripción entrevista P8,
Mediadora intercultural, pionera en el abordaje de este tema.
Provincia de Barcelona, 05.05.2014

BLOQUE III
EL MODELO WASSU
AL OTRO LADO DEL MURO.

CAPÍTULO 8
OBSERVATORIO PARA LA PREVENCIÓN DE LA MGF

Introducción

En este bloque se presenta el Modelo Wassu, a partir del 2008. Su estudio no puede entenderse sin el análisis histórico que se ha realizado en el capítulo 4, «Las dos cara del muro», del bloque I, diseñado por la antropóloga Adriana Kaplan, basado en la investigación aplicada a la transferencia social del conocimiento en cascada. Este modelo se ha pilotado en Badalona, a través del programa municipal de prevención y atención de la MGF, diseñado y evaluado por la doctoranda, en su lugar de trabajo, el Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento de Badalona, en el marco de esta investigación-intervención social.

La segunda parte de este bloque, se expone la experiencia de Badalona. La Direcció General d'Immigració contabilizó este municipio, en 2014, como una de las más de 70 Mesas de Prevención de la MGF existentes en Cataluña. Sin embargo, Badalona nunca ha tenido una Mesa de Prevención, ni se ha diseñado un protocolo específico de actuación ante la MGF.

En febrero 2017, el Sr. Oriol Amorós, como responsable político de la Secretaria d' Igualtat, Migracions i Ciutadania, en una entrevista solicitada por la Fundació Wassu-UAB, pidió que le presentara los resultados de esta investigación. Concretamente, estaba interesado en el trabajo realizado por las Mesas de Prevención de la MGF⁵⁷⁰, que coordina su Secretaría. En esta reunión se explicó la experiencia de Badalona a partir del modelo Wassu, pilotado de 2010 a 2017, exportable a otros territorios catalanes. Seguimos a la espera de poder contribuir a una mejora en las políticas para la prevención y la atención de la MGF.

⁵⁷⁰Ver capítulo 7. Evaluación del Modelo de la Generalitat de Catalunya. Apartado 2. Evaluación de las Mesas de Prevención de la MGF. Cartografía contrastada.

1. EL MODELO WASSU EN ESPAÑA

El modelo Wassu se engendra en 1987 en la Universidad Autónoma de Barcelona, en la línea de investigación transnacional en el espacio y logitudinal en el tiempo, pionera en España, dirigida por la Prof. Adriana Kaplán Marcusán, antropóloga. Por ella recibe en 2009, la distinción de directora de la Cátedra de Transferencia Social del Conocimiento del Parc de Recerca UAB.

En España, después de 15 años de trabajo de campo etnográfico y transferencia del conocimiento para la prevención de la MGF, nace en 2003, el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. El equipo interdisciplinar está compuesto por profesionales de ciencias de la salud y ciencias sociales que han investigado sobre los conocimientos, actitudes y prácticas alrededor de la MGF y la actuación profesional al respecto.

El GIPE/PTP ha formado a profesionales de atención primaria en salud, trabajo social y educación en todo el país, destacando Cataluña, Aragón, Navarra, Islas Baleares, País Vasco y Andalucía. Ha publicado diversos artículos, entre ellos, dos sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de profesionales en materia de MGF, en 2009⁵⁷¹ que abarca el período entre 2001 y 2004⁵⁷² y en 2010⁵⁷³, en el que se publica la metodología utilizada en el análisis de datos sobre las percepciones de profesionales de la salud y de las familias africanas, en relación a las intervenciones preventivas frente a la MGF. En 2010, actualiza los materiales para profesionales, con el objetivo de mejorar la prevención y la atención de la MGF.

⁵⁷¹Kaplan, A, Toran, P, Moreno, J. et al (2009) Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. En: *BMC Health Services Research*, No9: BioMed Central. pp. 11.

⁵⁷²Ver Capítulo 4. Análisis histórico de la MGF en Cataluña.

⁵⁷³Kaplan, A., Fernández, N., Moreno, J. et al. (2010) Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families. En: *BMC Public Health* No10: BioMed Central pp. 193.

Figura 56. Modelo Wassu: materiales para profesionales en España [2010].



Realización propia a partir de:

- Kaplan, A., Moreno, J. Pérez Jarauta, A, M. J. (coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra.

- Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (2016) *Mutilación Genital Femenina (MGF). Prevención y Atención. Guía para profesionales*. Barcelona, GIPE/PTP

Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html

En 2012 se crea la **Fundación Wassu** de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), que alberga como piedra fundacional el **Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada para la Prevención de la MGF**. Con dos bases de investigación–intervención social⁵⁷⁴: una en Gambia, país con una de las prevalencias más altas en MGF (76,6%) donde a través de la ONG Wassu Gambia Kafo promueve el desarrollo y la cooperación entre la República de Gambia y España en materia de salud, investigación y educación, y otra en España, a través del Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB.

⁵⁷⁴http://www.mgf.uab.cat/esp/centros_de_investigaci%C3%B3n_y_formaci%C3%B3n.html
[Consultada: 08.04.2017]

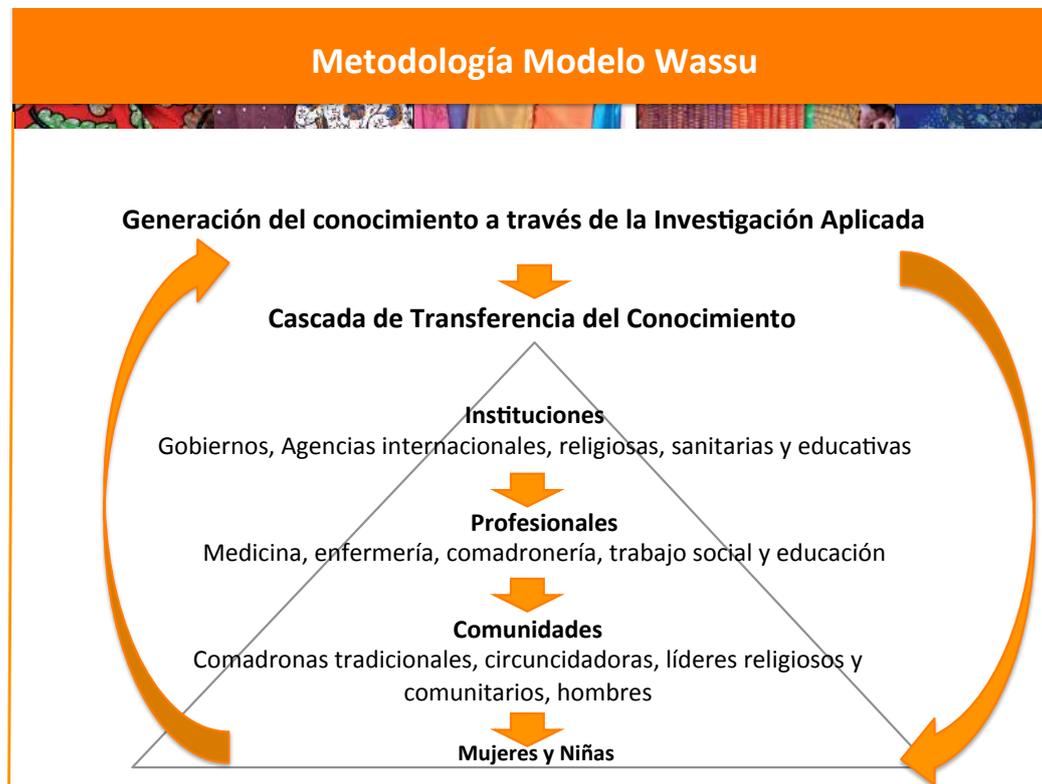
Figura 57. Observatorio para la prevención de la MGF



Esta es una organización de carácter científico que a través de la investigación aplicada a la transferencia del conocimiento, interviene en la prevención de la MGF. Su visión es mejorar la salud materno-infantil y las condiciones de vida de mujeres y niñas, reconociendo su derecho a la integridad y libertad personal, en condición de igualdad social y contribuyendo, de este modo, al desarrollo y la salud de la comunidad. Su misión es diseñar y evaluar una metodología científica que parta de la transferencia del conocimiento para promover el abandono de la MGF en África y en la diáspora. Su principal objetivo es promover un abordaje sostenible mediante la formación e intervención preventiva de estudiantes y profesionales de la salud en África y en Europa.

La metodología Wassu para la prevención y la atención de la MGF destaca por ofrecer a la administración, a los y las profesionales de atención primaria y a la comunidad, la transferencia en cascada del conocimiento a partir del estudio de la significación social y cultural de esta práctica y de la evaluación de la metodología de intervención durante todo el proceso, no sólo teniendo en cuenta resultados finales. Este conocimiento, basado en la investigación—intervención social ha proporcionado a las administraciones, profesionales, familias y comunidad, herramientas para iniciar una intervención desde el diálogo y el respeto, partiendo de políticas menos discriminatorias.

Figura 58. Observatorio para la prevención de la MGF.



La Fundación Wassu-UAB ha firmado convenios en España con la Fundación Bancaria La Caixa (2008), el Ayuntamiento de Mataró (2012), el Ayuntamiento de Badalona y Badalona Serveis Assistencials (2013), Emakunde (2013), la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género (2014-2015), el Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet (2014) y el Ayuntamiento de Sabadell (2015).

2.PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA MGF EN BADALONA

Badalona es el primer municipio de España que pilota la metodología del Modelo Wassu, a través de un programa de prevención y atención de la MGF. Este programa es liderado por la Unidad de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Badalona. Se desarrolla con los proveedores de salud de la ciudad y con el soporte y la metodología de la Fundación Wassu-UAB. En 2013, se consolida la colaboración a través de un convenio entre el Ayuntamiento de Badalona, Badalona Serveis Assistencials (BSA) y la Fundación Wassu-UAB.

2.1. Justificación

A partir de las necesidades detectadas en el territorio en 2009, en el marco de la tesina «El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas»⁵⁷⁵ del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, realizado por la doctoranda, en su lugar de trabajo como técnica de salud pública del Ayuntamiento de Badalona. Este no se planteó hacer un protocolo más sobre la MGF, como sí se ha hecho en múltiples municipios catalanes. En 2010 se dispone a trabajar en un proyecto para el despliegue de un programa de prevención y atención de la MGF, en el marco de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia⁵⁷⁶, que reconoce a la administración municipal las competencias relativas a las intervenciones sociales preventivas, con la coordinación de otras administraciones⁵⁷⁷.

El objetivo principal del programa es prevenir la MGF, promoviendo el cambio hacia actitudes favorables que permitan un abordaje preventivo de la práctica considerando a las mujeres, a sus familias y a la comunidad diana del programa como sujetos activos, garantes de derechos como ciudadanas y ciudadanos de Badalona.

⁵⁷⁵ Mangas, A. (2010) *El ojo de la MGF. Un cruce de miradas. Cataluña*. Departamento de Antropología Social y Cultural, Universidad Autónoma de Barcelona. [Tesina no publicada realizada en el marco del máster de Investigación Etnográfica, Teoría Antropológica y Relaciones Interculturales, de la UAB].

⁵⁷⁶ DOGC, Núm. 5641, del 2 de junio de 2010.

⁵⁷⁷ <http://www.parlament.cat/document/nom/TL115.pdf> (página 31)

2.2. Metodología.

La metodología del Modelo Wassu se basa en la transferencia social del conocimiento en cascada. La investigación—intervención social es realizada en el marco de esta tesis por la doctoranda⁵⁷⁸, con la colaboración de los proveedores de salud de la ciudad.

Las fases del proyecto han sido:

- 1.- Primera fase. Exploratoria (2009)
- 2.- Segunda fase. Elaboración del *Programa de Prevención y Atención de la MGF* (2010)
- 3.- Tercera fase. Transferencia y formación (2011-2014)
- 4.- Cuarta fase. Evaluación (2013-2014)
- 5.- Quinta fase. Monitorización y seguimiento (2015-2016)

2. 1. 1. Primera fase. Exploratoria (2009)⁵⁷⁹

En esta primera fase, el objetivo principal se centró en conocer la realidad y la práctica profesional delante de la MGF. Se exploró el conocimiento que había sobre la MGF a nivel profesional, la aplicación del protocolo catalán⁵⁸⁰, la aplicación y los usos de los códigos y de los registros en la historia clínica y se estudiaron los primeros casos abordados. En aquel momento, la ciudad albergaba «221 mujeres y 50 niñas de 0-14 años de nacionalidad de los países en los que se practica la MGF⁵⁸¹».

Las técnicas utilizadas para obtener la información fueron diversas: revisión bibliográfica sobre el tema de la MGF, prospección de trabajo de campo a través de la observación participante (de mayo 2007 a septiembre 2008), entrevistas semiestructuradas a una muestra no aleatoria de informantes clave que, a través de la técnica de la bola de nieve, se fue ampliando. El análisis de la intervención realizada hasta el momento se hizo a través del estudio de casos.

⁵⁷⁸La doctoranda forma parte del Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Perjudiciales (GIPE/PTP), del mismo departamento, desde el año 2008.

⁵⁷⁹Enmarcada dentro del estudio para la tesina: Mangas, A. (2010), *op. cit.*

⁵⁸⁰Secretaria per a la Immigració, ed. (2009 [2007]), *op. cit.*

⁵⁸¹ Kaplan, A. y López, A. (2010), *op. cit.*

El primer estudio de casos fue en 2009, este desvela el tipo de intervenciones realizadas, los circuitos que se siguieron, cuándo se empezó a actuar, en qué nivel y por qué. Se exploró si se habían realizado intervenciones preventivas previas con las familias (tal como establecían los protocolos), si los y las profesionales utilizaron herramientas en las actuaciones, si conocían que los protocolos de la Generalitat recogían el tema de la MGF. Se analizó cómo se aplicó el Protocolo de Actuación para la Prevención de la MGF y a instancias de quién. Se analizó el impacto de las intervenciones realizadas, tanto para las menores y sus familias, como para los y las profesionales que intervinieron.

A nivel metodológico, la información se recogió a través de las entrevistas a profesionales y a través de la Ficha de Recogida de Casos diseñados por el GIPE/PTP⁵⁸². Los casos se clasificaron en niveles de intervención profesional, según establece el protocolo catalán, en los cuales los y las profesionales actuaron por primera vez. Los niveles son: 1) prevención, 2) detección, 3) actuación no urgente, 4) actuación urgente y 5) recuperación. A continuación, se adjunta un cuadro resumen que muestra la intervención de los y las profesionales, frente a los primeros casos potencialmente de riesgo de MGF y algunas conclusiones extraídas del estudio de Mangas en 2010.

⁵⁸²Ficha diseñada por el Grupo de Interdisciplinar para el Estudio y la Investigación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Creada de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos, por lo que se garantizaba el anonimato de la usuaria.

Figura 45. Resultados Estudio de casos I (2009)

1.- FASE: Diagnóstica (2009) – Estudio de casos	
Primeros casos trabajados en Badalona	
Año	Nivel de intervención profesional ^[1]
2008	100% de los casos nivel 3 “urgente” judicializados
2009	75% de los casos nivel 1 25% de los casos nivel 3
Intervención según proveedor sanitario	
Badalona Serveis Assistencials (BSA)	75% de los casos. 100% registrados en la historia clínica. 100% no codificado (no había código específico).
Institut Català de Salut (ICS)	25% de los casos. 100% registrados en la historia clínica. 100% no codificado, por desconocimiento del código.

[1] Según establece el protocolo catalán [2], en los cuales los y las profesionales actuaron por primera vez. Los niveles son; 1 prevención, 2 detección, 3 actuación no urgente y actuación urgente y 4 recuperación.

[2] Secretaria per a la Immigració, ed. (2009 [2007]) *Protocol d’actuacions per a prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departament d’Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.

Fuente: Mangas, A. (2010) *El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas*. Cataluña. Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. [Tesis no publicada, elaborada en el marco del Master de Investigación Etnográfica, Teoría Antropológica y Relaciones Interculturales de la UAB].

Durante el 2008 se dieron una serie de actuaciones con familias procedentes de los países que practican la MGF a causa del conocimiento de la programación de un viaje al país de origen con sus hijas. El mismo año, los Mossos d’Esquadra habían presentado el protocolo de la Generalitat⁵⁸³ en las escuelas y en los centros de salud. Es por ello que delante del conocimiento de un viaje los y las profesionales de educación llamaron directamente a los Mossos d’Esquadra. Durante este año, el 100% de los casos acabaron juzgados en un primer nivel y al 75% de los casos se aplicaron las medidas cautelares de retirada de pasaporte de las menores y la revisión de genitales por un médico forense (Mangas, 2010).

⁵⁸³ Secretaria per a la Immigració, ed. (2009 [2007]), *op. cit.*

Algunas de las reflexiones extraídas de este primer estudio son:

- En ninguno de los casos se había realizado un abordaje preventivo con las familias, de acuerdo con el nivel 1 del protocolo de actuación de la Generalitat de Catalunya y del protocolo de pediatría⁵⁸⁴.
- Las actuaciones que se dieron fueron de urgencia delante de un viaje, saltando directamente al nivel 4 del protocolo.
- En el 75% de los casos detectados hubo retirada de pasaporte de las menores y revisión de genitales por un médico forense, aunque las niñas habían pasado todas las revisiones del protocolo de pediatría, Programa del Niño Sano, hasta la fecha.
- Las intervenciones realizadas en los casos en los que se aplicaron las medidas cautelares, no rebajaron el riesgo de MGF, porque no se implicó a la familia en el proceso de abandono de la práctica. Al contrario, si la familia era practicante, se reafirmó en la diferencia y no quisieron volver a hablar del tema. En uno de los casos, la familia dejó de ir a los servicios de salud y en 2010 se produjo una nueva retirada del pasaporte, por segunda vez, delante de la programación de otro viaje.
- Los y las profesionales que intervinieron se vieron involucrados en un dilema profesional de primera magnitud a causa de las incongruencias del sistema. Aunque conocían el protocolo, les resultó insuficiente y manifestaron su falta de formación sobre MGF y sobre el abordaje del tema.
- El «saber, saber ser y saber hacer» que implica la Educación para la Salud no se aprenden en un protocolo.

Los resultados de este estudio nos obligaban a buscar estrategias para dar respuesta a las necesidades de formación, asesoramiento y acompañamiento de profesionales con el fin de promover acciones preventivas y de promoción de la salud según el primer nivel de todos los protocolos.

⁵⁸⁴ Direcció General de Salut Pública, ed. (2008) *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

2. 2.- Segunda fase. Inicio del proceso de elaboración del Programa de Prevención y Atención de la MGF (2010)

Esta fase se caracteriza por el inicio de la elaboración del programa de atención y prevención de la MGF. Para el desarrollo de esta fase se cuenta con el asesoramiento, la formación y la metodología «de transferencia del conocimiento en cascada» propuesta por la Fundación Wassu-UAB y adaptada para la ciudad de Badalona.

Figura 46. Cascada transferencia del conocimiento de la Fundación Wassu-UAB en Badalona



585

Esta fase engloba las acciones de negociación y consenso interno en el marco del Ayuntamiento de Badalona. Posteriormente, implicamos a los dos proveedores de salud de la ciudad, Badalona Serveis Assistencials (BSA) y el Institut Català de Salut (ICS). En esta fase se adaptaron y validaron conjuntamente las herramientas propuestas por el GIPE/PTP para ambos proveedores de salud.

En el ICS, se presentó la Carta de Compromiso Preventivo⁵⁸⁶ y la codificación específica para registrar en la historia clínica a partir del CIE 10 (Código Internacional

⁵⁸⁵Elaboración propia a partir de la Cascada de transferencia del conocimiento propiedad de la Fundación Wassu-UAB.

de Enfermedades) que sigue este proveedor. Presentamos dos códigos ya establecidos: Z.6081 Riesgo de Mutilación Femenina y el N.9081 Mutilación Genital Femenina.

En BSA, se adaptó la Carta de Compromiso Preventivo y se creó una codificación específica para registrar en la historia clínica a partir del CIAP2 (Código Internacional de Atención Primaria) que utiliza este proveedor. Creamos dos códigos nuevos X.82.1 para prevención de la MGF y X.82.2 para MGF detectada.

La explotación y el estudio de los códigos diagnósticos y de procedimiento nos permitiría realizar una monitorización sobre la afectación de la práctica y sobre el abordaje que se realizaba. El código de prevención de la MGF nos servía, por otra parte, para evaluar el impacto de la formación en los y las profesionales y detectar en qué territorios se intervenía más. Estos códigos se triangularían con datos cualitativos procedentes de las entrevistas en profundidad a los y las profesionales y con datos cuantitativos procedentes del padrón municipal.

En diciembre de 2010 presentamos el primer estudio, proyecto, herramientas y materiales para profesionales y familias a un total de siete servicios que podrían estar implicados en la prevención y/o atención de la MGF (servicios de salud, servicios sociales, mujer, educación, EAIA, participación, convivencia, cooperación y GAV⁵⁸⁷).

Resaltados en azul encontramos los servicios y departamentos que deberían intervenir en primer lugar. En rojo, los servicios que podrían actuar una vez fallara o se considerara pertinente, posterior a la valoración del caso por los servicios y departamentos resaltados en azul. Con el Departamento de Participación, Convivencia y Cooperación exploramos la existencia en la ciudad de asociaciones africanas para incorporarlas y hacerlas partícipes del programa desde un primer inicio, pero en aquel momento no había. De esta forma, se enfoca la intervención a nivel familiar desde la atención primaria.

⁵⁸⁶ *Carta Compromiso preventivo* es una herramienta que los y las profesionales ofrecen a las familias que viajan al país de origen. Esta carta fue diseñada por el GIPE/PTP para varios proveedores de salud. Véase junto con su guía de aplicación en http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html

⁵⁸⁷ GAV: Grup d'Atenció a la Víctima de Mossos d'Esquadra.

Figura 47. Cuadro resumen de la fase 2

2.- FASE: Elaboración del Programa de Prevención y Atención de la MGF (2010)

Metodología:

- Conocimiento territorial

- Proceso participativo:

✓ Servicios implicados

Salud

Servicios Sociales

Educación

Mujer

Convivencia y Cooperación

EAIA

GAV

✓ Población

✓ Individuo

✓ Familia

✓ Comunidad

Abordatge familiar
Atenció Primària

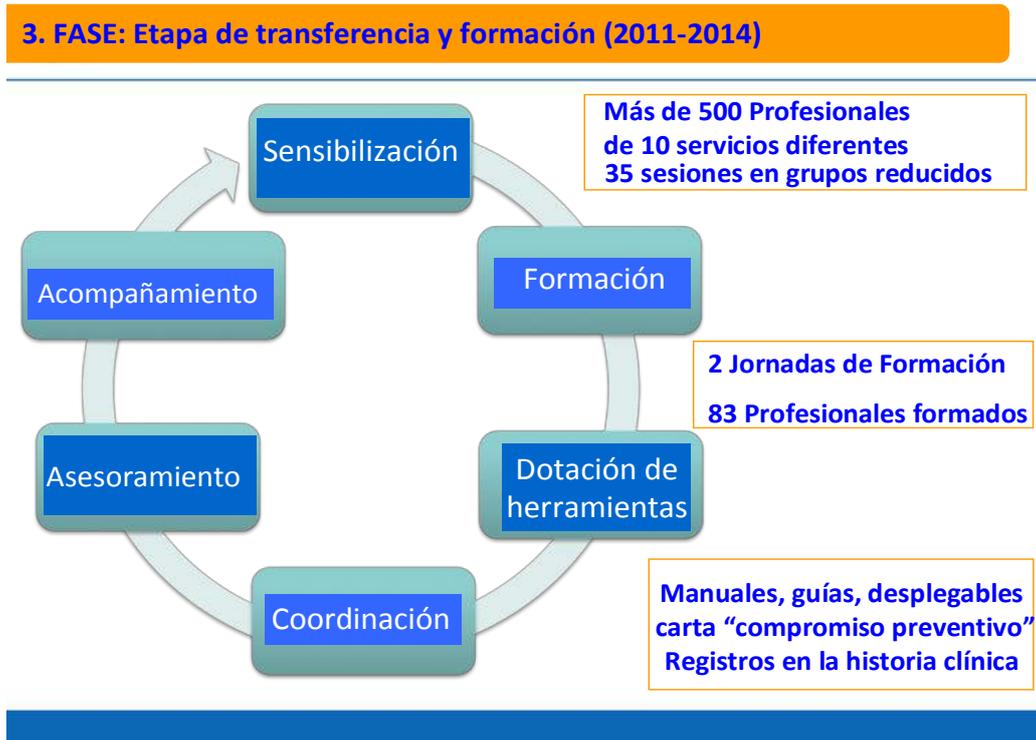
EAIA: Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia.

GAC: Grupo de Atención a la Víctima, de Mossos d'Esquadra.

2.2.3.- Tercera fase. Transferencia y formación (2011-2014)

A partir de la cascada de transferencia del conocimiento, se planifican sesiones de **sensibilización**, priorizando los servicios de salud, servicios sociales y educación, con el objetivo de sensibilizar sobre la práctica de la MGF y explicar el proyecto. Se presentaron el primer estudio de casos, la propuesta de proyecto, los materiales y las herramientas para profesionales para trabajar con familias. Además, se proporcionó el contacto de los referentes territoriales para cada uno de los territorios. Paralelamente se inicia el proceso de **formación y capacitación** de los y las profesionales con el objetivo de que incorporen la prevención y la atención de la MGF en su práctica diaria.

Figura 48. Cuadro resumen de la fase 3



Previa a la formación, se realizaron sesiones de sensibilización para motivar la participación de los y las profesionales de los servicios de atención primaria, de salud y servicios sociales y la implicación de las direcciones de ambos proveedores de salud en las jornadas formativas.

A continuación, se recogen las sesiones de sensibilización, formación y acciones realizadas en cada servicio. En esta fase de planificación, se tuvo especial cuidado en el orden en el que se realizarían las acciones, debido a las consecuencias de las actuaciones cometidas por la Generalitat de Catalunya en 2008, que había depositado el liderazgo en el Departament d'Interior, a través de los Mossos d'Esquadra, presentado el protocolo en centros educativos. Hecho que provocó actuaciones punitivas como primer nivel de intervención (se recoge en el primer estudio de casos), con consecuencias nefastas para las niñas, las familias y los profesionales.

a) Equipos de salud (2010-2011)

- En cada uno de los Centros de Atención Primaria de Salud y CASSIR⁵⁸⁸, se presentó el primer estudio de casos, la presentación del proyecto, de los materiales y las herramientas para profesionales y para trabajar con familias y el contacto de los referentes territoriales, del Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento, para ofrecer soporte y asesoramiento a los y las profesionales que lo necesitaran. Durante 2010-2011, se llegó a un total de 250 profesionales.
- **Formación piloto de 8 horas** a 57 profesionales de salud, mayoritariamente de los servicios de pediatría y trabajo social de atención primaria (primera jornada).
- Implementación del abordaje preventivo y registro de casos en la historia clínica a nivel descriptivo y a nivel cuantitativo, a través de los códigos diagnósticos y de procedimiento que posteriormente se podrían explotar.

b) Equipos de servicios sociales y EAIA⁵⁸⁹ (2011-2012)

- En cada uno de los equipos de servicios sociales del territorio y del EAIA, se presentó el primer estudio de casos, la presentación del proyecto, de los materiales y las herramientas para profesionales y para trabajar con familias y el contacto de los referentes territoriales, del Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento, para ofrecer soporte y asesoramiento a los y las profesionales que lo necesitaran. De 2011 a 2012, se llegó a un total de 64 profesionales.
- **«II Jornada de formación sobre la MGF. Intercambio de experiencias»**. 8 horas de formación a 55 profesionales de salud, servicios sociales y EAIA, destacando la implantación del abordaje preventivo y el intercambio de experiencias. En esta jornada los proveedores de salud del ICS y de BSA, conjuntamente con los y las profesionales de los servicios sociales y las técnicas de salud pública, presentaron los casos abordados. Estos mismos casos, en 2008 habrían terminado en la fiscalía

⁵⁸⁸ CASSIR: Centro de Atención Sexual y Reproductiva.

⁵⁸⁹ EAIA: Equipo de Infancia y Adolescencia.

con medidas cautelares como la retirada de pasaporte. Sin embargo, gracias a la prevención realizada en atención primaria, sin motivo de viaje, posteriormente, se pudo evitar la retirada de pasaporte y las familias viajaron y volvieron con las niñas intactas. En estos casos, se había incorporado a las familias en el proceso de toma de decisión, en el abandono de la práctica. Los y las profesionales formados habían incorporado en su práctica diaria la prevención y a la atención de la MGF.

c) Equipos de educación y salud mental (2012-2013)

- Presentación del proyecto a todos los equipos de servicios de educación del territorio (34 escuelas de educación infantil y primaria y centros de educación especial de la ciudad).
- Presentación a todos los equipos de los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) del territorio y de los equipos de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP). Un total de 23 profesionales.

En total, en esta tercera fase se realizaron dos jornadas formativas, de 8 horas cada una, con un total de 112 profesionales de atención primaria en salud y servicios sociales, de éstos, 29 participaron en las dos jornadas. Estos fueron los profesionales priorizados para poner en marcha el programa, puesto que eran los y las profesionales que atendían directamente a las familias y los que podían iniciar una intervención preventiva, en el marco de sus funciones.

2.2.4. Cuarta fase. Evaluación (2013-2014)

En esta fase se lleva a cabo la evaluación, tanto del proceso como de la intervención en materia de MGF realizada hasta la fecha. La evaluación de la intervención en materia de MGF se realiza combinado estudios a nivel cuantitativo y cualitativo. A nivel cuantitativo se realiza el «Estudio de casos II» y la explotación de la Ficha de Registro de Casos y a nivel cualitativo se realizan las sesiones grupales con profesionales para contrastar los resultados cuantitativos, debatirlos y detectar nuevas necesidades.

a) Estudio de casos II (2013)

Para el «Estudio de casos II» se realizó la explotación de los códigos de procedimiento y diagnóstico de la historia clínica para la MGF, previamente consensuados, en colaboración con los sistemas de información de salud. Con el proveedor ICS, se explotaron los códigos: «S.38.2 Amputación de órganos genitales externo», «N.90.81 Mutilación Genital Femenina» y «Z.62.9 Problema relacionado con la crianza del niño». Este último código se estableció en la comarca del Maresme para clasificar los casos en los que se había realizado la prevención de la MGF⁵⁹⁰. Con el proveedor BSA, se explotaron los dos códigos creados en el marco de este proyecto: «X.82.1 Prevención de la MGF» (que nos permitiría ver si los y las profesionales incorporaban la prevención de la MGF dentro de sus funciones de Educación para la Salud, en el marco del programa general de pediatría) y el «X.82.2 MGF detectada».

Este estudio es una continuación del primer estudio de casos, en el que se incorpora la explotación de códigos que nos permitirá evaluar la monitorización de la intervención, además de valorar el impacto de la formación realizada, plantearnos nuevas hipótesis, detectar necesidades y planificar nuevas acciones. A continuación se presenta un cuadro resumen de los principales resultados.

En 2008, la MGF se hace visible en Badalona, la actuación de los y las profesionales se inicia a partir del nivel 4 «actuación urgente», del protocolo⁵⁹¹. En 2010, a raíz de la formación en el marco del programa municipal, los y las profesionales empezaron a abordar el tema, a partir del nivel 1 «prevención», sin motivo de viaje. El proveedor que más intervino es Badalona Serveis Assitencials (BSA) con un 80'8%. El Institut Català de la Salut (ICS) intervino un 19,2%. La ausencia de datos en la explotación de los códigos del proveedor ICS y la poca participación de los y las profesionales en las jornadas de formación, hizo plantearnos que la MGF en el territorio ICS Badalona, no se detectaba ni se abordaba por motivos formativos⁵⁹².

⁵⁹⁰ Finalmente, este código no se explotó, porque era demasiado genérico y para extraer la información teníamos que entrar en la historia clínica de cada usuaria, por lo que se descartó de entrada, siguiendo la Ley de Protección de Datos.

⁵⁹¹ Del protocolo: Secretaria per a la Immigració, ed. (2009 [2007]), *op. cit.*

⁵⁹² Ver reflexiones de las sesiones grupales.

Para afinar más sobre la intervención o no intervención profesional se utilizaron técnicas cualitativas, como la discusión en grupos focales y las entrevistas a profesionales.

Figura 49. Cuadro resumen resultados «Estudio de casos II» (2013)

II Estudio de casos	
Resumen de casos estudiados [2008-2013]	
Año	Nivel de intervención profesional
2008	100% de los casos nivel 4 "urgente" judicializados
2009	75% de los casos nivel 1 25% de los casos nivel 3
2010	---
2011	100% de los casos nivel 1
2012	100% de los casos nivel 1
2013	100% de los casos nivel 1
Intervención según proveedor sanitario	
Badalona Serveis Assistencials (BSA)	80'8 % del total de los casos. 100% registrados en la historia clínica 84,6% codificado
Institut Català de Salut (ICS)	19'2% del total de los casos. 100% registrados en la historia clínica 100% no codificado

Puesta en marcha del Programa de Prevención y Atención de la MGF

Fuente: elaboración propia

b) Discusión en sesiones focales (2013-2014)

La discusión en grupos focales se realizó en las Áreas Básicas de Salud (ABS) de la ciudad, con profesionales de atención primaria, ámbito en el que se había llevado a cabo el estudio cuantitativo. Posteriormente, se realizaron sesiones con los y las profesionales de atención secundaria (ASSIR) y atención terciaria (hospital de referencia en pediatría y gineco-obstetricia). En total se efectuaron 8 sesiones grupales, de 2013 a 2014⁵⁹³, con la participación de más de 150 profesionales.

⁵⁹³ ABS La Salut (06.11.2013, 22 profesionales), Hospital Can Ruti (26.11.2013, 48 profesionales), ASSIR la Riera (10.02.2014, 21 profesionales), Casal d'Infants Carrilet (24.02.2014, 8 profesionales), Servicio de Pediatría de BSA (16.07.2014, 24 profesionales), Servicio de Trabajo Social de BSA (15.05.2014, 15 profesionales), ASSIR Mare de Déu

En estas sesiones de transferencia del conocimiento, la vez que se presentó y debatió el estudio, se realizó una sensibilización sobre la MGF y las fases que habíamos realizado en el marco del proyecto. Fue un proceso muy cuidado y flexible, realizado en pequeños grupos para favorecer la participación. Nos adaptamos a los horarios que nos propusieron y nos desplazamos a los espacios de reunión ya existentes. Este proceso fue clave para compartir, debatir y detectar nuevas necesidades. Además, nos sirvió para evaluar el impacto del proyecto.

Se han identificado espacios en BSA que han facilitado la transferencia a nivel de ciudad, como los espacios de coordinación pediátrica y de trabajo social. Ambos son cercanos y permiten el debate directamente con los y las profesionales que atienden a la población diana. Al no tener estos espacios de procesos comunitarios, la dirección del ICS propuso realizar la sesión en el Área Básica de Salud, que en principio podía atender a más población diana y realizar otra sesión con un referente de pediatría de cada ABS.

A continuación se detallan algunas reflexiones derivadas de las sesiones grupales efectuadas entre 2013 y 2014⁵⁹⁴ con profesionales de atención secundaria ASSIR. Primeramente, encontramos resistencias para abordar el tema desde la salud con algunos profesionales, pese a que el protocolo de gineco-obstetricia lo recogía desde el año 2005⁵⁹⁵. Un ginecólogo comentó que tendrían que ser los médicos forenses los encargados de la detección de la MGF. El resto de profesionales del servicio, no compartió esta visión y respondieron que se podría incluir la prevención de la práctica durante el control del embarazo. Hasta la fecha era una práctica invisible para estos especialistas. Se detectó falta de formación y que no había un consenso en el hecho de codificar la intervención. Sí había un consenso para registrarla, de forma cualitativa en el curso de la historia clínica.

de Lorda (23.07.2014, 7 profesionales) y representantes del servicio de pediatría del ICS, una profesional de cada ABS (24.10.2014, 6 profesionales).

⁵⁹⁴ Para recoger la información de las sesiones, se utilizó una ficha resumen de la sesión, facilitada por el GIPE/PTP.

⁵⁹⁵ Página 238, capítulo: "Recomanacions per al seguiment de l'embaràs en la població immigrada" del protocolo: Direcció General de Salut Pública (2005) *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Por otra parte, los y las profesionales de los dos centros de ASSIR tenían la sensación de atender muy pocas mujeres procedentes de los países que practican la MGF, aunque hubiera aumentado la población diana en un 56% desde el 2008, pasando de 221 a 345 mujeres en 2012. En el caso de las niñas, el porcentaje había crecido un 136% en estos últimos cinco años, pasando de 50 a 118 niñas (Kaplan y López, 2013) y según los resultados de la Ficha de Recogida de Casos, el 78% de las niñas había nacido en España, por lo que las madres debían haberse visitado en el marco del programa del control del embarazo con las matronas.

Posteriormente, se realizó con uno de los dos centros de ASSIR, en el que reside más población diana, una explotación cuantitativa de datos. La extracción contempló, el número de mujeres atendidas por primera vez entre 2011 a 2014. El objetivo era comprobar si las mujeres se visitaban en el centro y si el hecho de que no aparecieran registros sobre la MGF era porque los y las profesionales no la detectaban, como ya anunciaba (Kaplan, A.; Toran P.; Bedoya, M.H. *et al* (2006:124). Esta explotación reveló que se habían atendido mujeres procedentes de Egipto (91% de prevalencia), Guinea Conakry (96% de prevalencia), Nigeria (27% de prevalencia), Gambia (78%), Togo (4%) y Camerún (6%).

En atención terciaria, en el hospital, la sesión se realizó con los y las profesionales de pediatría, obstetricia, ginecología, cirugía pediátrica, trabajo social y pediatría social. Al presentarles el programa y los resultados de los dos estudios, la percepción fue de destaparles un tema nuevo. El jefe de obstetricia comentó que habían atendido a mujeres africanas en la sala de partos, pero que nunca se había fijado en la MGF, *«uno no encuentra si no sabe lo que busca»*. Comentó que fue muy interesante la sesión realizada y que estaríamos en contacto. El jefe del servicio de pediatría social hizo una pequeña reflexión al final de la sesión: *«Al igual que el tema de los abusos sexuales, el tema de la MGF se criminaliza y esto tiene unas consecuencias graves»*. Habla que desde la unidad de pediatría social atendieron a dos niñas residentes en un municipio del Vallés Oriental que habían sido retiradas de sus padres de forma cautelar, ante una MGF detectada, que después vieron que no era. Reflexiona también sobre las

sentencias de Vilanova i la Geltrú⁵⁹⁶ y de Premià de Mar⁵⁹⁷: «*La MGF es un problema difícil, complejo y es un tema de salud que deberíamos abordar*».

Una profesional del servicio de cirugía pediátrica comentó que nunca se los contempla como servicio y que les llegan pocos casos. Faltan estudios en este nivel para analizar en profundidad lo que está ocurriendo. Focaliza el tema en la prevención terciaria y el tratamiento. Se muestra indignada al ver que le llegaron tres niñas al servicio mutiladas, sin diagnóstico de MGF y que se detectó en el servicio. Las niñas no eran de Badalona, la profesional comentó que eran del Maresme. Se coordinó con los pediatras de atención primaria y se molestó, al ver que no se derivaban estos casos. Comenta que son el servicio de referencia a nivel de cirugía pediátrica y que abarca el Maresme y el Barcelonés Norte. Habla también sobre la codificación diagnóstica de la MGF, no lo ve correcto, sí el registro en el curso de la Historia Clínica, pero no la codificación diagnóstica. Hace el símil de la alarma creada sobre la malnutrición a raíz de la explotación de los códigos diagnósticos⁵⁹⁸. Ahora, admite que tiene que constar en la Historia Clínica y le parecen muy graves las denuncias que se han hecho ante MGF detectadas en niñas reagrupadas, como el caso de Premià de Mar.

c) Entrevistas a profesionales y ficha de recogida de casos (2013)

Las entrevistas a los y las profesionales se realizaron de forma no aleatoria a personas que habían pedido asesoramiento sobre la MGF, en el servicio de promoción de la salud. Se exploró el conocimiento sobre la MGF, las herramientas que conocían, cómo se utilizaban. Se indagó en el conocimiento que tenían sobre los protocolos existentes, su aplicación y en qué nivel se habían desplegado o no, qué circuitos se habían activado o no, por qué motivo, a instancias de quién y cómo se registraba la información en la historia clínica, qué datos se pedían y exploraban con las familias y si se codificaba la intervención, qué códigos se utilizaban y qué dificultades se detectaban en todo el proceso.

⁵⁹⁶ Audiencia Provincial de Barcelona, Rollo procedimiento ordinario Nº 3/2012, Sumario Nº1/2011.

⁵⁹⁷ Tribunal Supremo de Madrid, Roj: STS 7827/2013, Nº de recurso:3/2013, Nº de resolución 835/2012.

⁵⁹⁸ Mouzo, J. (2013) *El Síndic alerta que 50.000 niños sufren privaciones alimentarias en Cataluña. El ICS diagnosticó 750 casos de menores con síntomas de desnutrición*. El País. Edición Cataluña, 6 de agosto 2013, disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/08/05/catalunya/1375700452_782346.html [Consultada el 02.01.2015].

Para facilitar la recogida y explotación de datos se utilizó la Ficha de Recogida de Casos diseñada por el GIPE/PTP⁵⁹⁹, que se realizó durante las entrevistas. El objetivo era recoger los datos necesarios sobre la intervención con familias de niñas menores de edad procedentes de países donde se practica la MGF que residen en Badalona.

Los casos se han clasificado en función de los diferentes tipos de intervención⁶⁰⁰:

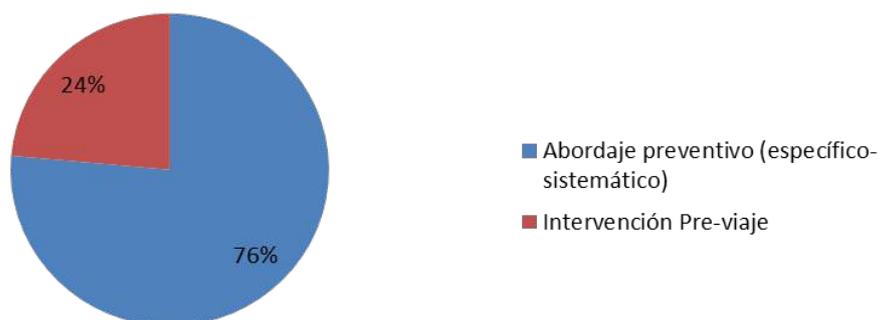
- I. La prevención específica-sistemática serían todas las intervenciones que se describen en el apartado «Atención al Nene Inmigrante» del Programa del Niño Sano⁶⁰¹.
- II. La prevención «oportunistica» sería, por ejemplo, de cara a un viaje al país de origen, que la hemos clasificado como intervención previaje.
- III. La prevención comunitaria serían las acciones realizadas en grupo con la población diana del programa.
- IV. La Atención a las complicaciones y secuelas corresponden a las intervenciones realizadas fruto de la detección de la MGF. La detección se puede dar en los siguientes escenarios:
 - La propia persona afectada consulta sobre la MGF. Normalmente no sucede, porque la mujer no relaciona sus problemas de salud con la práctica.
 - La profesional de salud relaciona los problemas de salud que manifiesta la usuaria con las posibles complicaciones de una MGF.
 - La profesional de salud la detecta en una exploración física.

⁵⁹⁹ Ficha diseñada por el Grupo de Interdisciplinar para el Estudio y la Investigación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Creada de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos, por lo que se garantizaba el anonimato de la usuaria.

⁶⁰⁰ Kaplan, A. Moreno J. y Pérez Jarauta, M.J. (coords,) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Investigación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra.

⁶⁰¹ Direcció General de Salut Pública, ed. (2008), *op. cit.*

Figura 15. Tipo de abordaje realizado



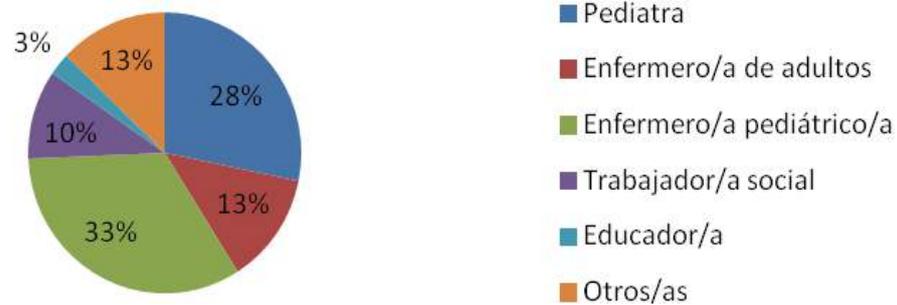
Fuente: Elaboración propia, datos de la Fundación Wassu-UAB

En el 76% de los casos se ha realizado un abordaje preventivo, independientemente del viaje al país de origen, lo que es un indicador positivo. Por una parte demuestra que los y las profesionales que han intervenido han incorporado la prevención de la MGF⁶⁰², a diferencia del 2008. Por otra parte, las acciones de prevención abordadas con tiempo favorecen el cambio en las percepciones de las familias sobre la práctica. Estas estarán mejor preparadas para futuros viajes, evitando las actuaciones de urgencia reactivas.

En cuanto a la prevención comunitaria, no se han realizado intervenciones en este período, puesto que no se han dado las condiciones para la realización de grupos a nivel comunitario para trabajar el tema. Tampoco existen en Badalona asociaciones africanas. La intervención, por el momento, se ha focalizado a nivel familiar. De todos modos, desde el programa no se descarta potenciar esta opción en un futuro, si se dan las condiciones oportunas.

⁶⁰² En el marco del programa general de pediatría: Direcció General de Salut Pública, ed. (2008), *op. cit.* y el primer nivel del protocolo catalán: Secretaria per a la Immigració, ed. (2009 [2007]), *op. cit.*

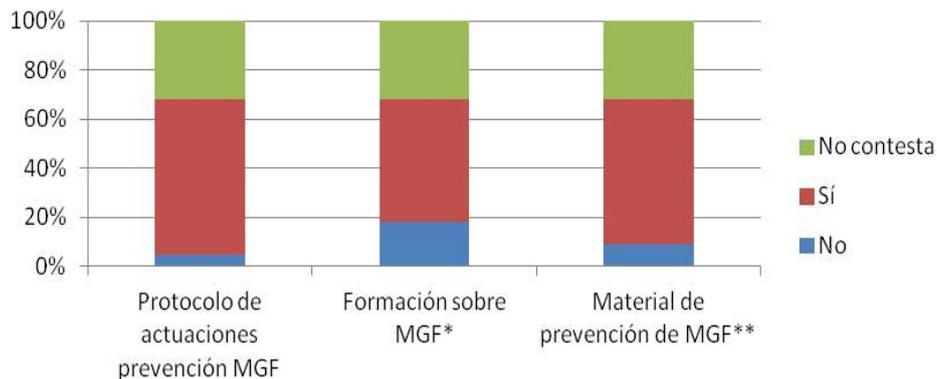
Figura 16. Categoría profesional que aborda la acción preventiva



Fuente: Elaboración propia, datos de la Fundación Wassu-UAB

En general, interviene más de un profesional en cada caso, con un promedio de 1,7 por caso. Mayoritariamente es el profesional de enfermería pediátrica, quien realiza la acción preventiva, constituyendo el 33% de las acciones realizadas. En segundo lugar los y las pediatras, con un 28%. En total, el 61% de los casos es abordado en el servicio de pediatría.

Figura 17. Conocimiento y formación de los/as profesionales que realizan el abordaje



Nota*: Todos los/as profesionales formados/as afirman haber sido formados/as en el marco de las acciones de formación realizadas por el Ayuntamiento de Badalona en colaboración con la Fundación Wassu-UAB.

Nota**: El material sobre prevención de MGF lo conforman en todos los casos la guía, el manual y el desplegable correspondiente⁶⁰³.

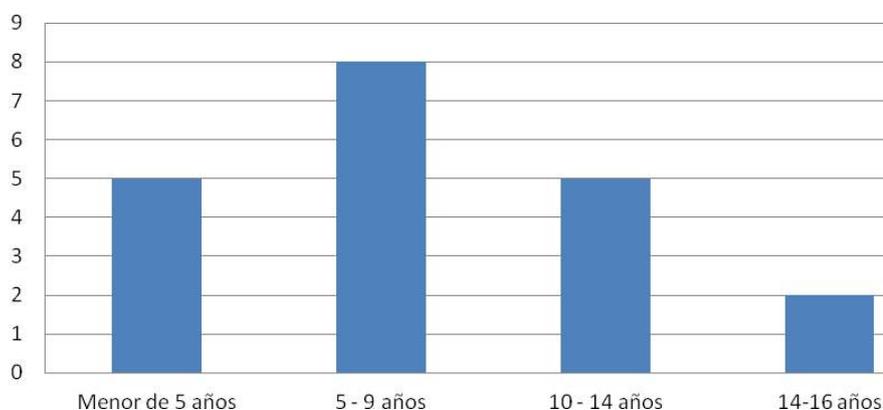
Fuente: Elaboración propia, datos de la Fundación Wassu-UAB

⁶⁰³ Kaplan, A. Moreno J. y Pérez Jarauta, M.J. (coords,) (2010), *op. cit.*

La mayoría de lo y las profesionales que realizan acciones preventivas han recibido formación y en su totalidad ha sido en el marco del convenio con el Ayuntamiento de Badalona y la Fundación Wassu-UAB.

Más de un 60% de los profesionales que realizan el abordaje conoce el protocolo catalán de actuación. Aproximadamente la mitad de estos profesionales ha recibido formación sobre el tema, en el marco del programa de prevención municipal. Un 60% tiene materiales para realizar la prevención (guías, manuales y despleables) de la Fundación Wassu-UAB. Se percibe la necesidad de continuar con la formación de profesionales de la salud, para llegar a un porcentaje más elevado de formación de éstos.

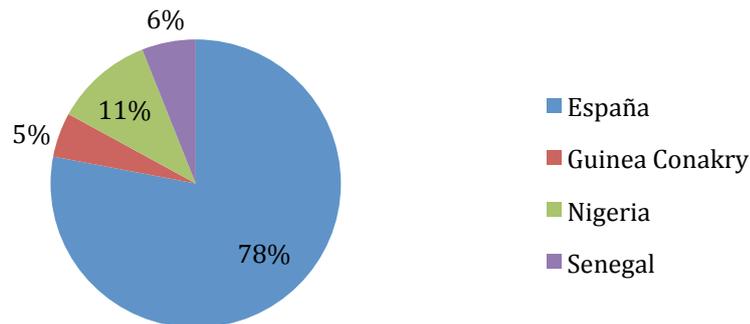
Figura 18. Edad de las niñas beneficiarias del abordaje



Fuente: Elaboración propia, datos de la Fundación Wassu-UAB

Las niñas beneficiarias del abordaje preventivo son menores de 16 años. La edad media en que se realizan las acciones de prevención es de 8,2 años. La intervención se concentra en la franja de 5 a 9 años.

Figura 18. Lugar de nacimiento de las niñas



Fuente: Elaboración propia, datos de la Fundación Wassu-UAB

La mayoría de las niñas ha nacido en España, un 78%. Otros países de nacimiento son: en segundo lugar Nigeria (11%), en tercer lugar Senegal (6%) y en cuarto lugar Guinea Conakry (5%). En la mayoría de los casos, ambos padres son de origen africano, mayoritariamente provienen de Guinea Conakry (31,8% de madres y padres), país con una prevalencia de MGF del 96%. En segundo lugar, padres y madres de origen nigeriano (un 18,2% de los padres y un 27,3% de las madres), país con una prevalencia de MGF del 27%. En tercer lugar, encontramos a padres y madres gambianos, en un 13,6% para ambos casos, país que tiene una prevalencia de MGF del 76%.

2.2.5.- Quinta fase. Monitorización y seguimiento (2015-2016)

A finales del 2015, se inicia la última fase del proyecto. Se definen los indicadores para la monitorización a partir de los datos proporcionados por los sistemas de información de salud y los datos estadísticos del padrón.

En 2015 los proveedores de salud en Badalona utilizaban hasta tres clasificaciones Internacionales diferentes: CIE10, CIE9 y CIAP2. En todas encontramos dos tipos de códigos: de diagnóstico y de procedimiento. Generalmente, el código de procedimiento es el que adapta cada proveedor de salud en función de sus necesidades de estudio⁶⁰⁴.

⁶⁰⁴ El estudio de cómo registraban los y las profesionales la MGF en la Historia Clínica, las dificultades y dilemas del registro, se recogió durante las entrevistas realizadas.

En enero de 2016 la clasificación de referencia para la codificación clínica en España se unifica con el Código Internacional de Enfermedades CIE-10, para la atención primaria y hospitales, sustituyendo el CIE-9 y otras codificaciones existentes⁶⁰⁵. Las principales ventajas a largo plazo de utilizar una única codificación serían⁶⁰⁶:

- Disponer de un sistema integrado de codificación diagnóstica y de procedimientos.
- Contar con una actualización regular de los sistemas de codificación, en principio, al ritmo de los avances en la práctica clínica.
- Comparar los datos internacionalmente con otros sistemas de salud.

Sin duda, este es un avance importante a nivel internacional, estatal y autonómico. En Cataluña, puesto que hay una treintena de proveedores públicos de salud, el hecho de utilizar todos la misma clasificación podría ayudar para el estudio y la formación del personal sanitario que los utilice. Por otro lado, favorecería el avance de la historia clínica compartida, garantizando el registro y el traspaso de información, independientemente del lugar donde se atienda la usuaria, dada de alta en el Sistema Catalán de Salud.

a) Estudio de Casos III (2015)

A finales del 2015, el servicio de Salud Pública de BSA, a demanda del Servicio de Salud del Ayuntamiento, realizó una última explotación de códigos diagnósticos y de procedimiento, previo a la transición del CIAP 2 al CIE 10. En el ICS, se realizó la explotación del CIE 10. Gracias a esta explotación, se ha podido realizar el «*Estudio de casos III*» que se presenta a continuación. Se trata de un estudio exclusivamente cuantitativo en el que se triangulan los datos de padrón a fecha de 01.01.2015 por distrito y Área Básica de Salud con el número de casos abordados (según la explotación de los códigos de la historia clínica). Además se han contemplado los espacios de coordinación profesional existentes en cada uno de los territorios. A continuación se adjunta el cuadro resumen de la explotación de datos.

⁶⁰⁵ Ver capítulo 3. Situación de la MGF en Cataluña. Punto 4. Registros de Salud Pública utilizados en Cataluña.

⁶⁰⁶ Dirección General de Salud Pública (2013) *Implantación CIE10MC*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.

Disponible en: [<http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/normalización/CIE10/2013InformeImplementaciónCIE10.pdf>]. Consultada:01.06.2016

Tabla 54. Estudio de casos III. Atención primaria de salud (2015)

Estudio cuantitativo de casos III (2015)

Distrito y barrios	Nº Niñas empadronadas 2015 (0-14años)	ABS	Casos codificados HC	% Casos codificados abordados	Espacios coord. existente
1 Canyadó, Casagemes, Centre, Coll Pujol, Dalt la Vila, Progrés	4	ABS 1 Centre-Dalt Vila ABS 2 Martí Julià	1 (X-82.1)	(25%)	Técnica salud/ABS
2 Montigalà W, Nova Lloreda, Lloreda, Sant Crist, Sistrells, La Pau, Puigfred	17	ABS 8-10 Lloreda ABS 9 A.Montigalà	14 (X-82.1) 3 (X-82.1)	(100%)	Pediatría social
3 Montigalà E, Canyet, Bufalà, Mas Ram, Pomar, Bonavista, Guixeres, Morera	2	ABS 12 Morera Pomar ABS 11 Bufalà-Canyet	2 (X-82.1)	(100%)	Pediatría social Técnica salud/ABS
4 La Salut, St. Antoni Llefià, St.Joan Llefià, St. Mori Llefià	60	ABS 6 Llefià ABS 7 A Gran Sol ABS 7B La Salut	0	(0%)	---
5 Gorg, La Mora, Congrès, Can Claris, Raval	8	ABS 4 Gorg ABS 3 Progrés-Raval	0	(0%)	--- Pediatría social
6 Artigues, El Remei, Sant Roc	6	ABS 5 Sant Roc	0	(0%)	Pediatría social

Fuente: realización propia a partir de la explotación del padrón municipal 01.01.15 y de los códigos de HC: (N 90.81, S.38.2 y Z-60.81) del ICS Metropolitana Norte (04.12.2015) y (X.82.1 y X.82.2) de BSA (14.10.2015)

En el distrito 1, el número de niñas empadronadas de 0 a 14 años diana del programa⁶⁰⁷ es de 4. En este territorio hay dos ABS, una del proveedor ICS (ABS 1 Centre-Dalt la Vila) y otra del proveedor BSA (ABS 2 Martí Julià). Según la explotación de códigos, hay 1 de prevención de la MGF, por lo que en este territorio el 25% de los casos se ha codificado. Se identifican espacios de coordinación pediátrica entre el ayuntamiento (servicios sociales territoriales) con las ABS 1 y 2, por lo que favorece la coordinación profesional en temas de infancia.

En el distrito 2, el número de niñas empadronadas de 0 a 14 años diana del programa, es de 17. En este territorio hay dos ABS del proveedor BSA (ABS 8-10 Lloreda y ABS 9 Montigalà). Según la explotación de códigos, hay 17 de prevención de la MGF, por lo que en este territorio el 100% de los casos se ha codificado. Se identifican dos comisiones de pediatría social en ambas ABS, por lo que favorece la coordinación profesional en temas de infancia.

⁶⁰⁷ Población con nacionalidad procedente de los 28 países que practican la MGF.

En el distrito 3, el número de niñas empadronadas de 0 a 14 años diana del programa, es de 2. En este territorio hay un ABS del proveedor BSA (ABS 12 Morera Pomar) y uno del proveedor ICS (ABS 11 Bufalà - Canyet). Según la explotación de códigos, hay 2 de *prevención de la MGF*, por lo que en este territorio el 100 % de los casos se ha codificado. Se identifica una comisión de pediatría social en el ABS Morera Pomar y un espacio de coordinación entre el ayuntamiento (servicios sociales territoriales) con el ABS 11, por lo que favorece la coordinación profesional en temas de infancia.

En el distrito 4, el número de niñas empadronadas de 0 a 14 años diana del programa es de 60. En este territorio hay tres ABS del proveedor ICS (ABS 7A Gran Sol, ABS 7B La Salut y ABS 6 Llefia). No se han encontrado códigos y es el territorio que alberga el 63% de la población diana del programa, por lo que el 100% de los casos no se ha codificado. Tampoco existen espacios de coordinación entre las ABS de salud y el ayuntamiento (profesionales territoriales de servicios sociales y de salud).

En el distrito 5, el número de niñas empadronadas de 0 a 14 años diana del programa es de 8. En este territorio hay un ABS del proveedor BSA (ABS 3 Progrés - Raval) y uno proveedor ICS (ABS 4 Gorg). En este territorio no se han encontrado códigos, por lo que el 100% de los casos no se ha codificado. Se identifica una comisión de pediatría social en el ABS Progrés - Raval, por lo que favorece la coordinación profesional en temas de infancia. Por el contrario, no se identifica ningún espacio de coordinación pediátrica entre el ayuntamiento (servicios sociales territoriales) con el ABS 4.

En el distrito 6, el número de niñas empadronadas de 0 a 14 años diana del programa es de 6. En este territorio hay un ABS del proveedor ICS (ABS 5 Sant Roc). En este territorio no se han encontrado códigos, por lo que el 100% de los casos no se ha codificado. Se identifica una comisión de pediatría social en el ABS Sant Roc, por lo que favorece la coordinación profesional en temas de infancia.

Los distritos 4, 5 y 6, territorio del proveedor ICS, reflejan que no se está trabajando para la prevención de la MGF. Hecho que no sorprende, puesto que de los Centros de Atención Primaria de Salud de estos territorios, sólo se había formado a una profesional. A continuación, se profundiza sobre este aspecto, en las sesiones de discusión en grupos focales, realizadas en estos territorios.

b) Discusión en sesiones focales (2016)

Siguiendo con la metodología establecida, en 2016 se realizaron diez sesiones focales con más de 140 profesionales de atención primaria de salud. En estas sesiones, como en las anteriores, se compartieron los resultados obtenidos del «Estudio de Casos III» y se debatió sobre el tema y las novedades a nivel legal⁶⁰⁸. A continuación se presentan las reflexiones extraídas de las sesiones por proveedor de salud.

En el ICS se detecta que no había registros de intervención (según la explotación de códigos). En las sesiones previas⁶⁰⁹, varios profesionales comentaron que habían atendido casos de niñas reagrupadas mutiladas de 0 a 14 años. La dirección de Procesos de Atención Comunitaria del ICS propuso que se realizaran las sesiones en las tres ABS que concentraban el 63% de la población diana del programa. En estas sesiones⁶¹⁰ se confirmó la falta de formación. Los y las profesionales habían detectado casos, pero no los habían abordado. Reconocieron que no sabían cómo trabajarlo. En su mayoría se mostraron interesados/as, pidiendo a sus responsables que les facilitaran el acceso a la formación. A raíz de ello, nos pusimos en contacto para implicar al proveedor de salud afectado y para que programara y facilitara el acceso a la formación de estos equipos⁶¹¹. Se visualiza la creación de dos comisiones comunitarias, que podrían mejorar la coordinación profesional y potenciar acciones comunitarias. A finales de 2016, se llevó a cabo la formación de estos equipos, formando un total de 29 profesionales del ámbito pediátrico.

En BSA, a demanda del Servicio de Salud Pública de BSA, las sesiones se realizaron en todas sus ABS y una especial con los y las referentes de trabajo social. En total se

⁶⁰⁸ Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo de 2014 (modif. LO 6/1985/2005), del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal (BOE nº 63 del viernes 14 de marzo de 2014).

⁶⁰⁹ Realizadas entre 2013 y 2014: ABS La Salut (06.11.2013, 22 profesionales), ASSIR la Riera (10.02.2014, 21 profesionales) y representantes del servicio de pediatría del ICS, una profesional de cada ABS (24.10.2014, 6 profesionales).

⁶¹⁰ ABS Gran Sol (centro de nueva creación, realizada el 13.06.2016, con 19 profesionales), ABS la Salut (programada para el 14.06.2016, se tuvo que anular porque los y las profesionales estaban en una formación. Se volvió a programa para el 14.09.2016) y ABS Llefià (16.06.2016, con 22 profesionales).

⁶¹¹ Esta formación no se ha realizado todavía. Es la tercera vez que se programa en un año, detectando dificultades con el proveedor para su programación. Finalmente, se han confirmado dos jornadas de 5 horas, para el 29 de septiembre y 6 de octubre de 2016, para favorecer la participación de los y las profesionales.

realizaron siete sesiones⁶¹². Se confirmó que la MGF era un tema que básicamente se trabajaba en pediatría. Desde el servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, una profesional manifestó que había empezado a abordar el tema con los hombres, previamente a la reagrupación de sus hijas y sus mujeres. Se detectó que había profesionales nuevos que no habían recibido formación, por lo que se tendrá en cuenta en la próxima formación.

Se detecta que la existencia de espacios de coordinación pediátrica, como las comisiones de pediatría social, favorecen la coordinación profesional en temas de infancia. Es un espacio que por naturaleza se incluye el tema de la MGF, garantizando una visión interdisciplinar, sostenible y eficaz, que contempla como principio fundamental el beneficio superior de los/as menores. Se confirma que los/las profesionales que han recibido formación, asesoramiento y acompañamiento han incorporado el tema de la MGF dentro de las actividades preventivas y de educación para la salud. Sin embargo, es preciso seguir profundizando con la sensibilización, la motivación y la formación de los y las profesionales de salud, así como las competencias interculturales y habilidades profesionales para llevarlas a cabo. Se debe aumentar el conocimiento sobre la situación de la MGF, especialmente en la detección y atención que reciben las mujeres.

2.3. Balance del proceso, consolidación y seguimiento

La formación facilitada y la confianza depositada en la parte técnica del proyecto ha sido clave para el desarrollo de todas las fases. Hay que remarcar que ni el proyecto ni el programa resultante han sido un encargo político, lo que ha tenido ventajas y desventajas.

⁶¹² ABS Nova Lloreda (06.04.2016, 19 profesionales), ABS Martí Julià (13.04.2016, 10 profesionales), ABS Morera Pomar (14.04.2016, 11 profesionales), ABS Progrés - Raval (19.04.2016, 18 profesionales), ABS Apenins - Montigalà (21.04.2016, 17 profesionales), ABS Montgat - Tiana (12.05.2016, 15 profesionales) y Hospital *El Carme*, con los y las profesionales de Trabajo social de BSA (20.04.2016, 10 profesionales).

a) Ventajas

- El programa nació de abajo a arriba y horizontal, respondiendo a una necesidad formativa y de coordinación entre profesionales de atención primaria que descubrieran por primera vez que la MGF es una práctica viva en los países de origen y que afecta a la salud de las mujeres y las niñas que residen en España.
- Se ha aprovechado el capital humano del servicio de salud, formado a lo largo de estos cinco años. Este hecho ha garantizado el soporte técnico continuado, durante todas las fases descritas.
- Aunque es un programa a nivel de ciudad, se han tenido en cuenta las diferencias territoriales. Para este aspecto, las técnicas de salud pública territoriales han sido clave en el asesoramiento y coordinación de los y las profesionales.

b) Desventajas

- Peligra el soporte territorial en la medida que se ha ido reduciendo el personal de la unidad de promoción de la salud en los últimos años y la atención primaria todavía ni está capacitada ni tiene los recursos para asumir esta función.
- Hay escaso soporte político para garantizar y acompañar las recomendaciones técnicas.
- Existencia del Modelo de la Generalitat de Catalunya, promovido por la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania basado en el control más que en la prevención, que ha cuestionado la intervención realizada de este programa, bajo el pretexto del convenio firmado con la Fundación Wassu-UAB, sin conocer el contenido, ni los resultados del programa. En todo momento se ha ofrecido a la Generalitat la presentación de los resultados del programa, pero nunca ha habido interés en conocerlo. En la jornada del 27 de mayo 2014, celebrada en la Generalitat, una técnica de salud pública del ayuntamiento participó en un grupo de debate donde explicó la experiencia. Pese a que los y las profesionales se mostraron interesados en la metodología, no se recogió la experiencia.

- En ningún momento la Generalitat de Catalunya ha ofrecido al municipio recursos para desplegar un trabajo preventivo sobre el tema. Tampoco figura en el convenio programa entre ambas administraciones. Sin embargo, el Servicio de Salud del Ayuntamiento, que pilota el programa, ha tenido que reunirse y presentar el modelo frente a responsables políticos, en varias ocasiones a demanda de la Secretaria per a la Immigració, sin recoger la experiencia.

d) Balance

En general el balance del proceso es positivo ya que se ha aumentado el conocimiento sobre la situación de la MGF y sobre el planteamiento del tema con las familias. Se han cumplido los objetivos específicos.

Se ha evaluado la intervención de la MGF y establecido los indicadores para la monitorización y seguimiento. Se han identificado nuevas necesidades en las que se está trabajando para mejorar.

Se ha incluido el programa dentro del contenido de formación a estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat (adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona), a través de seminarios específicos y como centro de prácticas.

Se ha establecido una colaboración estable con la Fundación Wassu-UAB mediante la firma de un convenio entre el Ayuntamiento de Badalona, la Fundación y el proveedor BSA desde 2013 y se ha establecido un espacio permanente de reflexión para el seguimiento, el estudio y la evaluación anual de las acciones⁶¹³.

El proceso se seguirá a través de la estructura organizativa, formada por la Comisión Técnica liderada por Salud Pública de BSA y el Ayuntamiento, con el asesoramiento de la Fundación Wassu-UAB. La Comisión de Salud Comunitaria de la ciudad y la Mesa de Infancia y Adolescencia de Badalona (TIAB)⁶¹⁴ garantizan la transversalidad y sostenibilidad del programa.

⁶¹³ Para más información, se pueden solicitar las memorias anuales del programa y la memoria visual del proceso: 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 al Servicio de Salud del Ayuntamiento amangas@badalona.cat

⁶¹⁴ La Mesa de Infancia y Adolescencia de Badalona (TAIB), está en proceso de creación desde 2015. Oficialmente se constituirá en octubre 2016. El servicio de Salud del Ayuntamiento y la Fundación Wassu-UAB, se han adherido a

Para garantizar el éxito del programa, se deberá continuar con la sensibilización, la formación, el acompañamiento, la coordinación, la evaluación y el debate, incorporando el aprendizaje generado a partir de las experiencias del trabajo conjunto.

En 2011, se presentó el proyecto en la «Jornada de Trabajo con representantes políticos autonómicos y municipales para la consecución de los principios de la CIPD del Cairo y de los objetivos de desarrollo del Milenio», en el Parlament de Catalunya, el 28 de octubre de 2011. En 2013, la experiencia se compartió con el municipio de Bilbao, en 2014 con la Federación de Municipios de Cataluña, en 2015 con el municipio de Santa Coloma de Gramenet y en 2016 con la ciudad de Barcelona, en el marco de colaboración a través de convenios firmados con la Fundación Wassu-UAB y estos municipios.

Este programa se ha contemplado como buena práctica en la Mesa de Infancia y Adolescencia de Badalona (TIAB) y en el informe *La mutilación genital femenina en España*, realizada por la Fundación Wassu-UAB, para la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género⁶¹⁵.

este espacio de trabajo, en el que se engloba la MGF, siguiendo el artículo 75 de la Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia.

⁶¹⁵ Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, ed. (2015) *La Mutilación Genital Femenina en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

CONCLUSIONES

Una mirada caleidoscópica sobre la MGF

Cataluña es la comunidad autónoma, que históricamente concentra más población procedente de los 28 países del África Subsahariana, que practican la MGF. Por ello, es la primera en poner en marcha un protocolo de actuación para prevenir la MGF, en 2001. Sin embargo, hasta la fecha, no ha sido evaluado su impacto, en más de una década. En esta investigación se han analizado, dos modelos de intervención en Cataluña. El Modelo de la Generalitat de Catalunya (GC) «A un lado del muro», liderado por la Secretaria per a la Immigració y el Departament d'Interior, basados en el despliegue del protocolo de actuación ante la MGF, a través de las Mesas de Prevención de la MGF, como herramienta principal y el Modelo Wassu, «Al otro lado del muro», liderado por el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), del Departamento de Antropología Social y Cultural, de la Universidad Autónoma de Barcelona⁶¹⁶.

La mutilación genital femenina es una práctica realizada por las propias mujeres y por razones sociales y culturales. Engloba diferentes tipologías y todas ellas afectan a la salud de las mujeres y de las niñas, perpetuando las desigualdades de género en todo el mundo. Sin embargo, solamente las MGF «tradicionales o rituales» (La Barbera, 2010) procedentes de los 28 países del África Subsahariana, empiezan a ser un problema para la sociedad occidental, «cuando sacuden los cimientos y normas constitucionales sustanciales y los derechos fundamentales establecidos en las mismas» (Kaplan y Bedoya, 2002).

Según estimaciones de Unicef (2016), más de 200 millones de mujeres han padecido la mutilación genital y 3 millones de niñas están en riesgo de ello cada año. En África, donde es originaria la práctica, se está luchando desde hace años para abolirla a través de medidas legales de prohibición y campañas de concienciación comunitaria. Sin embargo, todavía queda un largo camino para su erradicación definitiva. Tristemente, es un problema añadido a las necesidades estructurales de muchos países africanos.

⁶¹⁶ Este equipo se constituye formalmente en 2003, integrado por profesionales de la salud y de las ciencias sociales. Su objetivo es el desarrollo de un programa de investigación aplicada que permita iniciar la implementación en Gambia y en España de una estrategia integral para el abordaje de la MGF.

En Europa, la MGF sigue siendo una de las prácticas más problemáticas y peor resueltas derivadas del contacto intercultural (La Barbera, 2009, citado en Fernández, 2011: 394). Preocupa la xenofobia y el racismo creciente derivado de la crisis financiera y social⁶¹⁷.

Por lo que actuaciones focalizadas exclusivamente en este tema podría desencadenar en su radicalización. La práctica podría justificarse alegando razones de identidad étnica y de género y, lejos de evitar la práctica, fomentaría la confrontación y el conflicto, como ocurre con la representación del pañuelo, hiyab, etc. de las mujeres musulmanas. Ello no significa partir del relativismo cultural, pero hay que repensar formas de lograr una sociedad más justa y más libre en beneficio de los derechos de las mujeres evitando caer en el prohibicionismo sin más, el cual busca la confrontación.

En los países europeos la MGF continúa siendo una práctica invisible. No existen datos fiables sobre el alcance de la práctica entre la población. (EIGE, 2013) manifiesta que la MGF generalmente no se practica en la Unión Europea y presenta dos supuestos: el primero es que las mujeres y niñas que la han sufrido ya venían con la práctica realizada de sus países de origen, y el segundo, es que se ha realizado en un viaje fuera de la UE. Sin embargo, no son más que supuestos frente a la detección de casos por ejemplo en Inglaterra, por lo que se intuye que se sigue practicando en algunos países europeos de forma clandestina.

El Parlamento Europeo ha dictaminado resoluciones para contribuir a su erradicación a través de medidas legales y el fomento de campañas de concienciación. Sin embargo, los países europeos se han centrado en reforzar las medidas legales para su persecución y apenas han contribuido para el despliegue de programas de prevención, que vayan más allá de las leyes y los protocolos.

En España tampoco existen datos sobre la afectación de la práctica, pese que existe una realidad étnica (mayoritariamente del África occidental), una distribución geográfica (básicamente en Cataluña, Aragón, Andalucía y Canarias) y un número accesible de población que deberían permitir la investigación y la acción. Debería ser

⁶¹⁷ En: Informe RAXEN, 2016: 56

una investigación destinada a la transferencia social y una acción centrada en el fomento de la Educación para la Salud, con el objetivo de proporcionar conocimientos que permitan el análisis crítico de la situación frente a la MGF, crear actitudes y desarrollar aptitudes personales y sociales que muevan a las personas a decidir abandonar la práctica. Como propone el Modelo Wassu.

En Cataluña, dieciséis años han pasado desde que en 2001 el Parlament de Catalunya instara al Govern de la Generalitat a diseñar un plan de choque para erradicar la MGF. Ciertamente se ha trabajado en este asunto: se redacta el primer protocolo sobre la MGF a nivel estatal en 2001, decenas de microprotocolos específicos a nivel municipal y un marco legal autonómico que incluye la MGF. Asimismo, se han detectado dos enfoques: el de infancia⁶¹⁸ y el de la violencia machista⁶¹⁹, los cuales no han servido para mejorar la intervención ante la MGF. El de infancia no se ha desplegado por falta de recursos e interés político y el de la violencia machista se ha ejecutado, básicamente, desde el Departament d'Interior.

Disponer de leyes y protocolos es un paso importante para propiciar un marco base para el inicio del trabajo, pero, después de tanto tiempo, se tendría que haber avanzado más en este tema. La administración catalana ha descuidado una de las partes más importantes para las que fueron creadas estas herramientas: el «saber», el «saber ser» y el «saber hacer» que implica la educación para la salud. No se ha apostado por la capacitación profesional, no se han desplegado los recursos humanos y materiales para llevarlos a cabo y no se ha trabajado en pro del empoderamiento real de la población. Se ha comprobado que estas herramientas, sin formación pueden desencadenar actuaciones contrarias al fin por las que fueron diseñadas. En numerosos municipios, la creación de un protocolo municipalizado ha provocado el control y estigmatización de la población diana, vulnerando, en muchos casos, los Derechos Humanos que tanto se defienden desde occidente.

Los servicios sociales y de salud no han contado con los recursos necesarios para el despliegue de la ley de infancia. A este aspecto, se ha sumado el progresivo

⁶¹⁸ A través de la Ley 14/2010, del 27 de mayo, del derecho y oportunidades en la infancia y la adolescencia.

⁶¹⁹ A través de la Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

desmantelamiento del sistema del bienestar, que desde 2011 afecta y recortando los servicios públicos. Las repercusiones de las llamadas «políticas de austeridad» han afectado directamente sobre el trabajo en atención y prevención general.

No se han dedicado recursos para el despliegue de la prevención y detección en materia de MGF de la ley de la violencia machista. Los únicos datos oficiales son los que facilita el Departament d'Interior⁶²⁰, que en la mayoría de los casos, se remiten a la detección de viajes.

En esta forma de actuación se ha comprobado que se pierden de vista a las mujeres, a las niñas, a las familias y a la comunidad. Estas Otras y Otros son infravalorados como sujetos pasivos incapaces de controlar, mejorar y tomar decisiones que afecten a su salud. Son catalogados como objetos de una actuación que, en la mayoría de casos, vulneran sus derechos básicos. Lejos quedan las palabras de empoderamiento y trabajo transversal.

Según la DGAIA hay dos problemas. El primero, que se ha seguido la misma línea desde que se empezó a trabajar el tema en 2001 por la Secretaria per a la Immigració. El segundo, el enfoque desde la violencia machista, en lugar del enfoque de infancia y la adolescencia, como se plantea en la Ley 14/2010.

El despliegue de la ley de infancia y adolescencia 14/2010, podría haber supuesto una oportunidad para abordar la prevención y la atención de la MGF por parte de los servicios sociales. Sin embargo, no ha sido así. Apenas hay directrices al respecto más allá del marco normativo sobre la creación de las mesas de infancia⁶²¹, que tampoco se han desarrollado, como determinaba el decreto. Además, las que se han creado se han centrado en el abordaje de casos de riesgo, dejando de lado el trabajo comunitario. Frente a la prevención de la MGF, este “riesgo”, puede magnificarse si no se ha podido valorar correctamente, para ello, es necesario clarificar este indicador. Se ha detectado, a través del análisis de casos, que la falta de formación desencadena en

⁶²⁰ En: Departament de Benestar Social y Família (2015) *Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya 2015*. Generalitat de Catalunya. 99 páginas (ver página 30). Institut de Govern i Polítiques Públiques (2012) *Avaluació de l'impacte social de la Llei 5/2008 del dret de les dones a eradicar la violència masclista*. Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona (ver páginas 44-49).

⁶²¹ Decreto 250/2013, de 12 de noviembre, de la Mesa Nacional y las Mesas territoriales y locales de Infancia.

errores en la actuación, que han afectado a las niñas, las familias y las propias profesionales. Como dice Julia Roperó, profesora de Derecho Penal de la URJ de Madrid,: «Tenemos una sociedad que a pesar de los problemas de recursos, debería reaccionar de una forma más justa para no dejar a nadie en esa situación⁶²², de tener que ser la especie de chivo expiatorio para poder acabar con esta práctica».

Respecto a las Mesas de Prevención de la MGF se ha comprobado que el despliegue ha sido desigual en todo el territorio catalán. No existen ni 70 ni 65 mesas, como presenta la Generalitat cada año en sus notas de prensa. Si bien, las 20 mesas de las provincia de Girona son las más estables, se caracterizan por una intervención reactiva frente a la programación de viajes al país de origen. El impacto de estas actuaciones, la Generalitat de Catalunya, como máximo responsable, no las ha evaluado. Por otro lado, se percibe que focalizar la actuación a partir del nivel 4 del protocolo es un error. No es ni sostenible ni eficiente a largo plazo.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta sería la consideración de hasta cuándo esta población será catalogada de «inmigrante». Estas intervenciones *in extremis* no son garantía para evitar una posible MGF a la larga, puesto que no se ha contemplado a la familia en el proceso de decisión para el abandono de misma. En cambio, pueden influir en los procesos de aculturación de las personas, pueden potenciar la clandestinidad u otras estrategias para continuar con la práctica.

La expansión de las mesas fuera de la provincia de Girona ha sido un fracaso. Sin embargo, el hecho de que la actuación pilote en Immigració i Interior ha provocado un despunte en la intervención policial frente a la MGF, como se ha podido ver en los registros de los Mossos d'Esquadra. De 2008 a 2016, los Mossos d'Esquadra han intervenido en 357 casos de menores. El 83'2% corresponde a las regiones policiales de Girona (51%) y Metropolitana Norte (32'2%). Si bien son las regiones con más población de origen subsahariano, sorprende que en la ciudad de Barcelona solo hayan intervenido en tres casos a lo largo de estos ocho años. La RP de Girona destaca en 2008 con 89 actuaciones. La tendencia se invierte a partir del 2011, siendo la RP

⁶²² Refiriéndose a la aplicación del Código Penal.

Metropolitana Norte la que aumenta en número de actuaciones. Este hecho no sorprende, ya que coincide con el despliegue del Modelo GC en este territorio.

El aumento de las sentencias condenatorias a partir de 2011, tampoco es casualidad. De las cinco sentencias a nivel estatal, cuatro se produzcan en Cataluña: caso Premià de Mar (2012), caso Vilanova i la Geltrú (2013), caso Lloret de Mar (2014) y caso de la provincia de Tarragona (2015). Cuando un caso llega a los tribunales es un fracaso del modelo, no un éxito como se proyecta.

El trabajo comunitario es prácticamente inexistente. Las asociaciones de mujeres del África Subsahariana no pueden participar en las Mesas de Prevención de la MGF, puesto que en las reuniones se habla exclusivamente de casos nominales que tienen previsto un viaje. Este hecho se ha denunciado en múltiples jornadas. Sin embargo, algunas entidades como Equis, AMAM o ECREA han colaborado en momentos puntuales con la Generalitat de Catalunya, mayoritariamente de la mano de los Mossos d'Esquadra y algunas veces, con una profesional de salud.

La mediadora Fátima Djarra, que trabaja en Navarra y conoce el modelo catalán, insta a las mujeres africanas a «levantar la cabeza» y decir «basta» a la mutilación genital femenina, «porque hace daño a su salud». De ellas y de su familia depende la continuación de esta tradición.

El Institut Català de les dones y el Departament de Salut, en la práctica, delegan la actuación en los departamentos de Inmigración e Interior, centrados en el control y en la criminalización. El Modelo GC convierte la mutilación genital femenina en una de las prácticas más problemáticas y peor resueltas derivadas del contacto intercultural (La Barbera, 2009, citado en Fernández, 2011: 394), dejando de lado una apuesta verdadera por la prevención y la atención.

Es reseñable que, por el momento, la administración se autoevalúa con éxito y presentan sus llamados logros en diferentes medios de comunicación y jornadas, hecho constatado en las celebradas de 2009 a 2016, organizadas por la Generalitat de Catalunya, excepto en del 27 de mayo de 2014, donde se realizó una crítica al modelo con la diapositiva de una ponente «¿qué modelo queremos, preventivo o punitivo?».

En dicha ponencia se cuestionaban los dispositivos de que dispone Interior, la formación que se ha realizado en educación, los soportes que reciben los profesionales sanitarios y la formación y el soporte que tienen los estamentos judiciales.

En cambio, ni en la nota de prensa que salió posteriormente a la jornada, ni en el informe, se recoge este malestar. Tampoco se han realizado cambios al respecto, ni se han replanteado actuaciones, desde el Grupo de Trabajo de MGF de la Comissió Interdepartamental contra la violència masclista de la Generalitat.

Frente a la pregunta, a los responsables de la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania, de si el nuevo Pla de Acció bianual 2017-2018, tendrá presupuesto propio, nos responden, que tendrá el presupuesto de las actuaciones que lleven a cabo los diferentes departamentos. Esta respuesta no es demasiado esperanzadora, viendo la gestión de estos últimos años⁶²³.

En el Pla d'Intervenció Integral contra la Violència Masclista (PIIVM) [2012-2015], el presupuesto fue el que destinaba cada departamento. Como plan, no disponía de un presupuesto propio. Otro error fue que el Institut Català de les Dones delegó a la Direcció General d'Immigració, la responsabilidad de los programas de actuación contra la MGF.

En más de diez años, el protocolo catalán de actuación solamente ha tenido 4.000€ de dotación económica. El presupuesto de la Direcció General d'Immigració, en el Pla de Ciutadania i de les Migracions: Horitzó 2016⁶²⁴, destinó 0 euros a las cuatro acciones que tienen que ver directamente con la MG⁶²⁵: las Mesas de Prevención de la MGF, la participación del Grupo Interdepartamental de abordaje de la MGF y el seguimiento del Protocol de Prevenció i Atenció Policial de la MGF. En conceptos más amplios, vemos que el presupuesto de Immigració va destinado a programas del Departament d'Interior, como formación, estudio de casos, fomento de la interrelación y el conocimiento mutuo. En este último, por ejemplo, se destaca una partida de 410.600€ con el concepto de «Contactos de la Policia de la Generalitat Mossos d'Esquadra con

⁶²³ Ver Capítulo 5. Marco político: legislación y planes de acción [2008-2016].

⁶²⁴ Departament de Benestar Social i Família (2014), *op. cit.*

⁶²⁵ No se ha incluido el presupuesto destinado a las entidades.

entidades y asociaciones de inmigrantes», correspondiente al 58'44 % del presupuesto total para el año 2013, del programa Fomento de la Interrelación y el Conocimiento Mutuo para la Cohesión Social.

Respecto al Departament de Salut, la MGF no sale en ninguno de sus planes, a diferencia de Interior e Inmigración. La formación de sus profesionales, que debería ser uno de los ejes básicos para la correcta aplicación de los protocolos, es prácticamente inexistente. No existe una formación continuada reglada. Incluso, el máximo proveedor de salud ha delegado la formación a los Mossos d'Esquadra⁶²⁶ en sesiones de escasas dos horas o una pediatra de forma voluntaria, por lo que no se pueden catalogar como una formación.

Los servicios sociales no disponen de recursos para el despliegue de la Ley 14/2010 de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia. Están colapsados y en su mayoría, no han integrado el tema.

En definitiva, las actuaciones están centradas en vigilar, perseguir y castigar (Foucault, 1975) a las familias africanas, no sin efectos colaterales que afectan negativamente a estas y a los y las profesionales que intervienen, perpetuando la desigualdad lejos de evitar la MGF a largo plazo, puesto que no se involucra a la familia en el proceso del abandono de la práctica.

En esta forma de actuación se ha comprobado que se pierden de vista a las mujeres, a las niñas, a las familias y a la comunidad. Estas Otras y Otros son infravaloradas catalogadas como objetos pasivos de una actuación que, en la mayoría de casos, vulneran sus derechos básicos. Lejos quedan las palabras de empoderamiento y trabajo transversal. Es una línea fina fácilmente traspasable, es la «frontera invisible⁶²⁷» (La Barbera, 2011) que pone en riesgo las bases de la integración, la

⁶²⁶ Ver Anexo I. Punto I.II. Programa "formativo" de los Mossos d'Esquadra en Atención Primaria de Salud.

⁶²⁷ Ver: La Barbera (2011) Inmigración, hipertrofia del derecho penal y las fronteras simbólicas. Un análisis comparado de la legislación europea sobre mutilación genital femenina. *Revista General de Derecho Público Comparado* (ISSN 1988-5091), 8, pp. 1-20. [En línea]
http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=410107&d=1 [Consultada:09.12.2016]

aculturación, la igualdad y la ciudadanía, repleta de dilemas entre el control versus la libertad y que poco aporta en el camino de la erradicación de la MGF.

Tristemente, todavía queda un largo camino en la erradicación de la MGF. En estos últimos años, preocupa la persecución que hay respecto a las niñas reagrupadas mutiladas. Algunos profesionales han alertado sobre la tendencia de la masculinización de las reagrupaciones. Otros, sobre el descenso del número de niñas en algunos municipios, en los que existe una Mesa de Prevención de la MGF. Esta es una prueba más del fracaso del Modelo GC.

La investigación confirma todas las hipótesis⁶²⁸, por lo que en Cataluña hace falta un cambio de modelo. Se hace imprescindible una tarea interdisciplinar de carácter preventivo, que permita diseñar estrategias encaminadas a la erradicación de las MGF. Hace falta un trabajo consciente, reflexivo y riguroso de información, formación y sensibilización, tanto en las comunidades directamente afectadas, como en los colectivos profesionales de primera línea que trabajan con la población: sanitarios, educadores y trabajadores sociales.

Como propuesta alternativa del modelo imperante (GC), se plantea el Modelo Wassu, «Al otro lado del muro», basado en la transferencia social del conocimiento en cascada, a partir del estudio de la significación social y cultural de esta práctica y de la evaluación de la metodología de intervención durante todo el proceso, no sólo teniendo en cuenta resultados finales. Se ha pilotado en Badalona la metodología, a través del Programa de Prevención y Atención de la MGF.

Además, en esta tesis se ha planteado una propuesta de análisis estadístico sobre el alcance de la MGF en la población femenina a través de la explotación y análisis de los códigos diagnósticos y de procedimiento internacionales (CIE 10), de los sistemas de información en salud, que se utilizan en Cataluña. Siguiendo las recomendaciones del EIGE (2013) y la Resolución 2008/2071 (INI), del Parlamento Europeo, del 24 de marzo de 2009, sobre la necesidad de «una base de datos para cuantificar el número de mujeres víctimas de esta práctica».

⁶²⁸ Ver página 24. Capítulo 1. El Caleidoscopio. Punto 1.2. Hipótesis de trabajo.

Actualmente, Cataluña es la comunidad autónoma que concentra más población procedente de los 28 países del África Subsahariana, que practican la MGF, el 30,8% del total de España. Le sigue la Comunidad de Madrid (12,95%), Andalucía (11,3%), la Comunidad Valenciana (8,3%), País Vasco (7,1%), Canarias (6,6%), Aragón (5,2%) y Baleares (4,7%) (Kaplan y López, 2017). De 10.786 de población femenina procedente de los países que practican la MGF, del ámbito de estudio de esta investigación (54,7% de la población femenina diana de Cataluña), se destaca una baja detección de mujeres que han sufrido una MGF (4,87 % de la población diana). A pesar de la elevada prevalencia de MGF, de los países de origen, Gambia (76,6%), Senegal (28%), Nigeria (21%), Mali (89%) y Guinea Conakry (96%) (Unicef, 2013). Se observa una baja codificación en general, hecho que visibiliza la punta del iceberg y demuestra el largo camino, que hace falta recorrer a favor de la detección, la atención y la prevención de la MGF. Una formación rigurosa, sobre el tema podría mejorar la detección y la intervención.

Si hubiera un cambio de modelo en Cataluña, en el que el foco fuera la atención y la prevención, se podría potenciar este sistema, siempre y cuando se recuperaran las pérdidas en el sistema del bienestar y el Departament de Salut mostrara más interés en el tema. Esta propuesta podría mejorar el estudio de la afectación en salud que tiene la MGF, así como visibilizar esta práctica, que los y las profesionales ignoran por falta de formación y/o miedo al registro por las consecuencias legales, etc.

«Una mirada caleidoscópica» pretende, por una parte, ofrecer un poco más de luz en el camino de la prevención, la detección y la atención de las MGF en Cataluña, para que no se repitan los mismos errores en otras comunidades y para que vayan más allá, de la elaboración de protocolos específicos. Y por otra parte, contribuir a la reflexión para el cambio de unas políticas menos discriminatorias y más justas con la población afectada y con los y las profesionales que intervienen.

Mallorca, 12 de mayo de 2017



Picasso, 1932

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Degregori, C. (2001) *Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios*. Bellaterra, Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Akin, F., (Dir.) (2007) *Al otro lado*. Coproducción Alemania-Turquía. Corazón Internacional (Alemania) y Anka Film (Turquía) . Premio al Mejor Guión en el Festival de Cannes 2007. 122 minutos. Drama, Historias cruzadas.
- Bedoya, M.H. Y Kaplan. A. (2004) *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica*. En: Lucas, J. Y Garcia Añón, J. ed. Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report, Univesitat de Valencia.
- Bennet, P. (1993) Critical Clitoridectomy: Female Sexual Imagery and Feminist Psychoanalytic Theory. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 18(2): 235-259.
- Blume, Jaime (2003) Roberto Bolaño poeta. En: Espinosa, P. (comp.) *Territorios en fuga: Estudios críticos sobre la obra de Roberto Bolaño*. Santiago de Chile, Frasis editores. pp. 149-166.
- Cohen, S. (1988) *Visiones de control social*. Barcelona. S.A. PPU.
- Cortázar, J. (2003 [1984]) *Rayuela*. Madrid, Ediciones Cátedra.
- Conroy, R. (2006) Female genital mutilation: whose problem, whose solution? *BMJ Volumen* 333; 106-107, 13 de julio 2006. 2 páginas.
- Cloudsley, A. (1984) *Women of Omdurman. Life, Love and the Cult of Virginity*. London, Ethnographia, pp. 117.
- Dualeh Abdalla, R.H. (1982) *Sisters in Affliction. Circumcision and Infibulation of Women in Africa*. London, Ked, pp.21.28.
- Djarra, F. (2015) *El encontronazo*. En: Djarra, F. (2015) *Indomable. De la mutilación a la vida*. Barcelona, Ediciones Península, 161-168.
- Dorkenoo, E. y Elworthy, S. (1994) *Female Genital Mutilation*. En Davis, M. (ed.) *Women and violence. Realities and Responses Worldwide*. London, Zed Books, pp. 137-148.
- Díaz, A. (2008) *Materiales I. Seminario de diseño de proyectos (2008-2009)*. Programa de Master en Investigación Etnográfica, Relaciones Interculturales y Teoría Antropológica. 241 páginas [Documento no publicado, de uso académico].
- El Dareer, A. (1982) *Women, Why Do You Weep?. Circumcision and Its Consequences*. London, Zed.
- European Institute for Gender Equality (EIGE) (2013a) *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*, Luxemburgo, Publications Office of the European Union.
- European Institute for Gender Equality (EIGE) (2013b) *Good practices in combating female genital mutilation*, Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

- Fernández, M. (2011) Cuando los árboles no dejan ver el bosque: Occidente ante las intervenciones rituales en los genitales femeninos. *Revista de Antropología Social*, vol. 20, pp. 394-401. Universidad Complutense de Madrid. [Reseña de Multicentered Feminism. Revisiting the Female Genital Mutilation. Discourse de La Barbera, Maria Caterina. [En línea] <http://digital.csic.es/bitstream/10261/63831/1/Occidente%20ante%20las%20MGF.pdf>
- Foldes, P. (2006) Técnicas quirúrgicas: cirugía reconstructiva del clítoris después del Ritual de la escisión. *J Sexual Medicine*, 1091-4, noviembre.
- Foldes, P. (2012) La cirugía reconstructiva después de la mutilación genital femenina, un estudio de cohorte prospectivo. *The Lancet*, junio. [En línea] <https://fr.linkedin.com/in/pierre-foldes-58283546> [Consultada, el 04 de noviembre de 2016]. <http://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Le-Dr-Pierre-Foldes-au-service-des-femmes-excisees-2014-03-11-1118542>
- Foucault, M. (1975) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores S.A.
- Foucault, M. (2007 [1973]) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI España, México, Argentina.
- Gómez, A. (2013) *La situación de la mutilación genital femenina en España*. Universidad de Barcelona. [Tesina no publicada, realizada en el marco del Máster Globalización, Cooperación y Desarrollo].
- Guerra, M.J. (2008) Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres. En: *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. Nº 38, enero-junio, 2008, 61-76.
- Grup de Recerca Interculturalitat i Desenvolupament (2008) Associacions i acomodació de les persones immigrades d'origen africà a Catalunya. En: Secretaria per a la Immigració, ed. (2008) *Recerca i Immigració*. Colecció Ciutadania i Immigració, núm. 1. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 103-118.
- Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) (2006) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España*. Barcelona [informe no publicado].
- Hosken, F. P. (1993 [1979]) *The Hosken Report Genital and Sexual Mutilation of Females*. Lexington, USA: Women's International Network News (4th rev.ed.).
- Hutchinson J. On circumcision as preventive of masturbation. *Arch Surg* 1890;ii:267, citado en Conroy, R.M. (2006) Female genital mutilation: whose problem, whose solution? *BMJ Volumen* 333; 106-107, 13 de julio de 2006. Página 106.
- Johnsdotter, S. y Essén, B. (2010) Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications. *Reproductive Health Matters* 2010;18 (35):29-37.
- Johnsdotter, S. (2012) Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A Poor Reflection as in a Mirror. En: *History and Anthropology*, Vol. 23:1, 91-114

- Johansen, E., Diop, N., Laverack, G. y Leye, E. (2013) What Works and what does not: A discussion of popular approaches for the abandonment of Female Genital Mutilation. *Hindawi Publishing Corporation. Obstetrics and Gynecology International*. Volume 2013, Article ID 348248, 10 páginas. [En línea] <http://dx.doi.org/101155/2013/348248> [Consultada: 09.12.2016]
- Kaplan, A. (1998) *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social*. Barcelona, Fundació La Caixa (10è Premi Dr. Rogeli Duocastella).
- Kaplan, A. (2001) *Integración social, identidad étnica y género: la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes subsaharianas: retos e implicaciones*. Comunicación del II Congreso sobre la inmigración en España.
- Kaplan, A., Merino, M. y Franch, M. (2002) *Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas*. Barcelona, IDIL: *Instruments to develop the integrity of lasses*". [En el marco del Proyecto DAPHNE I].
- Kaplan, A. y Bedoya, M.H. (2002) *Mutilaciones genitales femeninas, la respuesta del derecho*. [Documento no publicado, realizado para el Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE). Proyecto IDIL (*Instruments to develop the integrity of lasses*- Instrumentos para proteger la integridad de las niñas). En: Comisión Europea (2002) *Ciudadanía Carta de derechos fundamentales, Racismo y xenofobia*. Bruselas, 169 final.
- Kaplan, A. et al. (2000-03) *Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España. Retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias*. I+D Instituto de la Mujer, *European Network for the prevention of FGM*. Proyecto Daphne I "Lucha contra la violencia ejercida contra los niños, los adolescentes y las mujeres".
- Kaplan, A. y Risler, S. (2004) *Iniciación sin mutilación*. [DVD]. Barcelona, Ovideo, 25 minutos.
- Kaplan, A., Toran, P., Bedoya, M.H. et al. (2006) Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. En: *Revista Migraciones* nº 19, Madrid. pp. 189-217.
- Kaplan, A., Cano, F., Moreno, J y Pérez, M.J. (2008) From local to global: Female Genital Mutilation in Diaspora. En: *Journal of FGM and other harmful traditional practices*, nº1: IAC, Geneva. Addis Abeba.
- Kaplan, A. y Bedoya, M. (2009): *Las Mutilaciones Genitales Femeninas: asilo, identidad y derechos humanos*. En: CEAR-Euskadi (2009) *Persecución por motivos de género y derecho de asilo: del contexto global al compromiso local. El sistema de asilo español frente a la violación de los derechos humanos de las mujeres y lesbianas, gays, bisexuales y transexuales*. Bilbao.
- Kaplan, A, Toran, P, Moreno, J. et al (2009) Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. En: *BMC Health Services Research*, No9: BioMed Central. pp. 11.

- Kaplan, A. y López, A. (2010) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009*. Antropología Aplicada 1. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- Kaplan, A., Fernández, N. y Moreno, J. et. al. (2010) Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrants families. En: *BMC Public Health* N° 10, BioMed Central, página 193.
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., Bonhoure, I. (2011) *Health consequences of female genital mutilations/cutting in the Gambia, evidence into action*, in *Reproductive Health* 2011 8:26.
- Kaplan, A. Forber, M., Bonhoure, I., Utzet, M., Martín, M., Manneh, M., Ceesay, H. (2013) Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. En: *International Journal of Women's Health*, 2013:5, pp. 323-331.
- Kaplan, A. y López, A. (2013) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*. Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- Kaplan, A. y López, A. (2017) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- La Barbera (2010) Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXV, nº2, pp. 465-488, julio-diciembre 2010. [En línea] <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/viewFile/236/237> [Consultada: 07.12.2016]
- La Barbera (2011) Inmigración, hipertrofia del derecho penal y las fronteras simbólicas. Un análisis comparado de la legislación europea sobre mutilación genital femenina. *Revista General de Derecho Público Comparado* (ISSN 1988-5091), 8, pp. 1-20. [En línea] http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=410107&d=1 [Consultada:09.12.2016]
- Leye, E. (2008) *Female Genital Mutilation. A study of health services and legislation in some countries of the European Union*, International Centre for Reproductive Health Ghent (ICRH).
- Lucas, B. (2007) *La ablación genital femenina, una práctica inaceptable desde la perspectiva de los Derechos Humanos. Balance de la situación y recomendaciones para su erradicación*. [Tesina no publicada para el Master Oficial en Estudios Avanzados en Derechos Humanos – curso 2006-2007 Instituto de Derechos Humanos « Bartolomé de Las Casas » de la Universidad Carlos III de Madrid].
- Lucas, B. (2011) *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*. [Informe de la doctoranda en Estudios Avanzados en Derechos Humanos en el Instituto Bartolomé de Las Casas de Universidad Carlos III de Madrid y en Antropología

jurídica en la Universidad La Sorbonne-Paris I (Francia). [Documento no publicado, policopiado, 32 páginas].

Mackie, G., Moneti, F., Holly, S. y Denny, E. (2015) What are Social Norms? How are They Measured?. Nueva York, UNICEF. Universidad de California, San Diego. Centro de Justicia Global. [En línea] https://www.unicef.org/protection/files/4_09_30_Whole_What_are_Social_Norms.pdf [Consultada: 09.12.2016]

Mangas, A. (2010) *El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas. 4 casos de estudio en las comarcas del Barcelonés y Maresme. Cataluña*. Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona [Tesina no publicada, realizada en el Máster de Investigación Etnográfica, Relaciones Interculturales y Teoría Antropológica, de la UAB].

Mangas, A. (2015) *Programa de Prevención y Atención de la Mutilación Genital Femenina en Badalona*. Servei de Salut Pública. Ajuntament de Badalona. [Documento no publicado].

Mayoral, J. (2007) Criminalització i Prevenció de la mutilació genital femenina. [En línea] *Butlletí d'Inf@ncia* núm. 8, marzo de 2007. 4 páginas. Disponible en: http://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/04_familia_infancia_adolescencia/butlleti_infancia_articles_2007/links/8-profunditat2.pdf [Consultada el 01.03.2013]

Mestre, R. (2011) *La mutilación genital femenina (MGF) en el contexto europeo: qué se ha hecho y qué se puede hacer*. Institut dels Drets Humans, Universitat de València. En: Rodríguez, L. y Bodelón, E. (coords.) (2011) *Las violencias machistas contra las mujeres*. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.

Njie-Saidy, I. (coord.) (1986) Report of Women's Bureau Workshop on Traditional Practices Affecting The Health of Women and Children. Gambia, april 17th-19th 1896. Agriculture Training Center Genoi L.R.D, Women's Bureau.

Obermeyer, C. (1999) Female Genital Surgery: The Known, the Unknown, the Unknowable. *Medical Anthrology Quarterly* 13 (1): 79-106.

Obermeyer, C. (2005) The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, Harvard University, USA. September–October 2005; 7(5): 443–461. [Revisión sistemática sobre las repercusiones en la salud y la sexualidad de la MGF basada en fuentes publicadas entre 1997 y 2005].

Oller, I. (2012) *La prevenció de la mutilación genital femenina, a través del treball comunitari*. Universitat de Girona. 114 páginas. [Documento no publicado, realizado por Oller, técnica de inmigración durante 4 años, responsable de 4 mesas territoriales de MGF, como trabajo Prácticum de la licenciatura de pedagogía de la UdG]. [En línea] <http://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/7054/La%20prevenció%20de%20la%20MGF%20a%20través%20del%20treball%20comunitari.pdf?sequence=1> [Consultada: 06.11.2012].

- Pompeo, F. (2017) Perspectivas antropológicas. En: Kaplan, A. y Nuño, L. (2017) *Guía Multisectorial de Formación Académica sobre la Mutilación Genital Femenina*. Madrid, Dykinson, 37.
- Rios Baeza, Felipe. El Caleidoscopio observado: Prosa de otoño en Gerona, de Roberto Bolaño. *Círculo de poesía*. 21 Junio de 2012. [En línea] <http://circulodepoesia.com/2012/06/el-caleidoscopio-observado-prosa-de-otono-en-gerona-de-roberto-bolano/>
- Robertson, L., Szaraz, M. (2016) *The medicalisation of FGM*. 28toomany. [En línea] http://www.28toomany.org/media/uploads/report_final_version.pdf
- Rodríguez, D. (2002) *Las mutilaciones genitales en la población senegambiana en Cataluña y África: El debate entre universalismo y relativismo cultural*. En: González, A. y Molina, J.L. (coords.) *Abriendo surcos en la tierra. Homenaje a Ramón Valdés del Toro*, Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, pp. 79-102.
- Ropero, J. (2001) *El Derecho Penal ante la mutilación genital femenina*. Madrid, *Revista La Ley*, 26 y 27 de septiembre de 2001.
- Ropero J. (2013) *El tratamiento jurídico penal de la MGF*. Comunicación personal en la "Jornada Prevención e intervención ante la MGF. Una mirada profesional". Círculo de Bellas Artes, Madrid. 6 y 7 de febrero de 2013. Organizadas por UNAF y Mundo Cooperante.
- San Roman, T. (1996) *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Madrid, Tecnos.
- Shell-Duncan, B. (2001) The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Science & Medicine*, 52. Department of Anthropology, University of Washington. pp. 1013-1028. [En línea] <http://www.aleciashepherd.com/writings/articles/other/The%20medicalization%20of%20female%20circumcision%20harm%20reduction.pdf> [Consultada: 08.12.2016]
- Skramstad, H. (1990) *The fluid Meanings of Female Circumcision in a Multiethnic Institute, DERAP (Development Research and Action Programme)*, Dec. 1990:12.
- Toubia, N. (1994) Female Circumcision as a Public Health Issue. *The New England Journal of Medicine*, 331:712-716, 15 de septiembre [En línea] <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199409153311106> [Consultada: 10.12.2016]
- UNICEF (2016) *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. New York. [En línea] [http://www.unicef.org/policyanalysis/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPRE AD.pdf](http://www.unicef.org/policyanalysis/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPRE_AD.pdf) [Consultada el 15.02.2016].
- UNICEF (2013) *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nueva York, UNICEF. [En línea] https://www.unicef.org/publications/index_69875.html
- WHO, World Health Organization (2008) *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement*. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. World Health Organization.

WHO, World Health Organization (2010) *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNHCR, WHO, FIGO, ICN, WCPT, WMA, MWIA. Geneva, WHO.

WHO, World Health Organization (2016) *Guideline on the management of health complication from female genital mutilation*. Geneva, WHO.

Woolf, V. (2013 [1929]) *Un cuarto propio*. Barcelona, Lumen.

Medios de comunicación

AMAM (1998) Mutilaciones femeninas. *El País, Edición Cataluña*, 5 de diciembre de 1998

Amella, V.M. (2013) Cada hora que pasa, sufren mutilación genital 300 niñas. *La Vanguardia, la contra. Edición Cataluña*, 11 de junio de 2013.

Amiguet, L. (2005) Desde aquí evitamos ablaciones en África. *La Vanguardia. Edición Cataluña*, 8 de octubre de 2005. [En línea] http://www.lavanguardia.es/Vanguardia/Publica?COMPID=51194869798&ID_PAG... [Consultada: 08.10.2010].

Bentham, M. (2016) Doctors face prosecution over genital cosmetic surgery in London clinics. *Eveningstandard*, 21 de noviembre de 2016. [En línea] <http://www.standard.co.uk/news/crime/doctors-face-prosecution-over-genital-cosmetic-surgery-in-london-clinics-a3400726.html>. [Consultada: 23.11.16]

Buesa, C. (2004) Un magistrado quita el pasaporte a 3 niñas para evitar su ablación. El Cónsul de Gambia critica la orden judicial y la tacha de ilegal. *El Periódico de Aragón.com*, 15 de mayo de 2004 [En línea] http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/sociedad/magistrado-quita-pasaporte-3-ninas-evitar-ablacion_118369.html. [Consultada el 22.02.2010]

Castedo, A. (2013) El Supremo anula la condena a una madre por la ablación de su hija. *El País. Edición Cataluña*, 24 de diciembre de 2013, página 35.

Catalunya Plural, ed. (2014) La Generalitat admite ahora 660 casos de malnutrición infantil relacionados con la pobreza. *Eldiario.es, Catalunyaplural.cat* 6 de febrero de 2014. [En línea] http://www.eldiario.es/catalunya/Generalitat-malnutricion-infantil-relacionados-pobreza_0_226077759.html [Consultada: 25.07.2014]

Cedrós, T. (1998) El programa *Domini Públic* de TV-3 dedicado al racismo desata la polémica. *El País, Edición Cataluña*, 8 de marzo de 1998.

Cruz, C. (2005) La mutilación de las mujeres entre nosotros. *El País. Edición Cataluña*, 29 de abril de 2005.

Agencias (2008) *Els Mossos eviten 40 ablacions a l'any gràcies a un protocol pioner a Espanya*. *El Periódico*. 17, de julio, de 2008 [En línea] página web de la versión electrónica del diario <http://www.elperiodico.com>. [Consultada, 18 de julio de 2008].

- Agencias (2008) Els Mossos hauran d'evitar un viatge d'una menor si hi ha indicis que pot patir una mutilació genital. *Directe.cat*, 27 de julio de 2008. [En Línea] <http://www.directe.cat/acn/els-mossos-hauran-devitar-un-viatge-duna-menor-si-hi-ha-indicis-que-pot-patir-una-mutilaci> [Consultada: 26.06.2010].
- EFE (2007) Retiran la custodia de dos hijas por sospechar que sus padres querían practicarles la ablación. *Elmundo.es, Edición Cataluña*, 29 de diciembre de 2007. [En línea] <http://www.wlundo.es/elmundo/2007/12/28/barcelona/1198864293.html> [Consultada: 09.04.2013]
- Europa Press (2013) Salud recorta un 55% los fondos del programa de mediación cultural con inmigrantes. *Europapress.es*, 09 de diciembre de 2013. [En línea] <http://www.europapress.es/salud/politica-sanitaria/noticia-salud-recorta-55-fondos-pr...> [Consultada el 09.12.2013].
- Figueredo, E. (2003) Mujeres africanas se alzan contra la ablación. Un grupo de mujeres africanas lucha desde una asociación de Salt por convencer a los suyos de que debe erradicarse la ablación del clítoris. *El Mundo, Edición Cataluña*, 10 de agosto de 2003, página 4 y 5.
- Gallardo, A. (2010) Pediatres i Mossos van evitar unes 200 ablacions a nenes el 2008. *El Periódico de Cataluña. Edición Cataluña*, 5 de febrero de 2010, pg.28
- Generalitat de Catalunya (2014) *Experts en la lluita contra la mutilació genital femenina analitzen l'impacte de la jurisprudència recent*. Nota de prensa del 27 de mayo de 2014. [En línea] http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/270851/ca/experts-lluita-mutilacio-genital-femenina-analitzen-limpacte-jurisprudencia-recent.do
- González, S. (2009) Els Mossos viatgen a Gàmbia en la seva lluita contra l'ablació. *El Periódico de Cataluña. Edición Cataluña*, 3 de febrero de 2009, página 27.
- Güell, O. (2017) Detinguts i separats de les seves filles per una ablació genital inexistent. *El País. Edición Cataluña*, 28 de enero de 2017, página 25.
- Heraldo, ed. (2011) El matrimonio condenado por ablación a su hija recurre al Supremo. *Heraldo de Aragón*, 8 de diciembre de 2011
- Iglesias, N. (2007) Un juez prohíbe a una niña salir de España para evitar su ablación. *El País.com*, 25 de junio de 2007. [En línea] http://www.elpais.com/articulo/sociedad/juez/prhibe/nina/salir/Espana/evitar/ablacion/elpepisoc/20020625elpepisoc_7/Tes?print=1 [Consultada: 22.02.2010]
- Irujo, J.M. (2001) La ablación de niñas se practica en España. *El País, Edición Cataluña*, 29 de abril de 2001, página 28.
- J.M.L. (2005) 23 intentos frustrados de ablación genital. *El País, Edición Madrid*, 14 de septiembre de 2005, página 29.
- Hope, J. (2012) Hundreds of girls age 14 or under are having "designer vagina" surgery on the NHS. *Daily Mail*, 22 de noviembre de 2012 [En línea]

<http://www.dailymail.co.uk/health/article-2236675/Hundreds-girls-aged-14-having-designer-vagina-surgery-NHS.html>

Juanpere, A. (2016) Piden 10 años de prisión para una pareja por la ablación de su hija. *Diari de Tarragona*, 19 de julio de 2016, página 6.

Kaplan, A. (1993) Debate sobre la Ablación. El clítoris y las mutilaciones. *El País. Edición Cataluña*, 11 de mayo de 1993, página 41.

Generalitat de Catalunya (2015) *La consellera Munté es reuneix amb entitats de dones que treballen des de Catalunya per eradicar la MGF*. 6 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/280083/consellera-munte-reuneix-entitats-dones-treballen-catalunya-eradicar-mutilacio-genital-femenina.html [Consultada el 06.06.2015]

La justícia perseguirà els immigrants que practiquin l'ablació a les seves filles, fins i tot en els seus països d'origen. [En línia] *Butlletí del Consell dels Il·lustres Col·legis d'Advocats de Catalunya*, 19 de abril de 2005. Disponible en: <http://www.cicac.org/infonews/n37/articulos/18.htm> [Consultada: 26.04.2010]

Macpherson, A. (2017) Ambulatorios hartos. *La Vanguardia. Edición Cataluña*, 28 de marzo de 2017. [En línea] <http://www.lavanguardia.com/local/baix-llobregat/20170328/421246363256/ambulatorios-hartos.html> [Consultada: 30.03.2017]

Masreal, F. (2010) Un equip de la UAB redueix el suport a l'ablació a Gàmbia. *El Periódico de Cataluña. Edición Cataluña*, 6 de febrero de 2010, pg.27

Maza, C. (2016) Las “fiestas de la ablación” que ganan popularidad en el Reino Unido. *El Confidencial*, 22 de diciembre del 2016. [En línea] http://www.elconfidencial.com/mundo/2016-12-22/las-fiestas-de-la-ablacion-que-ganan-popularidad-en-el-reino-unido_1306183/ [Consultada: 23.12.16]

Merino, O. (2012) En África, aún es tabú hablar de la ablación. *El Periódico. Edición Cataluña*, 27 de febrero de 2012.

Miloro C. (1993) Tres antropólogos defienden la ablación del clítoris en emigrantes africanas. *El País. Edición Cataluña*, 28 de abril de 1993, página 28.

Mouzo, J. (2013) *El Síndic alerta que 50.000 niños sufren privaciones alimentarias en Cataluña. El ICS diagnosticó 750 casos de menores con síntomas de desnutrición*. El País. Edición Cataluña, 6 de agosto 2013. [En línea] http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/08/05/catalunya/1375700452_782346.html [Consultada el 02.01.2015].

Ndow, M. y Saliu, Y. (2009) VP Opens Confab on Harmful Traditional Practices. *Daily Observer. Banjul. The Gambia*, 6 de mayo de 2009, pg.1

Ortiz, A. (2005) Una Mossa contra la ablación. *El Mundo, Edición Cataluña*, 23 de octubre de 2005, página 4.

Pellicer, R. (1998) Hay quienes combaten el racismo a costa de silenciar la ablación. *La Vanguardia. Edición Cataluña*, 10 de marzo de 1998, página 11.

- Pérez, J. (2014) El BOE fulmina la justicia Universal. El Gobierno busca evitarse conflictos diplomáticos, especialmente con China. *El País. Edición Madrid*, 14 de marzo de 2014. [En línea] http://politica.elpais.com/politica/2014/03/14/actualidad/1394798026_067802.html [Consultada:22.04.2014]
- Perez, M. (1993) África en el Maresme. Las mutilaciones del clítoris, un ancestral rito que se sigue practicando a las hijas de emigrantes. *El País. Edición Cataluña*, 7 de marzo de 1993, página 6.
- Pressly, L. (2013) El médico español que “recupera” clítoris mutilados. *BBC Mundo*, 29 de julio de 2013. [En línea] http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/07/130723_salud_ablacion_mutilacion_reconstruccion_gtg
- Ramos, I. y Manresa, K. (1997) La ablación. *Magazine, La Vanguardia. Edición Cataluña*, 23 de noviembre de 1997.
- Redacción Barcelona (1998) SOS Racisme opina que *Domini Públic* fomentó el racismo sin querer. *La Vanguardia. Edición Cataluña*, 7 de marzo de 1998, página 12.
- Redacción Girona (2001). Un juez de Girona evita con ayuda de un juez la ablación a una niña de cuatro años. *El País, Edición Cataluña*, 30 de abril de 2001, página 30.
- Reventós, L. (2013) Los tribunales no bastan para erradicar la ablación. *El País. Edición Cataluña*, 17 de abril de 2013, pg. 34
- Ricart, M. (2006) La cirugía genital se extiende. *La Vanguardia, Edición Cataluña*, 16 de febrero de 2006, página 39.
- Sala de premsa Departament de Salut (2015) *La Salut pública catalana oferirà la reconstrucció de clítoris a les dones que han sofert la mutilació genital femenina*. Barcelona, 8 de octubre de 2015. [En línea] http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/288289/salut-publica-catalana-oferira-reconstruccio-clitoris-dones-sofert-mutilacio-genital-femenina.html
- Wilding F. (2001) Tech flesh 7: vulvas with a difference. *ctheory.net* 2001. 5 de septiembre de 2001. [En línea] www.ctheory.net/articles.aspx?id=29. [Citado por Conroy, R., 2006:106].
- El Mundo, ed. (2012) La Cirugía estética vaginal se pone de moda entre las niñas británicas. *El Mundo*, 23 de noviembre de 2012 [En línea] <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/11/23/internacional/1353665646.html> [Consultada, el 23 de noviembre de 2012].
- Pellicer, R. (1998) *Programa Domini Públic: Som racistes els catalans?*. Reportaje emitido por el canal TV3, 5 de marzo de 1998, 60 minutos [DVD].
- Programa *Els Matins* de Monica Terribas de *Catalunya Radio*, día 29 de octubre de 2015. [En línea] <http://www.ccma.cat/catradio/alcarta/el-mati-de-catalunya-radio/mossos-mediadors-i-experts-coincideixen-que-falla-la-prevencio-contra-la-mutilacio-genital-femenina/audio/898418/> [Consultada:29.10.2015]

Saula, L. (2016) Vagines a la carta, una tendencia a l'alça. *Ara. Edició Cataluña*, 10 de abril de 2016, p g. 52.

Sala de Premsa Generalitat de Catalunya (2017) Durant el 2016 més de 150 famílies han signat el seu compromís contra la mutilació genital femenina. [En línea] http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/salut/notapremsavw/298646/ca/durant-20... [Consultada: 06.02.2017]

Telediario TVE-1, (2015) *edició en castellano* (a partir del min. 35:15), 12 de enero de 2015. [En línea] <http://www.rtve.es/alacarta/videos/telediario/telediario-15-horas-13-01-15/2950707.shtml>

Telediario TVE-1, (2015) *edició en catalán* (a partir del min. 16), 13 de enero de 2015. [En línea] <http://www.rtve.es/alacarta/videos/linformatiu/infmigdia-20150114-1353/2951487/>

Telenoticies TV-3 (2003) Les nenes immigrants a Catalunya amb risc d'ablació seran objecte de control mèdic i judicial *Telenoticies.cat*, 8 de julio de 2003 [En línea] <http://www.3cat24.cat/pnoticies/1024ItemImprimir.jps?item=noticia&idint=41264> [Consultada: 26.06.2010].

Legislación y resoluciones

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. *Boletín Oficial del Estado* núm. 234, 30 de septiembre de 2003.

Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. *Boletín Oficial del Estado* núm. 163, de 9 de julio de 2005.

Ley 5/2008, del 24 de abril, Comunidad Aut noma de Cataluña, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. DOGC Núm. 5123, del 2 de mayo de 2008. *Boletín Oficial del Estado* núm. 131, de 30 de mayo de 2008.

Ley 15/2009, de 9 de julio, Comunidad Aut noma de Cataluña, de *Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)*. DOGC, núm. 1324, de 30 de julio de 1990. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 197, de 17 de agosto de 1990.

Ley 18/2009, de 22 de octubre, Comunidad Aut noma de Cataluña, de Salud Pública. DOGC, núm. 5495, de 30 de octubre de 2009. *Boletín Oficial del Estado* núm. 276, de 16 de noviembre de 2009.

Ley 14/2010, del 27 de mayo, Comunidad Aut noma de Cataluña, de los derechos y las oportunidades en la infancia y adolescencia. DOGC núm. 5641, de 02 de junio de 2010. *Boletín Oficial del Estado* núm. 156, de 28 de junio de 2010.

Decreto 250/2013, de 12 de noviembre, Comunidad Aut noma de Cataluña, de la Mesa Nacional y las Mesas territoriales y locales de Infancia. DOGC núm. 6501, de 14 de Noviembre de 2013.

Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal. *Boletín Oficial del Estado* núm. 63, de 14 de marzo de 2014.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2000) Declaración del Milenio. Quincuagésimo quinto período de sesiones. Resolución 55/2, del 13 de septiembre de 2000.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2005) Documento final de la Cumbre Mundial 2005. Sexagésimo período de sesiones Resolución 60/1, del 24 de octubre de 2005.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2012) Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. Sexagésimo séptimo período de sesiones. Resolución 67/146, del 5 de marzo de 2013.

Naciones Unidas (2001) Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de la Intolerancia. Durban, Sudáfrica, del 31 de agosto al 8 de septiembre de 2001.

Naciones Unidas (2012) Ending female genital mutilation. Report of the Secretary General. Commission on the Status of Women. Fifty-sixth sesión. E/CN.6/2012/8, del 5 de diciembre de 2011.

Resolución del Parlamento Europeo, sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras accioness (2004/2220(INI))

Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la Unión Europea 2008/2071 (INI).

Resolución del Parlamento Europeo, de 25 de febrero de 2014, con recomendaciones destinadas a la Comisión sobre la lucha contra la violencia ejercida sobre las mujeres 2013/2004 (INI)

Planes de Acción

Secretaria per a la Immigració (2001) *Pla Interdepartamental d'Immigració 2001-2004*. Generalitat de Catalunya. [Plan aprobado en la sesión del Gobierno del día 18.07.2001]. Disponible en: http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/05immigracio/03politiqu esplansactuacio/antecedents/IMMIGR1.pdf [Consultado: 22.01.2016]

Secretaria per a la Immigració (2005) *Pla de Ciutadania i Immigració [2005-2008]*. Barcelona, Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya. 194 páginas.

Direcció General de Planificació i Avaluació (2006) *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Institut Català de les Dones (2006) *V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya [2005-2007]*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. 116 páginas. Disponible en: http://dones.gencat.cat/web/.content/03_serveis/docs/publicacions_eines02.pdf [Consultada: 28.01.2016]

Institut Català de les Dones (2008) *Pla de Polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya [2008-2011]*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. Disponible en: http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/publicacions_eines12.pdf

Secretaria per a la Immigració (2008) *Pacte Nacional per a la Immigració (2008)*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut (2009) *Pla de Salut de Catalunya a l'Horitzó 2010*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.

Secretaria per a la Infància i Adolescència de Catalunya (2009) *Pla Director d'Infància i Adolescència de Catalunya [2008-2009]*. Barcelona, Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

Secretaria per a la Immigració (2010) *Pla de Ciutadania i Immigració [2009-2012]*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 159 pàgines. Disponible en: http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/05immigracio/03politiquesplansactuacio/pla_ciutadania_immigracio/pla_ciutadania_immigracio_vcat_2010_06_03.pdf [Consultada: 18.02.2016]

Departament de Salut (2012) *Pla de Salut de Catalunya [2011-2015]*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.

Departament de Benestar Social i Família (2013) *Pacte per la Infància a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. 113 pàgines.

Departament de Benestar Social i Família (2014) *Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016*. Generalitat de Catalunya. 64 pàgines.

Institut Català de la Dona (2014) *Pla D'intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]*. Generalitat de Catalunya. 105 pàgines.

Departament de Benestar Social y Família (2015) *Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya 2015*. Generalitat de Catalunya. 99 pàgines.

Informes

Kaplan, A. (2004) Informes de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona. 9 pàgines. Barcelona, 29 de abril de 2004. [Documento no publicado, presentado el 30.04.2004 a la Honorable *Consellera de Benestar Social i Família* de la Generalitat de Catalunya, la Sra. Anna Simó].

Comunicado de Yolocamba Solidaridad, (2010) Informe sobre el proyecto "*Generando alternativas contra la Mutilación Genital Femenina en Gambia*" y Gamcotrap. 4 pàgines.

- Solà, E. (2010) *Informe sobre la MGF a les Comarques Gironines. Any 2010*. Girona. 48 pàgines. [Informe encargado por el Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona, a la estudiante en prácticas Eva Solà. No publicado, recopilado gracias al trabajo de campo].
- Viñolas, L., Carrillo, M.J., Prat, L. y Ciurana, M. (2011) *Informe sobre la MGF a les Comarques Gironines*. Girona. 46 pàgines. [Informe encargado por el Grupo de Trabajo de MGF de la provincia de Girona, a la estudiante en prácticas M.J. Carrillo. No publicado, recopilado gracias al trabajo de campo].
- Institut de Govern i Polítiques Públiques (2012) *Avaluació de l'impacte social de la Llei 5/2008 del dret de les dones a eradicar la violència masclista*. Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona. [En línea] http://dones.gencat.cat/web/.content/02_institut/docs/pla_avaluacio_impsocllei.pdf [Consultada: 29. 03.2017]
- Marzo, E. (2012) *Informe sobre l'estat de les MGF a les comarques Gironines al 2012*. [No publicado, policopiado, 35 pàgines]. Informe extraído del trabajo de fin de grado en trabajo social de E. Marzo, (2013).
- Direcció General d'Immigració (2013) *Informe sobre les Taules de MGF a Catalunya 2013*. Barcelona, 25 pàgines. [Informe encargado a un estudiante en prácticas. Informe no publicado, recopilado gracias al trabajo de campo].
- Marzo, E. (2014) *Informe sobre l'estat de les MGF a les comarques Gironines al 2013*. [No publicado, policopiado, 16 pàgines].
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, ed. (2015) *La Mutilación Genital Femenina en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. [Realizado por Adriana Kaplan, Nora Salas y Aina Mangas].
- Departament de Benestar Social i Família (2015) *Informe sobre l'estat de serveis Socials a Catalunya 2015*. Generalitat de Catalunya. 90 pàgines.
- Movimiento contra la Intolerancia, ed. (2016) *Informe Raxen. Racismo, Xenofobia, Antisemitismo, Neofascismo y otras manifestaciones de Intolerancia a través de los hechos. Especial 2016. Discurso de Odio y Tsunami de Xenofobia e Intolerancia*. Madrid. [En línea] <http://www.informeraxen.es/wp-content/uploads/2017/03/RAXEN-Especial-2016.pdf>

Protocolos generales

- African Commission On Human and Peoples Rights (1995) *Protocol to the african Charter on Human and Peoples'Rights on the Rights of women in Africa, 2003*. Disponible en: <http://www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Protocol on the Rights of Women.pdf>
- Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) *Programa de seguiment del Nen Sa*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

- Direcció General de Salut Pública (2005) *Protocol de seguiment de l'embarç a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació (2008) *Protocol de prevenció i atenció policial de la mutilació genital femenina*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. 6 pàgines.
- Direcció General de Salut Pública (2008) *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb Salut*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 259p.
- Direcció General de la Policia (2008) *Dossier Mutilació Genital Femenina*. Barcelona. [Documento de formació interna, no publicado, cedido por Mossos d'Esquadra, durante una entrevista (15/06/2010)]
- Direcció General de Planificació i Avaluació, ed. (2011) *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Dossier 3 Document operatiu de mutilació genital femenina*.
- Grupo de Trabajo-MGF. (2006 [2003]) *Protocolo de prevención de la MGF en la demarcación de Girona*. Secretaria per a la Immigració. 36 pàgines. [Documento no publicado, de uso interno para profesionales]. Facilitado por el Departament d'Immigració en 2014.
- Secretaria per a la Immigració (2002) *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departament de Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya.
- Secretaria per a la Immigració (2009 [2007]) *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 40 pàgines.
- Secretaria per a la Immigració (2008) *Implementació del protocol de prevenció de la mutilació genital femenina a comarques gironines*. Girona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. 7 pàgines [Documento no publicado, facilitado por la Direcció General per a la Immigració de Girona, el 17 de julio de 2014, durante una entrevista, en el marco de esta investigación].
- Departamento de Salud, ed. (1991 [2011]) *Clasificación Internacional de Enfermedades 9 (CIM-9-MC) 9ª revisión. Modificación clínica*. Barcelona, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya.
- Direcció General de Salut Pública (2013) *Implantación CIE10MC*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
 Disponible en:
 [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/normalización/CIE10/2013
 InformImplementaciónCIE10.pdf]. Consultada:01.06.2016
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) *Codificación Clínica con la CIE 9-MC. Actualización de la CIE9-MC 2008*. Boletín nº28, Año XII, Febrero, 2008. [En línea] http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/docs/CIE9MC_8ed.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) *Protocolo común de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Madrid, Gobierno de España. [107 páginas].

Secretaria de Salut Pública (2015) *Circuit de la cirurgia genital després d'una mutilació genital femenina (MGF)*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 9 pp.

Secretaria General Técnica (2015) *Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF)*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (2016) *Clasificación Internacional de Enfermedades 10.ª Revisión, Modificación Clínica Edición Española*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [En línea] https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=MUTILACI%C3%93N+GENITAL&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1465486737825&indiceAlfabetico=expand-0a30372a30452a97535&listaTabular=N90.818&expand=1&clasificacion=cie10mc&version=2010 [Consultada: 06.06.2016]

Protocolos municipales

Ajuntament de Salt (2011) *Circuit municipal per a la prevenció de la MGF a Salt*. Juny 2011. 25 pàgines [Documento no publicado, de uso interno. Facilitado durante la entrevista: 04.03.2014]

Ajuntament d'Olot (2009) *Protocol MGF Serveis Bàsics d'Atenció Social Primària*. 2 pàgines [Documento no publicado, de uso interno. Facilitado durante la entrevista: 05.03.2013]

Ajuntament d'Olot (2009) *Mutilació Genital Femenina. Accions des de l'àmbit educatiu i els IES*. 2 pàgines [Documento no publicado, de uso interno. Facilitado durante la entrevista: 05.03.2013].

Ajuntament d'Olot (2009) *Mutilació Genital Femenina. Àmbit de salut*. 1 pàgines [Documento no publicado, de uso interno. Facilitado durante la entrevista: 05.03.2013].

Ajuntament de Cassà de la Selva (2014) *Protocol de Cassà de la Selva*. Àrea de Ciutadania. 10 pàgines. [Documento no publicado, de uso interno. Facilitado posteriormente a la entrevista realizada: 07.03.2014. Es la segunda versión del documento].

Taula Local de Prevenció de la Mutilació Genital Femenina (2012) *Pautes locals d'intervenció al municipi de Sarrià de Ter, en relació al protocol marc d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. 11 pàgines. [Documento no publicado, de uso interno. Facilitado durante la entrevista: 07.03.2014].

Ajuntament de Malgrat de Mar (2010) *Circuit de prevenció de les Mutilacions Genitals Femenines*. 18 pàgines. [Documento no publicado]. [En línea] <https://www.ajmalgrat.cat/ajuntament-seu-electronica/informacio-oficial/normativa/accio-social-i-ciutadania-5/accio-social-i-ciutadania-4> [Consultada:09.04.2013]

Ajuntament de Vilanova i la Geltrú (2013) *Protocol d'actuacions per a la prevenció i atenció de la Mutilació Genital Femenina a la ciutat de Vilanova i la Geltrú*. Marzo 2013. 43 pàgines. [Documento no publicado, de uso interno. Facilitado durante la entrevista: 12.12.2013].

Ajuntament de Sabadell (2013) *Esborrany del protocol d'actuació davant la MGF. Drets Civils i Ciutadania*. Noviembre 2013. 24 pàgines. [Documento no publicado, de uso interno. Facilitado por una técnica en enero 2014].

Ajuntament de Mataró (2016) *Circuit d'intervenció davant la mutilació genital femenina*. 16 pàgines. Servei de Benestar Social. [Documento no publicado, de uso interno. Tercera versió. Facilitado por un miembro de la comisión de trabajo: 09.02.2017]

Ajuntament de Lleida (2012) *Protocols d'actuació per prevenir les mutilacions genitals femenines i matrimonis forçats al municipi de Lleida*. [Documento no publicado, de uso interno. Facilitado por el Ayuntamiento, al pedir una revisión y asesoramiento sobre la prevención de la MGF: 23.07.2012]

Ajuntament de Tàrraga. *Protocol sobre maltractaments, abusos sexuals, matrimonis forçats i mutilació genital femenina en menors*. 21 pàgines.

Comissió Tècnica del Circuit per a l'abordatge de la violència masclista a la demarcació de Lleida (2013) *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista a la demarcació de Lleida*. [Documento no editado, publicado a en: www.gencat.cat/icdones] [Consultada: junio 2013].

Institut Català de la Salut Lleida Atenció Primària (2012) *Actuació preventiva i abordatge de la MGF*. 56 pàgines. [Documento borrador, versión junio 2012, facilitado por una profesional].

Manuales y guías

Associació Catalana de Llevadores, ed. (2004) *Mutilación Genital Femenina: Prevención y atención*. Guía para profesionales. Barcelona, Proyecto IDIL, Programa Europeo DAPHNE. Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html [Consultado: 22.01.2016].

Institut Català de Salut, eds. (2006) *Mutilació Genital Femenina: prevenció i atenció*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 64 pàgines. [Realizada por el GIPE/PTP de la UAB para el ICS].

Kaplan, A., Moreno, J. y Pérez, M.J. (Coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra.

Regidoria de Drets Civils i Ciutadania (2012) *Monogràfic: Mutilació Genital Femenina*. Ajuntament de 2, 39 pàgines. [Documento no publicado, distribuido a los y a las profesionales vía electrónica. Facilitado por mail, en noviembre 2012, por el propio ayuntamiento].

Kaplan, A. (1998) Carta “Compromiso preventivo”. [Documento no publicado, realizada por Adriana Kaplan en 1998, como una herramienta para las familias, para reforzar su decisión de no mutilar a sus hijas, en el momento de viajar a sus países de origen. Esta carta se ha adaptado en diferentes Comunidades Autónomas]

Sentencias

Sentencia 26/2011, Audiencia Provincial de Teruel, Rollo Penal 12/2011.

Tribunal Supremo de Madrid, Roj: STS 7827/2012, Nº de recurso: 3/2013, Nº de resolución 835/2012.

Sentencia Nº 9/2013 y la sentencia Nº36/2012 de la Audiencia Nacional.

Audiencia Provincial de Barcelona, Rollo procedimiento ordinario nº 3/2012, Sumario núm. 1/2011, Juzgado de Instrucción nº 9 Vilanova i la Geltrú, Barcelona.

Audiencia Nacional, Rollo de sala nº 6/2013, Sumario núm. 1/2013, Juzgado de Instrucción nº 4. Sentencia nº 5/2014.

Declaraciones y conferencias

Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1979. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos o “Carta de Banjul”, 1989. Disponible en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/1297>

Convención sobre los Derechos del Niño, 1989. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

Carta africana sobre los derechos y bienestar del niño, 1990. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/8025.pdf?view=1>

Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/huridocda.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp](http://www.unhchr.ch/huridocda.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp)

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwhath/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

23ª sesión Asamblea General sobre “La mujer en el año 2000: la igualdad entre los géneros, el desarrollo y la paz para el siglo XXI”, en junio de 2000.

Disponible en: <http://unngls.org/index.php/espanol/2010/1113-resena-historica-sobre-conferencias-mundiales-sobre-la-mujer#sthash.cWfM18Pc.dpuf>

Cronología: una mirada caleidoscópica sobre la MGF



	1990	1991	1992	
ACONTECIMIENTOS				
MEDIOS DE COMUNICACIÓN				
CONTEXTO HISTORICO. LEGISLACIÓN, PLANES DE ACCIÓN, CONFERENCIAS. MUNDO	CATALUÑA			
	ESPAÑA			
	GAMBIA			
	MUNDO	<p>Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General N° 14 Circuncisión femenina</p> <p><i>Carta Africana sobre Derechos y el Bienestar del Niño</i> Eliminación de las prácticas tradicionales perjudiciales</p>	<p>Adopción del término Mutilación Genital Femenina, por el Comité Inter- Africano en la <i>III Conferencia del Comité Inter- Africano sobre prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños</i> . Addis Abeba.</p>	
ESTUDIOS y PUBLICACIONES			<p>Kaplan, A. Primeras grabaciones documental “Iniciación sin mutilación” Gambia</p>	

Cronología: una mirada caleidoscópica sobre la MGF



	1993	1994	1995	
ACONTECIMIENTOS	<p>Peritaje antropológico en ambos casos. Adriana Kaplan.</p> <p>Caso Mataró 1º caso de MGF practicada a una menor en Mataró. Sentencia Absolutoria.</p> <p>Caso Salt 2º caso de MGF practicada a una menor nacida en Cataluña, en un viaje de vacaciones a Gambia. Sentencia absolutoria</p>			
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	<p>Pérez, M. África en el Maresme. <i>El País</i>. Edición Cataluña, 7 de marzo de 1993</p> <p>Kaplan, A El clítoris y las mutilaciones. <i>El País</i>. Edición Cataluña, 11 de mayo de 1993</p> <p>Miloro, C. Tres antropólogos defienden la ablación del clítoris en emigrantes africanas. <i>El País</i>. Edición Cataluña, 28 de abril 1993</p>			
CONTEXTO HISTORICO	ESPAÑA CATALUÑA	V Jornades sobre Immigració i Diversitat Cultural. Barcelona, ICA. Dolores Juliano, Adriana Kaplan y Roman Weiss		
	GAMBIA			
MUNDO	MUNDO	<p>Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena</p> <p>« Condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla»</p>	<p>Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo). Derechos en salud sexual y salud reproductiva</p> <p>Ghana prohíbe la MGF</p>	<p>4ª Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Pekín Por la igualdad de las mujeres, en esfera pública y privada. Creación de la Plataforma de Acción</p> <p>Djibouti prohíbe la MGF</p>
	GAMBIA			
ESTUDIOS Y PUBLICACIONES	<p>Kaplan, A. <i>Aproximaciones descriptivas a la situación de origen de los inmigrantes de la región de Senegambia</i>. Trabajo de Master, UAB</p>		<p>Kaplan, A. <i>Variabilidad en los procesos de integración social, aculturación e identificación en los colectivos de inmigrantes senegambianos en Cataluña</i>. Tesis Doctoral, UAB</p>	



1996	1997	1998
		<p>Constitución de ONGs Africanas para prevenir la MGF y dar soporte a la comunidad: AMAM y EQUIS (Barcelona) Yamarikafo (Salt)</p>
	<p>Ramos, I. y Manresa, K. (1997) La ablación. Magazine, <i>La Vanguardia</i>. Edición <i>Cataluña</i>, 23 de noviembre de 1997.</p>	<p>Cedrós, T. (1998) El programa Domini Públic de TV-3 dedicado al racismo desata la polémica. <i>El País</i>, Edición <i>Cataluña</i>, 8 de marzo de 1998.</p> <p>Programa <i>Domini Públic</i> TV3. Som racistes els catalans? . Ramón Pellicer 05.03.1998</p>
		<p>Costa de Marfil prohíbe la MGF</p>
<p>República Centro Africana y Burkina Faso prohíben la MGF</p>		
<p>San Román, T. Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía, Bellaterra. UAB</p>		<p>“Female Genital Mutilation in Europe: sociocultural, legal and medical aspects”. Proyecto Daphne 1998</p> <p>Kaplan, A. (1998) De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e intervención social. X Premio de Investigación en Ciencias Sociales Dr. Rogeli Duocastella. Barcelona, Fundación « La Caixa »</p> <p>Kaplan, A. (1998) Carta “Compromiso preventivo”. [Documento no publicado, realizada por Adriana Kaplan en 1998, como una herramienta para las familias, para reforzar su decisión de no mutilar a sus hijas, en el momento de viajar a sus países de origen. Esta carta se ha adaptado en diferentes Comunidades Autónomas]</p> 

Cronología: una mirada caleidoscópica sobre la MGF



	1999	2000	2001
ACONTECIMIENTOS	 <p>Constitución de la ONG Wassu Gambia Kafo (Barcelona/Gambia)</p>		
MEDIOS DE COMUNICACIÓN			<p>Irujo, J.M. (2001) La ablación de niñas se practica en España. <i>El País, Edición Cataluña</i>, 29 de abril de 2001, pg. 28.</p> <p>Irujo, J.M. (2001) Responsables de salud: “Si hablamos de amputación, ninguna de ellas acude. <i>El País, Edición Cataluña</i>, 29 de abril de 2001, pg. 29.</p>
CONTEXTO HISTORICO. LEGISLACIÓN, PLANES DE ACCIÓN	CATALUÑA		<p>El Parlament de Catalunya insta al Govern de la Generalitat para hacer un plan de choque para erradicar las mutilaciones rituales genitales femeninas. <i>Resolución 832/VI.</i></p> <p>Secretaria per a la Immigració (2001) Pla Interdepartamental d'Immigració 2001-2004. Generalitat de Catalunya</p>
	ESPAÑA		
	GAMBIA		
	MUNDO	<p>Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) Recomendación General nº24 «mutilación genital»</p> <p>Prohibición de la MGF en Senegal</p>	<p><i>Declaración del Milenio</i> Asamblea General de Naciones Unidas. Objetivos del Milenio (ODM)</p>
ESTUDIOS Y PUBLICACIONES		<p>Pekín+5, “La mujer en el año 2000: la igualdad entre los géneros, el desarrollo y la paz para el siglo XXI”. Nueva York.</p>	<p>Naciones Unidas (2001) Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de la Intolerancia. Durban, Sudáfrica, del 31 de agosto al 8 de septiembre de 2001.</p> <p>Roperó, J. (2001) El Derecho Penal ante la mutilación genital femenina. Madrid, <i>Revista La Ley</i>, 26 y 27 de septiembre de 2001.</p>



2002	2003	2004
 <p>1er protocolo MGF Generalitat de Catalunya</p> <p>Embrión Mesas MGF Olot (Girona)</p>	 <p>Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales</p> <p>Constitución del grupo de investigación GIPE/PTP del Dpt. Antropología Social y Cultural UAB. Investigadora principal prof. Adriana Kaplan</p>	<p>Fórum de las Culturas. Fórum Mundial de Dones. Congreso Barcelona. Internacional MGF. Organización GIPE/PTP.</p>
	<p>Figueredo, E. (2003) Mujeres africanas se alzan contra la ablación. Un grupo de mujeres africanas lucha desde una asociación de Salt por convencer a los suyos de que debe erradicarse la ablación del clítoris. <i>El Mundo, Edición Cataluña</i>, 10 de agosto de 2003, página 4 y 5</p>	<p>Buesa, C. (2004) Un magistrado quita el pasaporte a 3 niñas para evitar su ablación. El Cónsul de Gambia critica la orden judicial y la tacha de ilegal. <i>El Periódico de Aragón.com</i>, 15 de mayo de 2004</p>
		<p>Declaración de Barcelona sobre la MGF.</p>
	<p>Ampliación que incluye la MGF como tal, en el Art. 149.2 Código Penal</p>	
		<p>Se levanta el veto en Gambia ante la propuesta Iniciación sin mutilación</p>
	<p><i>Carta Africana de los Derechos Humanos de los Pueblos, sobre los Derechos de la Mujer en África o « Protocolo de Maputo »</i> Eliminación de las prácticas perjudiciales. Condena la MGF</p> <p>Benín y Níger prohíben la MGF</p>	<p>Etiopía prohíbe la MGF</p>
<p>“Salud reproductiva de las mujeres migrantes africanas en España. Retos e implicaciones para las actuaciones públicas socio-sanitarias”. I+D Instituto de la Mujer (2000-2002)</p> <p>“Mutilaciones Genitales Femeninas: respuestas desde el derecho y la política”. Grupo de Interés para el Estudio de la Población, GIE/Fundación CIDOB (2002)</p>	<p>European Network for the prevention of FGM. Proyecto Daphne (2000-2003)</p> <p>“IDIL: Instruments to develop the integrity of lasses” (Mapa y Guia). Proyecto Daphne (2002-03)</p> <p>“Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to Female Genital Mutilation” Proyecto Daphne (2003)</p> <p>“Las MGF en España : identidad, derechos humanos e ntegración social” Programa Ramón y Cajal, Ministerio de Ciencia y Tecnología. Dpt. Antropología Social, Universitat Autònoma de Barcelona (2003-07)</p>	<p>Documental <i>Iniciación sin Mutilación</i> Adriana Kaplan y Sebastián Risler.</p> <p>Associació Catalana de Llevadores, ed. (2004) Mutilación Genital Femenina: Prevención y atención. Guía para profesionales. Barcelona, Proyecto IDIL, Programa Europeo DAPHNE.</p>

Cronología: una mirada caleidoscópica sobre la MGF



	2005	2006	2007
ACONTECIMIENTOS	Inclusión de la MGF en el Protocolo de pediatría <i>Nen immigrant</i> . Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya		 2º Protocolo de actuación MGF. Generalitat Catalunya
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Ortiz, A. (2005) Una Mossa contra la ablación. <i>El Mundo, Edición Cataluña</i> , 23 de octubre de 2005, página 4 J.M.L. (2005) 23 intentos frustrados de ablación genital. <i>El País, Edición Madrid</i> , 14 de septiembre de 2005, pg. 29.	Ricart, M. (2006) La cirugía genital se extiende. <i>La Vanguardia, Edición Cataluña</i> , 16 de febrero de 2006, pg. 39.	EFE (2007) Retiran la custodia de dos hijas por sospechar que sus padres querían practicarles la ablación. <i>Elmundo.es, Edición Cataluña</i> , 29 de diciembre.
CONTEXTO HISTORICO. LEGISLACIÓN, PLANES DE ACCIÓN, etc.	CATALUÑA Secretaria per a la Immigració (2005) <i>Pla de Ciutadania i Immigració [2005-2008]</i> . Barcelona, Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya.	Direcció General de Planificació i Avaluació (2006) <i>Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut</i> . Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.	
	ESPAÑA Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.	CATALUÑA Institut Català de les Dones (2006) <i>V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya [2005-2007]</i> . Barcelona, Generalitat de Catalunya.	
	GAMBIA El documental <i>Iniciación sin Mutilación</i> se traduce en 5 lenguas locales		
MUNDO	<i>Cumbre Mundial "Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio"</i> (Pekín+10 Mauritania prohíbe la MGF		Eritrea prohíbe la MGF
ESTUDIOS Y PUBLICACIONES	 Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya . Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya Direcció General de Salut Pública, ed. (2005) Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del Nen Sa . Barcelona, Departament de Salut Kaplan, A. Mapa de la MGF en España (2005)	 Institut Català de Salut (2006) Mutilació Genital Femenina: prevenció i atenció . Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [Realizada por el GIPE/PTP de la UAB].	Mayoral, J. (2007) Criminalització i Prevenció de la mutilació genital femenina. [En línia] <i>Butlletí d'Inf@ncia</i> núm. 8, marzo de 2007.



2008	2009	2010
<p>Creación Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF. Gambia</p> <p>Impulso y creación de las Mesas de MGF (provincia de Girona)</p> <p>Protocolo Policial de MGF. Departamento Interior. Mossos d'Esquadra</p>	 <p>Reedición del 2º Protocolo MGF. Generalitat Catalunya. Actualizado marco legal 5/2008</p>	<p>Apertura oficina UAB como centro de investigación y transferencia del conocimiento. Contra parte del Observatorio Transnacional de la MGF (España).</p> <p>Puesta en marcha del Programa de Prevención y Atención de la MGF en Badalona.</p>
<p>Agencias (2008) Els Mossos eviten 40 ablacions a l'any gràcies a un protocol pioner a Espanya. <i>El Periódico</i>. 17 de julio</p> <p>Figueredo (2008) Interior amplía el plan contra la ablación del clítoris. <i>La Vanguardia</i>. Edición Cataluña. 18 de julio, pg. 29</p>	<p>González, S. (2009) Els Mossos viatgen a Gàmbia en la seva lluita contra l'ablació. <i>El Periódico de Catalunya</i>. Edición Cataluña, 3 de febrero, pg.27</p> <p>Ndow, M. y Saliu, Y. (2009) VP Opens Confab on Harmful Traditional Practices. <i>Daily Observer</i>. Banjul. <i>The Gambia</i>, 6 de mayo de 2009, pg.1</p>	<p>Masreal, F. (2010) Un equip de la UAB redueix el suport a l'ablació a Gàmbia. <i>El Periódico de Catalunya</i>. Edición Cataluña, 6 de febrero de 2010, pg.27</p> <p>Gallardo, A. (2010) Pediatres i Mossos van evitar unes 200 ablacions a nenes el 2008. <i>El Periódico de Catalunya</i>. Edición Cataluña, 5 de febrero de 2010, pg.28</p>
<p>Ley 5/2008, del 24 de abril, de los derechos de las mujeres para erradicar la violencia machista. Art. 75. MGF</p> <p>Institut Català de les Dones (2008) Pla de Polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya [2008-2011]. Barcelona, Generalitat de Catalunya.</p> <p>Secretaria per a la Immigració (2008) Pacte Nacional per a la Immigració. Barcelona, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.</p>		<p>Ley 14/2010, del 27 de mayo, de los Derechos y Oportunidades en la infancia y la adolescencia. Art. 75 MGF</p> <p>Decreto, 60/2010 de 11 de mayo, de la Comissió Nacional per a una intervenció coordinada contra la violència masculista.</p> <p>Secretaria per a la Immigració (2010) Pla de Ciutadania i Immigració [2009-2012]. Barcelona, Depart. d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.</p> 
<p>Apertura de la oficina en Gambia como centro de investigación y transferencia del conocimiento. Contra parte del Observatorio Transnacional de la MGF (Gambia).</p>	<p>International Forum on Harmful Traditional Practices. Exploring Strategies and Good Practices. From Local to global". Gambia, 5,6 y 7 de mayo</p> <p>Declaración de Brufut, Gambia, 7 de mayo de 2009</p>	<p>Introducción de la MGF en el currículum académico de medicina y ciencias de la salud</p>
<p>Egipto legisla nuevamente contra la MGF</p>	<p>Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la Unión Europea (2008/2071 (INI)).</p>	<p>Pekín+15</p> <p>Uganda prohíbe la MGF</p>
 <p>Direcció General de Salut Pública, ed. (2008) Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.</p>	 <p>Kaplan, A y López, A. (2009) Mapa de la MGF en España</p>	<p>Kaplan, A., Moreno, J. y Pérez, M.J. (Coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. GIPE/PTP, UAB.</p> <p>Mangas, A. (2010) El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas. Depart. Antropología Social y Cultural UAB. [Tesina no publicada, Máster de Investigación Etnográfica, Relaciones Interculturales y Teoría Antropológica].</p> <p>Informe Mutilació Genital Femenina a les comarques gironines (2010) 447</p>

Cronología: una mirada caleidoscópica sobre la MGF



	2011	2012	2013
ACONTECIMIENTOS	<p>Caso de Teruel 1ª sentencia condenatoria por MGF a una familia de Gambia. 6 años de prisión para el padre, 2 para la madre.</p>	<p>Caso de Premià de Mar 1ª caso procesado al detectarse una MGF en una niña reagrupada, realizada antes de migrar a España</p>	 <p>Constitución de la Fundación Wassu-UAB. Directora A. Kaplan</p> <p>Caso Vilanova i la Geltrú 2ª sentencia condenatoria por MGF a una familia de Gambia. 12 años de prisión para los padres,</p>
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	<p>Heraldo, ed. (2011) El matrimonio condenado por ablación a su hija recurre al Supremo. <i>Heraldo de Aragón</i>, 8 de diciembre de 2011</p>	<p>El Mundo, ed. (2012) La Cirugía estética vaginal se pone de moda entre las niñas británicas. <i>El Mundo</i>, 23 de noviembre.</p> <p>Martínez, C. (2012) Un jutjat de Girona ha prohibit a dues nenes de Girona viatjar a Gàmbia, el país d'origen dels seus pares per sospita que la família tenia plantejat fer-les una ablació de clítoris. <i>Cadenaser.com</i>, 7 de diciembre.</p>	<p>Pérez, J. (2013) Condenada una mujer por la ablación genital que sufrió su hija en Senegal. <i>Elpais.com</i>, 8 de abril de 2013</p> <p>EFE (2013) 12 años de cárcel para una pareja gambiana por extirpar el clítoris a sus hijas en España. <i>Larazon.es</i>, 22 de mayo de 2013</p> <p>Reventós, L. (2013) Los tribunales no bastan para erradicar la ablación. <i>El País. Edición Cataluña</i>, 17 de abril de 2013, pg. 34</p>
CONTEXTO HISTORICO. LEGISLACIÓN, PLANES DE ACCIÓN. CATALUÑA			<p>Decreto 250/2013, de 12 de noviembre, de la Mesa Nacional y las Mesas territoriales y locales de Infancia.</p>
			<p>Documental Un futuro sin MGF A. Kaplan</p>
CONTEXTO HISTORICO. LEGISLACIÓN, PLANES DE ACCIÓN. GAMBIA ESPAÑA			
CONTEXTO HISTORICO. LEGISLACIÓN, PLANES DE ACCIÓN. GAMBIA			
CONTEXTO HISTORICO. LEGISLACIÓN, PLANES DE ACCIÓN. MUNDO	<p>Conferencia "Islam y MGF". Promulgación de una Fatwa contra la MGF. Mauritania</p> <p>Kenia y Guinea Bissau prohíben la MGF</p>	<p>Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, presenta el programa "Adelanto de la Mujer". Nueva York</p> <p>La ONU celebra la Asamblea para la intesificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la MGF. Nueva York</p>	<p>UNICEF (2013) Female Genital Mutilation/ Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Nueva York, UNICEF.</p>
ESTUDIOS, PUBLICACIONES Y DOCUMENTOS DE INTERÉS	<p>Informe Mutilació Genital Femenina a les comarques gironines. Any 2011</p> <p>Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., Bonhoure, I. (2011) Health consequences of female genital mutilations/cutting in the Gambia, evidence into action, in <i>Reproductive Health</i> 2011 8:26.</p>	<p>Informe Mutilació Genital Femenina a les comarques gironines. Any 2012</p> <p>Oller, I. (2012) La prevenció de la mutilación genital femenina, a través del treball comunitari. Universitat de Girona.</p>	<p>Informe Mutilació Genital Femenina a les comarques gironines. Any 2013</p> <p>Direcció General d'Immigració (2013) Informe sobre les Taules de MGF a Catalunya 2013. Barcelona, 25 pg.</p> <p>European Institute for Gender Equality (EIGE) (2013b) Good practices in combating female genital mutilation, Luxemburgo, Publications Office of the European Union.</p> <p>Kaplan, A. y López, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.</p>



2014	2015	2016
<p>Caso Lloret de Mar niña nacida en Cataluña, pasa 2 meses en Gambia, vuelve mutilada. Se detecta 5 años después, en la revisión que realiza el CAP, frente a la programación de otro viaje a Gambia.</p>	<p>Caso de Tarragona, 5 semanas de prisión preventiva por detectarse una MGF en una menor nacida en Gambia</p>	
<p>Pérez, J. (2014) El BOE fulmina la justicia Universal. El Gobierno busca evitarse conflictos diplomáticos, especialmente con China. <i>El País</i>. Edición Madrid, 14 de marzo de 2014.</p>	<p>Sala de prensa Departament de Salut (2015) La Salut pública catalana oferirà la reconstrucció de clitoris a les dones que han sofert la mutilació genital femenina. Barcelona, 8 de octubre.</p>	<p>Saula, L. (2016) Vagines a la carta, una tendencia a l'alça. <i>Ara. Edició Cataluà,</i> 10 de abril de 2016, pg. 52.</p> <p>Juanpere, A. (2016) Piden 10 años de prisión para una pareja por la ablación de su hija. <i>Diari de Tarragona,</i> 19 de julio, pg. 6.</p>
 <p>Departament de Benestar Social i Família (2014) <i>Pla de Ciutadania i de les migracions: horitzó 2016.</i> Generalitat de Catalunya.</p> <p>Institut Català de les Dones (2014) <i>Pla d'Intervenció Integral contra la violència Masclista [2012-2015].</i> Barcelona, Generalitat de Catalunya.</p>		
<p>Modificación de la LO 1/2014, de 13 de marzo de 2014 relativa a la Justicia Universal</p>	<p>Secretaria General Técnica. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.</p>	
	<p>Gambia prohíbe la MGF</p>	
	<p>Nigeria prohíbe la MGF</p>	
<p>Informe Mutilació Genital Femenina a les comarques gironines. Any 2014</p>	<p>Mangas, A. (2015) Programa de Prevenció y Atención de la MGF en Badalona. Servei de Salut Pública. Ajuntament de Badalona. [Documento no publicado].</p> <p>Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, ed. (2015) La Mutilación Genital Femenina en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. [Realizado por Adriana Kaplan, Nora Salas y Aina Mangas].</p>	 <p>Póster desplegable (actualización 2016) Fundación Wassu-UAB</p>

Glosario

ABS: Área Básica de Salud

AMAM, Asociación de Mujeres Anti Mutilación, constituida en 1998

ASSIR: Atención Salud Sexual y Reproductiva

BOE: Boletín Oficial del Estado

BSA: Badalona Serveis Assistencials (proveedor de salud municipal de Badalona)

CAP: Centro de Atención Primaria de salud.

CDIAP: Centro de Desarrollo i Atención Precoz

CSMA: Centro de Salud Mental de Adultos

CSMIJ: Centro de Salud Mental Infantil Juvenil

DEDU: Departament d'Educació

DGAIA: Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia

DOCG: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya

DIRIP: Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació.

DS: Departament de Salut

EAIA: Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia

EQUIS: Asociación de Mujeres constituida en 2000 para trabajar en la prevención de la MGF

GAV: Grupo de Atención a la Víctima de Mossos d'Esquadra

ICD: Institut Català de la Dona

ICS: Institut Català de Salut (mayor proveedor de salud de Cataluña)

Kafo: grupo

LIC: Lengua, Interculturalidad y Cohesión Social. La coordinadora LIC, forma parte del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya y está presente en algunos territorios

Modelo G.C.: Modelo Generalitat de Catalunya

Musukafo: significa en lengua mandinga, grupo de mujeres

ORC: Oficina de Relaciones con la Comunidad de Mossos d'Esquadra

PG-ME: Policia de la Generalitat - Mossos d'Esquadra.

SIA: Secretaria d'Infància i Adolescència

SIM: Secretaria per a la Immigració

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPFDC: Secretaria de Polítiques familiars i Dret de Ciutadania

Yamarikafo: significa en lengua mandinga, grupo de todos

Wassu: es un lugar mágico en Gambia. Los círculos de piedra recuerdan círculos de mujeres bailando.

Anexo I: trabajo de campo

I.I. Participación en jornadas y cursos sobre la MGF [2009-2017]



Participación en jornadas y cursos sobre la MGF (I) [2009-2011]

LUGAR Y AÑO	FECHA	DESCRIPCIÓN
GAMBIA 2009	07, 08 y 09 de mayo 2009 Brufut Organiza Wassu Gambia Kafo y GIPE/PTP de la UAB.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“International Forum on Harmful Traditional Practices. Exploring Strategies and Good Practices. From Local to global”.</i> <i>« Acto histórico en Gambia, primera Conferencia sobre la MGF, tema también hasta entonces por como se había tratado. Inaugura la conferencia la vice presidenta del Gobierno de Gambia ».</i> <i>(Ver Declaración de Brufut, Gambia)</i>
CATALUÑA 2011	28 de octubre de 2009 Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • Jornada contra la Mutilación Genital Femenina. <i>Caixa Forum, Barcelona.</i> Organizada por: ONGs EQUIS, AMAM y <i>Secretaria per a la Immigració, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.</i>
	24 de marzo de 2011 Badalona	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“I Jornada de formació per a la Prevenció de la Mutilació Genital Femenina”.</i> Organizada por el Ayuntamiento de Badalona y el GIPE/PTP de la UAB.
	02 de agosto de 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Cine fórum de la película <i>Moolaadé</i>. <i>Caixa Forum de Barcelona.</i>
	29 de setiembre de 2011 Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • Jornada: <i>“Mutilació Genital Femenina, reflexions i reptes”.</i> Organizada por Médicos del Mundo
	03 de octubre de 2011 Mataró	<ul style="list-style-type: none"> • Jornada sobre les <i>Mutilacions Genitals Femenines</i>. Organizada por el Ayuntamiento de Mataró
	28 de octubre 2011 <i>Parlament de Catalunya</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Jornada de Treball amb representants polítics autonòmics i municipals per a la consecució dels principis de la CIPD del Caire i dels objectius de desenvolupament del Mil·lenni”.</i>



Participación en jornadas y cursos sobre la MGF (II) [2012]

LUGAR Y AÑO	FECHA	DESCRIPCIÓN
CATALUÑA 2012	23 de febrero de 2012 Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • Jornada: <i>“La mediació comunitària com a eina per a la prevenció de la Mutilació Genital Femenina”.</i> Organizada por la <i>Secretaria per a la Immigració, Generalitat de Catalunya.</i>
	20 de junio de 2012 Badalona	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“II Jornada de formació per a la Prevenció de la Mutilació Genital Femenina. Intercanvi d’ experiències”.</i> Organizada por el Ayuntamiento de Badalona y el GIPE/PTP de la UAB.
BALEARES 2012	10 de mayo de 2012 Palma de Mallorca	<ul style="list-style-type: none"> • Cine fórum del documental: <i>“La MGF, una tradició contra la vida”</i>, de UNICEF. Dinamizado por la mediadora del C.S. de Son Gotleu. Organizado por <i>Ingeniers sense fronteres</i>, dentro del marco del proyecto: <i>Àfrica, una cultura de Mallorca</i>
	08, 09, 11 y 12 de junio de 2012 Palma de Mallorca	<ul style="list-style-type: none"> • Curso: <i>“Drets sexuals i reproductius. El cas de la Mutilació Genital Femenia”.</i> Organizado por <i>Universitat de les Illes Balears. Oficina de Cooperació al Desenvolupament i Solidaritat de la UIB.</i>



Participación en jornadas y cursos sobre la MGF (III) [2013]

LUGAR Y AÑO	FECHA	DESCRIPCIÓN
CATALUÑA 2013	29 de noviembre de 2013 Sabadell	<ul style="list-style-type: none"> Jornada en el marco del Día Internacional de Violencia de Género: <i>"Riscos i prevenció en la salut femenina"</i> para mujeres inmigrantes <i>"Abordatge preventiu de la MGF"</i> para profesionales <p>Organizada por el Ayuntamiento de Sabadell</p>
	22 de febrero de 2013 Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> Jornada: <i>"L'abordatge de les Mutilacions Genitals Femenines des de Catalunya i des del paísos d'origen"</i>. <p>Organizada por la Generalitat de Catalunya</p>
	18 de marzo de 2013 Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> Cine forum del documental de Kenia <i>"The day I will never forget"</i> de Kim Longinotto. 2002, con Fardhosa Mohamed « Festival Drets de salut per l'Àfrica » <p>Organizado por Farmacomundi y Medicosmundi</p>
MADRID 2013	6 y 7 de febrero de 2013 Madrid	<ul style="list-style-type: none"> "II Jornadas Internacionales de Prevención e Intervención ante la MGF: una mirada profesional". <p>Organizada por UNAF y Mundo Cooperante. Comunidad de Madrid</p>
PAÍS VASCO 2013	23 y 24 Octubre de 2013 Bilbao	<ul style="list-style-type: none"> Jornada de formación sobre la MGF, en el marco de un convenio firmado para el diseño y despliegue de un programa de prevención y atención de la MGF en Bilbao. <p>Organizada por el Ayuntamiento de Bilbao Imparte: Fundación Wassu-UAB</p>



Participación en jornadas y cursos sobre la MGF (IV) [2014]

LUGAR Y AÑO	FECHA	DESCRIPCIÓN
CATALUÑA 2014	06 de febrero de 2014 Vilanova i la Geltrú	<ul style="list-style-type: none"> <i>"Jornada de formació per a la Prevenció de la Mutilació Genital Femenina"</i> <p>Organizada por el Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú . Participa: GIPE/PTP de la UAB.</p>
	06 de febrero de 2014 Girona	<ul style="list-style-type: none"> Coloquio sobre la intervención de la MGF y las repercusiones legales. <p>Organiza: Col·legi de Metges de Girona. Participa: Salut, Interior y mediación</p>
	27 de mayo de 2014 Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> El trabajo para erradicar las mutilaciones genitales femeninas desde el ámbito sanitario, social y legal. Estado de la cuestión y propuestas de futuro. . <p>Organiza: Dirección General de Inmigración. Generalitat de Catalunya. Participación Fila O.</p>
	19 de noviembre de 2014 Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> Jornada " Els Drets Sexuals i els Drets Reproductius de les Dones. Una visió transnacionals de la MGF" <p>Organizada por la Dirección General de Inmigración. Generalitat de Catalunya.</p>



Participación en jornadas y cursos sobre la MGF (V) [2015]

LUGAR Y AÑO	FECHA	DESCRIPCIÓN
CATALUÑA 2015	17 de febrero de 2015 Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • “Jornada sobre la MGF. Intervenció des del municipi de Badalona” <p>Organizada por la <i>Federació de Municipis de Catalunya</i> conjuntamente con la Fundación Wassu-UAB y el Ayuntamiento de Badalona.</p>
	19 de febrero de 2015 Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • “Jornada sobre la MGF” <p>Organizada por el <i>Il·lustre Col·legi d’Advocats de Barcelona (ICAB)</i> conjuntament amb la Fundació Wassu-UAB.</p>
	30 de noviembre de 2015 Terrassa	<p>L’abordatge i prevenció de les mutilacions genitals femenines a Catalunya. El treball des dels i les professionals i des de les comunitats.</p> <p>Organizada por la <i>Direcció General d’Immigració. Generalitat de Catalunya.</i></p>
BALEARES 2015	05 de febrero de 2015 Palma de Mallorca	<ul style="list-style-type: none"> • Jornada sobre la MGF. <p>Organizada por el <i>Institut Balear de la Dona</i> Participa: GIPE/PTP de la UAB, Médicos del Mundo y profesionales de la mediación, de salud y del ámbito jurídico de Baleares.</p>
PAÍS VASCO 2015	11 de febrero de 2015 Vitoria	<ul style="list-style-type: none"> • Jornada de formación sobre la MGF y presentación del estudio de la MGF en Eukadi <p>Organizada por EMAKUNDE, Instituto Vasco de la Mujer . Participa: GIPE/PTP de la UAB</p>



Participación en jornadas y cursos sobre la MGF (VI) [2017]

LUGAR Y AÑO	FECHA	DESCRIPCIÓN
MADRID 2017	7 y 8 de febrero de 2017 Madrid	<ul style="list-style-type: none"> • Congreso Internacional “Aspectos socio-culturales y legales de la mutilación genital femenina: Experiencias transnacionales de prevención y protección”. <p>Mesa 7: Políticas de prevención y protección en España</p> <p>Ponencia: “La intervención catalana frente a la MGF. <i>Una mirada en el espejo</i>”</p> <p>Organizada por la Universidad Rey Juan Carlos, el Observatorio de Igualdad de Género y la Fundación Wassu-UAB</p> <p><i>En el marco de:</i> <i>Multisectorial Academic Program to Prevent and Combat Female Genital Mutilation/Cutting.</i> Financiado por la Unión Europea</p>

I.II. Programa “formativo” de MGF realizado por los Mossos d’Esquadra en atención primaria de salud



Institut Català de la Salut
Servei d’Atenció Primària
Vallès Occidental

Taller de prevenció i detecció de la Mutilació Genital Femenina

Objectius generals:

- Adquirir els coneixements necessaris per tal de prevenir i saber detectar situacions de risc davant la mutilació genital femenina.
-

Objectius específics:

- Saber identificar situacions de risc.
 - Saber prevenir a través de la detecció eficaç.
 - Conèixer els circuits de denúncia i seguiment de situacions on pugui haver-hi persones en risc de patir o haver patir una MGF.
-

Contingut :

- La Mutilació Genital Femenina. Ètnies practicants i indicadors de risc.
 - Analitzar el paper dels diferents agents implicats i dels professionals sanitaris en la seva detecció i prevenció.
 - Abordatge d’un cas pràctic.
 - Conèixer el protocol d’actuació de la Generalitat de Catalunya i actuació conjunta davant aquestes situacions.
-

Metodologia proposada :

A la primera part es farà una exposició teòrica, amb anàlisi de casos detectats. A la segona part es desenvoluparà, mitjançant tècniques de “role-player” i abordatge d’un cas real.

Destinataris:

Pediatres i altres professionals sanitaris del SAP Vallès Occidental

Hores lectives:

2 hores

Dates i horaris

1 edició: 14 de gener, de 13 a 15 hores

2 edició: 16 de gener, de 13 a 15 hores

3 edició: 24 de gener, de 13 a 15 hores

4 edició: 28 de gener, de 13 a 15 hores

Docent

Professionals formadors dels Mossos d'Esquadra

Lloc:

Aula de formació de CAP Sant Fèlix (planta sisena)

Crta Barcelona, 472 (Sabadell)

Certificat:

Es lliurarà certificat d'assistència a les persones que hagin assolit com a mínim el 80 % d'assistència a l'activitat.

I.III. Extracto del comunicado de la ONG Yolocamba Solidaridad sobre la ONG GAMCOTRAP y el proyecto “Generando alternativas contra la Mutilación Genital Femenina en Gambia”.

Miradas profesionales. Ámbito de la cooperación internacional al desarrollo

«[...] En definitiva, el dinero nunca llegó a las mujeres beneficiarias del proyecto y Gamcotrap había gastado el dinero destinado a generar ingresos a estas mujeres en situación de extrema pobreza. Tratamos de hablar reiteradamente con Gamcotrap explicándoles la gravedad del asunto y les advertimos acerca de la no ejecución de los fondos tal y cómo estaba previsto en el acuerdo firmado. Incluso, les plantamos que si no eran competentes para gestionar los microcréditos buscaríamos otra fórmula para garantizar que el dinero se gastara como debía ser gastado. Nunca nos tuvieron en cuenta.

Ante esta situación, y como responsables de la gestión transparente de los fondos públicos, pusimos el problema en conocimiento del gobierno de Gambia [...]. A partir de este momento, el Gobierno de Gambia inicia una investigación cuyo resultado ha supuesto los acontecimientos de las pasadas semanas. Suponemos que los resultados de esta investigación serán determinantes en el juicio a las responsables de Gamcotrap.

La embajada española en Gambia, la AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo de España), y la Comunidad de Madrid (entidad financiadora) están al corriente de todo este asunto. Yolocamba Solidaridad ha recibido el apoyo de estos organismos, así como de otros organismos internacionales, organizaciones y personas expertas. Todos éstos piensan que es inadmisibile que se utilicen los derechos de las mujeres para ocultar una situación cómo ésta.

Consideramos que Gamcotrap ha vulnerado todos los principios de la cooperación internacional y la solidaridad:

- 1) Gamcotrap ha vulnerado los derechos de 37 mujeres, beneficiarias de un proyecto de cooperación internacional, usurpándoles su derecho al empoderamiento, la emancipación y el desarrollo económico y social.*
- 2) Gamcotrap ha utilizado la lucha por los derechos de las mujeres para ocultar un uso indebido de fondos económicos provenientes de la solidaridad internacional y destinados a mujeres en situación de pobreza. Esto supone una falta de respeto a muchas instituciones,*

mujeres activistas y organizaciones que luchan diariamente por los derechos humanos.

3) Se han pagado fianzas de las dos personas arrestadas por un importe de 100.000 €, resulta realmente paradójico.

4) Parece ser que Gamcotrap no cree en los derechos de las mujeres, sólo en el caso de las dos personas que han sido arrestadas y que obviamente no tienen problemas económicos.

»Nos preguntamos, después de esto, cuáles son los valores y el compromiso ético de Gamcotrap para erradicar la pobreza. Lamentamos nuestra falta de acierto en la elección de esta contraparte y reafirmamos nuestro empeño en que esto se clarifique.»

Begoña Ballesteros Sánchez. Directora de YS. Noviembre de 2010 ()¹*

¹ (*) Nota: para cualquier ampliación de esta información, solicitud de documentos o aclaraciones al respecto, la ONG, en su comunicado ofrece la siguiente dirección electrónica: oficinatécnica@yolocamba-solidaridad.org

Anexo II: fichas Pla Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]

	Pla d'Intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015] (I/VII)
	Ley 5/2008 , del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista
Principios rectores	
<p>a) Compromiso con la efectividad del derecho a la no-discriminación de las mujeres.</p> <p>b) Consideración del carácter integral de las medidas, que han de tener en cuenta todos los daños que las mujeres, los menores y las menores padecen como consecuencia de la violencia machista, también los daños sociales y económicos, y los efectos de esta violencia en la comunidad.</p> <p>e) Debida consideración de las particularidades territoriales, culturales, religiosas, personales, socioeconómicas y sexuales de la diversidad de las mujeres en situación de violencia machista y de las necesidades específicas, sin que ninguna particularidad no justifica la vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres.</p> <p>g) Compromiso en la construcción de respuestas a la V.M. a partir de necesidades específicas i las experiencias de las mujeres en situaciones de violencia, a partir de metodologías y prácticas que desde la sociedad civil y académica y las organizaciones feministas en especial han ido definiendo a partir de la experiencia.</p> <p>j) Evitación de la victimización secundaria de las mujeres y del establecimiento de medidas que impidan la reproducción o la perpetuación de los estereotipos sobre las mujeres y la V.N.</p>	

Realización propia, a partir de:

Institut Català de la Dona (2014) *Pla D'intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]*. Generalitat de Catalunya.105 pág.

Pla d'Intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015] (II/VIII)
1. Línea estratégica 1: sensibilización y prevención.
Objetivo general.
<ul style="list-style-type: none">• Impulsar estrategias de prevención y sensibilización para todas las formas y los ámbitos de V.M.
Objetivos específicos.
1.1.2. Aumentar la sensibilización y la implicación de la ciudadanía, así como de los medios de comunicación y los agentes sociales y económicos.
Actuaciones.
1.5. Formación en el marco de la prevención de las mutilaciones genitales femeninas (pág. 20)
1.6. Sensibilización desde la perspectiva de salud, en relación a la prevención, detección y atención de la violencia machista destinadas a la ciudadanía desde los ámbitos asistenciales y de la gestión. (pág. 21)
1.15. Capacitación de profesionales para la prevención de la V.M. En los diferentes ámbitos en los que se pueda producir (pág. 30)
1.17. Fomento de las iniciativas de las diferentes entidades, administración local y agentes sociales en materia de la prevención de la V.M. (pág. 33)

Realización propia, a partir de:

Institut Català de la Dona (2014) *Pla D'intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]*. Generalitat de Catalunya.105 pág. (Ver anexo III. Fichas de las actuaciones desplegadas del PIVM)

Pla d'Intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015] (III/VIII)

2. Línea estratégica 2: detección, atención y recuperación

Objetivo general.

- Promover la detección precoz de la violencia machista y mejorar la identificación con la finalidad de hacer visibles tanto las situaciones consumadas como las de riesgo.

Objetivos específicos.

Detección.

2.1.1. Aumentar la capacidad de detección de la violencia machista de las y los profesionales atendiendo las diversas formas y ámbitos en que se producen o en que hay riesgo y atendiendo también las edades de las mujeres.

2.1.2. Aumentar la capacidad de detección de la violencia machista de las mismas mujeres, así como del resto de la ciudadanía, para conseguir la implicación en la lucha contra la V.M.

2.1.3. Dar información y herramientas a las mujeres en situación de V.M. O en riesgo de padecerla para hacer una prevención precoz, teniendo en cuenta las diferentes edades de estas mujeres.

Atención

2.2.2. Profundizar en las metodologías de atención y en la capacitación de los y las profesionales o futuros/as profesionales.

Recuperación

2.3.2. Profundizar en las metodologías de recuperación y la capacitación de los y las profesionales o futuros/as profesionales.

Realización propia, a partir de:

Institut Català de la Dona (2014) *Pla D'intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]*. Generalitat de Catalunya. 105 pág. (Ver anexo III. *Fichas de las actuaciones desplegadas* del PIVM)

Pla d'Intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015] (IV/VIII)

2. Línea estratégica 2: detección, atención y recuperación

Actuaciones en relación con la implicación de la ciudadanía y en relación con los servicios.

2.3. Fomento de la participación y el soporte de grupos y asociaciones de mujeres que trabajan en el ámbito de la V.M., especialmente en los ámbitos del cap.5 de la Ley 5/2008, etnia gitana, MGF,... (pág.38)

2.7. Defensa de los intereses y los derechos de las menores de edad víctimas de MGF (pág.44)

Actuaciones en relación con la capacitación y formación de profesionales.

2.17. Capacitación a profesionales para el abordaje de las situaciones de violencia machista en los diferentes ámbitos y formas en que se puedan manifestar (pág.56)

2.19. Desarrollo de un plan de formación y capacitación destinado a las y los profesionales para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud (pág. 59).

2.20. Formación a profesionales en el ámbito de la seguridad. (pág. 59).

Actuaciones en relación con las metodologías y los procedimientos.

2.21. Investigación sobre los procedimientos de intervención con mujeres, adolescentes e infancia atendiendo las diversas formas de violencia machista (pág.61)

2.27. Diseño, desarrollo y seguimiento del modelo policial de abordaje de la V.M. (pág.68)

2.29. Prevención de la revictimización de las víctimas de V.M. En los procesos judiciales (pág.70)

Realización propia, a partir de:

Institut Català de la Dona (2014) *Pla D'intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]*. Generalitat de Catalunya. 105 pág. (Ver anexo III. *Fichas de las actuaciones desplegadas* del PIVM)

Pla d'Intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015] (V/VIII)

3. Estructuras de coordinación y protocolos de actuación

Objetivos generales.

- Consolidar y mejorar las estructuras de coordinación y cooperación interinstitucional necesarias para el impulso, el seguimiento, el control y la evaluación de las actuaciones en el abordaje de la V.M.
- Actualizar, revisar y mejorar el modelo del protocolo marco y otros protocolos que se deriven como herramientas que guíen la intervención coordinada contra la V.M.

Objetivos específicos.

3.1.2. Garantizar la recogida de información y el seguimiento y la evaluación de las actuaciones de lucha contra la V.M. que permitan la anticipación y la detección de necesidades en su abordaje.

3.2.2. Creación, despliegue y consolidación de los protocolos y los circuitos de intervención sectoriales y territoriales necesarios para el abordaje integral de la V.M.

Actuaciones.

3.4. Implantación progresiva del Sistema de Información y registro en violencia machista (SIRVM) en los centros del Sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT) (pág. 78)

3.11. Evaluación de la política de la Generalitat de lucha contra la violencia machista (pág. 87)

3.12. Protocolo para la prevención de las mutilaciones genitales femeninas (MGF) (pág. 89)

3.17. Revisión de la aplicación y concreción del contenido del Protocolo marco en otros protocolos y circuitos sectoriales y territoriales y de los circuitos que se deriven para hacer frente a las necesidades y proponer mejoras, con la coordinación de los departamentos de la Generalitat más implicados en el abordaje de la VM (pág. 95)

Realización propia, a partir de:

Institut Català de la Dona (2014) *Pla D'intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]*.

Generalitat de Catalunya.105 pág. (Ver anexo III. Fichas de las actuaciones desplegadas del PIVM)

Pla d'Intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015] (VI/VIII)

1. Línea estratégica 1: sensibilización y prevención. Actuaciones destinadas a la ciudadanía

1.5. Formación en el marco de la prevención de las mutilaciones genitales femeninas (pág. 20)

Objetivo

Formar en el conocimiento de la práctica y en la prevención de todas aquellas situaciones que se agrupen con el nombre genérico de mutilación genital femenina (MGF). Formar y sensibilizar profesionales desde las comunidades originales de población de riesgo y con estas comunidades.

Descripción en tres ejes:

1. Soporte a profesionales en la gestión de casos de MGF. Jornadas de formación y asesoramiento a profesionales y también en el marco de las mesas locales.
2. Talleres de trabajo con las comunidades para sensibilizar sobre el tema (desde las asociaciones).
3. Soporte a proyectos que presenten las entidades con el objetivo de la promoción de la información, la formación y la sensibilización frente a la prevención de las MGF.

En relación a la *Ley 5/2008*: Artículos 5, 7, 65, 75, 78 y 84

Coordinación: Bienestar Social y Familia (Depart. General de Inmigración)

Agentes participantes:

Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, Dirección General de Asuntos Religiosos, Educación, Salud, Interior, Bienestar Social i Família.

Acciones previstas inicialmente:

- Sesiones de formación a profesionales. Jornadas formativas.
- Asesoramiento y soporte a profesionales en la gestión de casos.
- Subvenciones a entidades (eje 3).

Departamento responsable

Bienestar Social y Familia
(Depart. General de Inmigración)

Vinculado a los objetivos generales: 1.1.2 y 1.1.4

Relacionado con los ámbitos: Atención a las Mujeres, Social, Sanitario, Educativo

Mecanismos de transversalidad:

Formación e implicación sociedad civil

Realización propia, a partir de:

Institut Català de la Dona (2014) *Pla D'intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]*.

Generalitat de Catalunya.105 pág.

Pla d'Intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015] (VII/VIII)	
2. Línea estratégica 2: detección, atención y recuperación	
2.7. Defensa de los intereses y los derechos de las menores de edad víctimas de MGF (pág.44)	
Objetivo	
Defender los intereses y los derechos de las menores de edad que han sido víctimas de una MGF y darle soporte en el proceso de persecución del delito siempre que sea posible en nuestro territorio.	
Descripción:	
Art. 76 de la Ley 15/2010, del derecho y las oportunidades en la infancia y adolescencia, prevé que las niñas y adolescentes víctimas de ablación o MGF han de recibir el soporte necesario para evitar los daños físicos o psíquicos que se pueden derivar, o, si se valora, repararlos. Por otra parte, la Generalitat de Catalunya se puede personar en los procedimientos penales para perseguir extraterritorialmente la práctica, siempre que las personas responsables se encuentren en el estado, en la forma y en las condiciones que establece la legislación procesal. En síntesis, la actuación incluye la personación en procesos como acusación particular y la derivación a servicios médicos.	
En relación a la <i>Ley 5/2008</i> : Artículos 4, 7, 75 y 84.	
Coordinación: Salud, Bienestar Social y Familia (DGAIA)	Agentes participantes: PRE, Interior, Salud, BSF
Acciones previstas inicialmente:	Departamento responsable
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar las situaciones que se han atendido y derivarla a equipos competentes • Dar continuidad a los servicios de personación en procesos como la acusación particular. • Seguir asegurando la protección jurídica de las niñas y adolescentes en el caso que corresponda separarlas del núcleo familiar. • Impartir formación a profesionales relacionada con el objeto de la actuación. 	Bienestar Social y Familia (DGAIA) PRE, Bienestar Social y Familia (DGAIA) Bienestar Social y Familia (DGAIA) Bienestar Social y Familia (DGAIA)
Vinculado a los objetivos generales: 2.2.1, 2.2.2 y 2.3.1.	Mecanismos de transversalidad:
Relacionado con los ámbitos: social, seguridad, sanidad, justicia, cultura y medios c.	Formación, implicación de la sociedad civil y coordinación

Realización propia, a partir de: Institut Català de la Dona (2014) *Pla D'intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]*. Generalitat de Catalunya.105 pág.

Pla d'Intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015] (VIII/VIII)	
2. Línea estratégica 2: detección, atención y recuperación	
2.27. Diseño, desarrollo y seguimiento del modelo policial de abordaje de la violencia machista (pg. 68)	
Objetivo	
Disponer de un modelo policial para el abordaje integral y coordinado de la V.M. en el Departamento de Interior, que permita disponer de pautas de intervención estandarizadas en todo el territorio de Catalunya para prevenir la VM, detectarla, atenderla y hacer el seguimiento.	
Descripción:	
El modelo policial de abordaje integral se fundamenta en: la revisión y creación de nuevas instrucciones, procedimientos y pautas operativas para un abordaje más efectivo de la problematiza de la VM y el desarrollo del soporte informático SIAV (sistema integral de atención a las víctimas de VM), herramienta que permite un registro exhaustivo de dar la información relacionada con las situaciones de VM para facilitar una actuación policial más precisa.	
En relación a la <i>Ley 5/2008</i> : Artículos 7, 30, 31, 33, 53, 65, 78, 79, 84 y 85.	
Coordinación y agentes participantes: Interior	
Acciones previstas inicialmente:	Departamento responsable
<ul style="list-style-type: none"> • Diseño y revisión de los procedimientos y las instrucciones policiales. • Elaboración de procedimientos policiales complementarios (MGF, Matrimonios Forzosos, agresiones sexuales, tráfico, odio y discriminación). • Diseño, implantación y validación de la solución tecnológica de atención a las víctimas de VM y doméstica (SIAV). 	Interior
Vinculado a los objetivos generales: 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.2.1, 2.2.2 Y 2.2.3	Mecanismos de transversalidad:
Relacionado con los ámbitos: atención de las mujeres y seguridad	Investigación, formación y coordinación

Realización propia, a partir de: Institut Català de la Dona (2014) *Pla D'intervenció Integral contra la Violència Masclista [2012-2015]*. Generalitat de Catalunya.105 pág.

**Anexo III. Fichas de recogida de casos.
Mesas de prevención de la MGF**

DADES DE LES TAULES DE TREBALL DE LES COMARQUES GIRONINES L'ANY 2011

TAULA: _____

1. Total de nenes en risc (1)

núm.	Nacionalitat	núm.	Étnies

2. Total de famílies en risc (2)

núm.	Nacionalitat	núm.	Étnies

3. Actuacions de treball comunitàries:

3.1. Xerrades

Núm.	Municipi	Nº Assistents	Dirigides a:

3.2. Audiovisuals

Núm.	Municipi	Nº Assistents	Dirigides a:

3.3. Altres

Núm.	Municipi	Nº Assistents	Dirigides a:

4. Nombre total de famílies informades vinculades a nenes (3)

5. Nombre de famílies informades perquè hi havia previst un viatge vinculades nenes.

6. Total de casos treballats per taula (4)

7. Signatures de compromís vinculades a: Viatges Naixements Altres

8. Casos treballats per taula en relació a viatges

9. Nenes que viatgen i els pares no signen Motiu:

10. Nenes que viatgen amb document de compromís signat

Nenes que tornen íntegres
 Nenes que tornen mutilades
 Nenes que no tornen Motiu:
 Nenes que tornen i no sel's fa la revisió Motiu:

Ficha de recogida de datos de las Mesas de Prevención de la Mutilación Genital Femenina
 Secretaria d'Immigració de la Generalitat de Catalunya

Este modelo se utilizó:

- En la provincia de Girona en 2011 y 2012
- En el resto de Cataluña a partir del 2012

11. Nenes que viatgen i no havien signat el document de compromís

Nenes que tornen íntegres
 Nenes que tornen mutilades
 Nenes que no tornen Motiu:
 Nenes que tornen i no sel's fa la revisió Motiu:

12. Casos derivats a l'estament judicial o policial que corresponen a famílies

vinculades a nenes.

(1) Es considera una nena en risc, les nenes de famílies provinents de països practicants (amb DNI o permís de residència), d'ètnia pràcticant, que no estan mutilades i que ho podrien ser-ho en un futur. D'aquest grup s'han de treure aquells casos que malgrat ser filles de família de país practicant o ètnia practicant han abandonat la pràctica. En aquests casos la família haurà explicat de manera clara l'abandonament de la pràctica (la signatura del document de compromís per si sol no seria suficient ja que hauria d'anar acompanyat d'una validació del professional que hi és present i que fa l'abordatge.)
 (2) Considerar a les famílies sota els criteris del punt 1. Agrupar les famílies segons procedència (p.e 4 Senegal, 10 Gàmbia...)
 1) (2) El requadre Étnies ha de contenir informació complementària del requadre Nacionalitat, ha d'ampliar la informació, en cas que s'en disposi de les ètnies de les nenes/famílies.
 (3) Cal especificar la suma total de famílies i la suma total de filles per cada família.
 (4) Es considera un cas quan dins el bloc ampli de treball que realitza una taula s'identifica una nena concreta en situació de risc i es realitza algun tipus de gestió o abordatge amb aquella família, sigui a través del CAP, l'escola o qualsevol altre professional, independentment del resultat.

Fuente: Ficha facilitada por mail, el día 07 de junio de 2012, por una profesional que participa en una de las Mesas de MGF de la provincia de Girona. En *Diario de campo 3 [8 de mayo de 2012 a 14 de febrero de 2013]*, del día 04 de junio de 2012, pág.47-48 y en *Diario Digital II [junio de 2012 a 27 de junio de 2013]* pág. 34-35.

III.III. Parrilla «MGF - municipio X»

POBLACIÓ:	<input type="text"/>	PAÍS:	<input type="text"/>	ÈTNIA:	<input type="text"/>
FAMÍLIA:	<input type="text"/>				
Nom pare:	<input type="text"/>	Data naixement:	<input type="text"/>		
Nom mare:	<input type="text"/>	Data naixement:	<input type="text"/>	Mutilada:	<input type="text"/>
NIE pare:	<input type="text"/>	NIE mare:	<input type="text"/>		
Adreça:	<input type="text"/>			Població:	<input type="text"/>
Telefons:	<input type="text"/>				
Observacions:	<input type="text"/>				

NOMÉS OMPLIR

Filles:				
Nom:	<input type="text"/>	Data naixement:	<input type="text"/>	Mutilada:
Nom:	<input type="text"/>	Data naixement:	<input type="text"/>	Mutilada:
Nom:	<input type="text"/>	Data naixement:	<input type="text"/>	Mutilada:
La família ha	(des que són			Data viatge i
Si	<input type="text"/>			(Si es disposa)
No	<input type="text"/>			
Es desconeix	<input type="text"/>			
	Si	No		
Les nenes també	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Observacions:	<input type="text"/>			

CAS DE RISC?	SI	No
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estratègies a dur

En cas que si:

ABORDATGE

OBSERVACION

III.IV. 1ª Ficha cualitativa de recogida de casos (I/III)

Data d'actualització:

FITXA DE RECULL D'INFORMACIÓ MGF

Dades d'identificació

Nom i cognom de la menor:	Nom de la mare:
	Nom del pare:
Data i lloc de naixement:	
Escola/institut de la menor (nom del tutor/a i telèfon de contacte):	
Centre mèdic (nom del pediatre/a i treballador/a social i telèfons de contacte):	
Si és el cas, referent de Serveis Socials (nom del treballador/a social i telèfon de contacte):	

Dades familiars

Composició familiar, nombre i sexe:
El pare, té altres dones i/o fills/es en una altra unitat familiar?
Hi ha altres nenes menors al domicili?

En relació a la Mutilació Genital Femenina

La nena, ha estat mutilada?	Tipus de mutilació:
Si la nena no ha estat mutilada, data de la darrera exploració en la visita pediàtrica: - -	
Hi ha un viatge programat al país d'origen?	Data del viatge:
Han signat el document de compromís?	Hi ha data de visita pediàtrica de retorn?

Dades relatives al fet migratori

Cal la presència d'un/a mediador/a o traductor/a?	
País d'origen de la menor:	País d'origen de la mare:
	País d'origen del pare:
Ètnia de procedència de la mare:	Ètnia de procedència del pare:
Idiomes o dialectes que parlen:	
Data d'arribada de la menor:	Data d'arribada de la mare:
	Data d'arribada del pare:
Recorregut migratori de la menor:	Recorregut migratori de la mare:
	Recorregut migratori del pare:

Escolarització

La mare, sap llegir i escriure?	El pare, sap llegir i escriure?
La menor, està escolaritzada?	
Nom de l'escola i barri:	

Activitat laboral i associativa

Activitat laboral de la mare:	Activitat laboral del pare:
La mare, està vinculada a alguna entitat? Quina?	El pare, està vinculat a alguna entitat? Quina?

En relació al posicionament de la família davant la Mutilació Genital Femenina

Antecedents de MGF en la mare:	
Antecedents de MGF en les germanes de la menor: - - -	
Posicionament de la mare davant la MGF:	
Posicionament del pare davant la MGF:	
S'identifica pressió familiar o de la comunitat del país d'origen?	
La nena ha realitzat anteriorment algun viatge al país d'origen?	Quan?

III.V. 2ª Ficha cualitativa de recogida de casos

Municipio X

FITXA DE RECOLLIDA DE DADES ANY 2016 – Taula Local de Prevenció de la MGF

Data complementació fitxa	
Servei	

Dades d'identificació:

Núm. CIP de la nena	
Edat:	
Lloc de naixement de la nena	
Nacionalitat de la nena	
País d'origen dels pares	

Dades relatives a la intervenció i seguiment del cas:

Abans de viatjar:

- 🍏 Revisió amb signatura de compromís
- 🍏 Revisió vinculada a viatge, sense signatura de compromís
- 🍏 No hem tingut coneixement previ del viatge i no per tant no s'ha pogut fer cap actuació.

Després del viatge:

- 🍏 S'ha pogut fer la revisió post viatge
- 🍏 No s'ha pogut fer la revisió post viatge
- 🍏 La nena no ha retornat del viatge

Derivació a l'estament judicial / policial: SI NO
(Implica comunicació formal a Jutjat, Fiscalia i /o Policia)

III.VI. Carta para la dirección de las escuelas de educación infantil y primaria

Estimats companys,

La Mutilació Genital Femenina (MGF) és una pràctica força estesa a alguns països africans, que avui en dia, està considerada delictes segons el nostre Codi Penal i pot estar sancionada amb una pena de fins a 3 anys de presó.

A [redacted], així com en altres poblacions catalanes, s'ha creat una taula, amb la participació de diferents perfils professionals, per tal de prevenir o pal·liar, en la mesura del possible, l'esmentada pràctica.

En aquesta taula s'analitzen tots els possibles casos que pot haver al nostre poble, s'informa a les famílies de les repercussions que té aquesta pràctica en les seves filles i se'ls convida a signar un protocol de compromís de no mutilació.

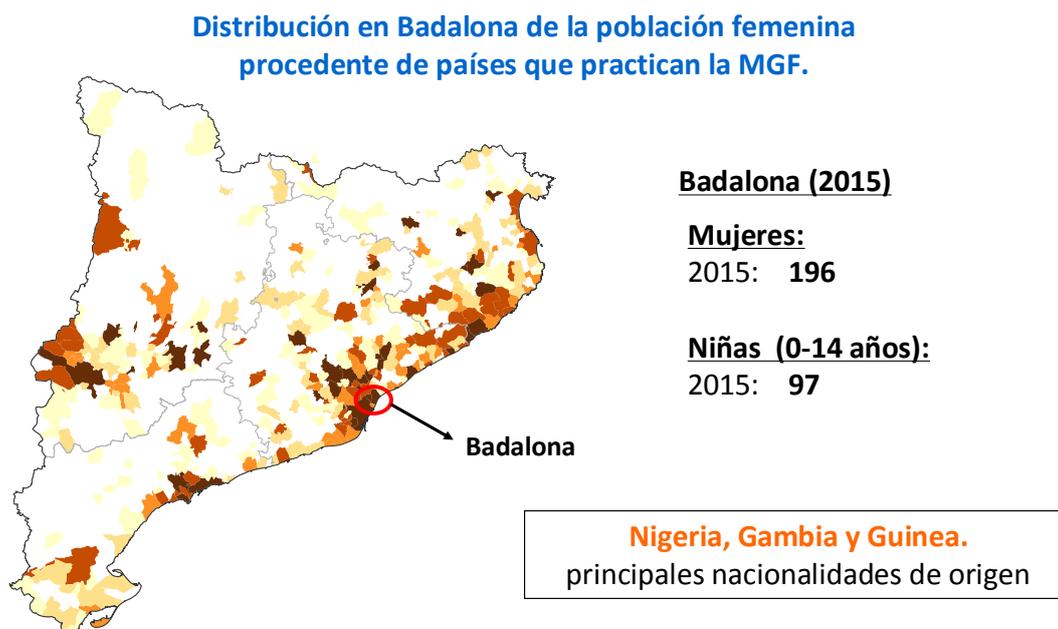
D'aquesta manera, els països on es realitza aquesta pràctica són: Senegal, Gàmbia, Guinea Bissau, República de Guinea, Sierra Leone, Libèria, Costa d'Ivori, Ghana, Burkina Faso, Togo, Benín, Nigèria, Mali, Mauritània, Níger, Txad, Camerun, República Centreafricana, Egipte, Sudan, Etiòpia, Kènia, Tanzània, Somàlia, Eritrea, Djibouti, Iemen i Oman.

Si teniu alguna alumna, la família de la qual sigui originària d'algun d'aquests països, que tingui previst marxar de vacances al seu país, cal que li ho digueu el més ràpidament possible a l'equip directiu o a algun membre del departament d'orientació, per tal d'activar el protocol de prevenció.

Anexo IV: Estudio demográfico Programa de Prevención y Atención de la MGF de Badalona

En **2015**, el Servicio de Salud municipal, siguiendo con la metodología de la Fundación Wassu-UAB, explota los datos del padrón municipal por nacionalidad, sexo y edad. Se afina a nivel de distrito, para poder cruzar estos datos, con la explotación que se realiza con la colaboración de los sistemas de información de cada proveedor de salud¹. En Badalona viven 794 personas con nacionalidad procedente de los 28 países que practican la MGF, 293 son mujeres y niñas. Las principales nacionalidades de origen en población femenina son Nigeria (43%), Gambia (11%), Guinea Conakry (11%) y Senegal (9%). El 63% de esta población reside en el distrito 4, especialmente en el barrio de la Salud. A continuación se adjuntan las tablas y gráficas de población realizadas por el servicio de salud, a partir del padrón municipal a 01.01.2015.

Tabla 2. Total población femenina procedente de los países que practican la MGF residentes en Badalona (2015)



Fuentes: Padrón provisional Ayuntamiento de Badalona, 01.01.2015.

Kaplan, A. y López, A. (2013) "Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012". Antropología Aplicada 2. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.

¹ Ver Fase V. Monitoreo y seguimiento (2016)

Tabla 3. Total población procedente de los países que practican la MGF residentes en Badalona (01.01.2015)

Países que practican la MGF	Total habitantes	Mujeres	Hombres
NIGERIA	272	116	156
GAMBIA	103	32	71
MALÍ	96	21	75
SENEGAL	76	26	50
GHANA	74	23	51
GUINEA	71	32	39
EGIPTO	33	15	18
CAMERÚN	24	14	10
COSTA DE MARFIL	15	4	11
MAURITANIA	14	4	10
TANZANIA	PD	PD	PD
GUINEA BISSÁU	PD	PD	PD
SIERRA LEONA	PD	PD	PD
BURKINA FASO	PD	PD	PD
KENIA	PD	PD	PD
BENÍN	PD	PD	PD
ETIOPÍA	PD	PD	PD
	796	293	503

Fuente: realización propia a partir del Padrón provisional. Ayuntamiento de Badalona, 01.01.2015

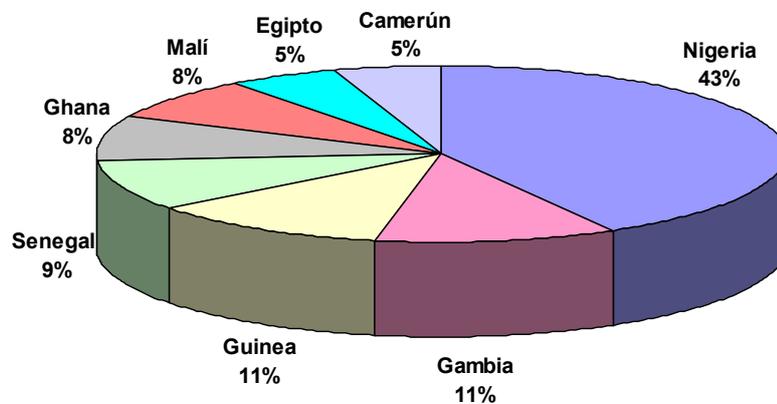
Tabla 4. Total población femenina procedente de los países que practican la MGF residentes en Badalona (01.01.2015)

Países que practican la MGF	Prevalencia	Mujeres ≥ de 15 años	Niñas 0-14 años
NIGERIA	27%	83	33
GAMBIA	76%	23	9
GUINEA	96%	19	13
SENEGAL	26%	15	11
MALÍ	89%	10	11
GHANA	4%	16	7
EGIPTO	91%	10	5
CAMERÚN	1%	8	6
COSTA DE MARFIL	38%	4	0
MAURITANIA	69%	PD	PD
TANZANIA	15%	PD	PD
GUINEA BISSÁU	50%	PD	PD
KENIA	27%	PD	PD
BENÍN	13%	PD	PD
TOTAL	...	196	97

Fuente: realización propia a partir de UNICEF 2013 y el Padrón provisional. Ayuntamiento de Badalona, 01.01.2015

Gráfica 1. Total población femenina procedente de los países que practican la MGF residentes en Badalona (01.01.2015)

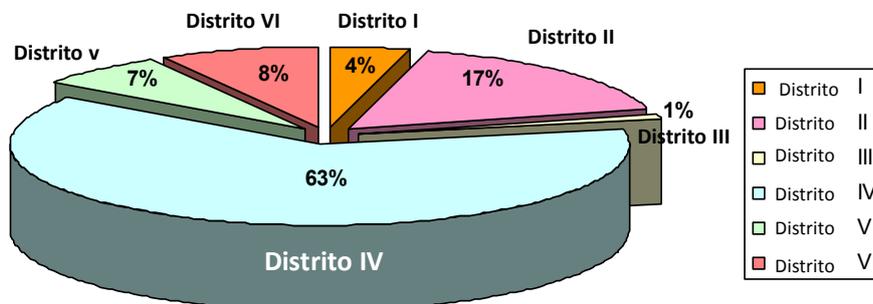
Población femenina residente en Badalona, procedente de países que practican la MGF (01.01.2015)



Fuente: realización propia a partir del Padrón provisional. Ayuntamiento de Badalona, 01.01.2015

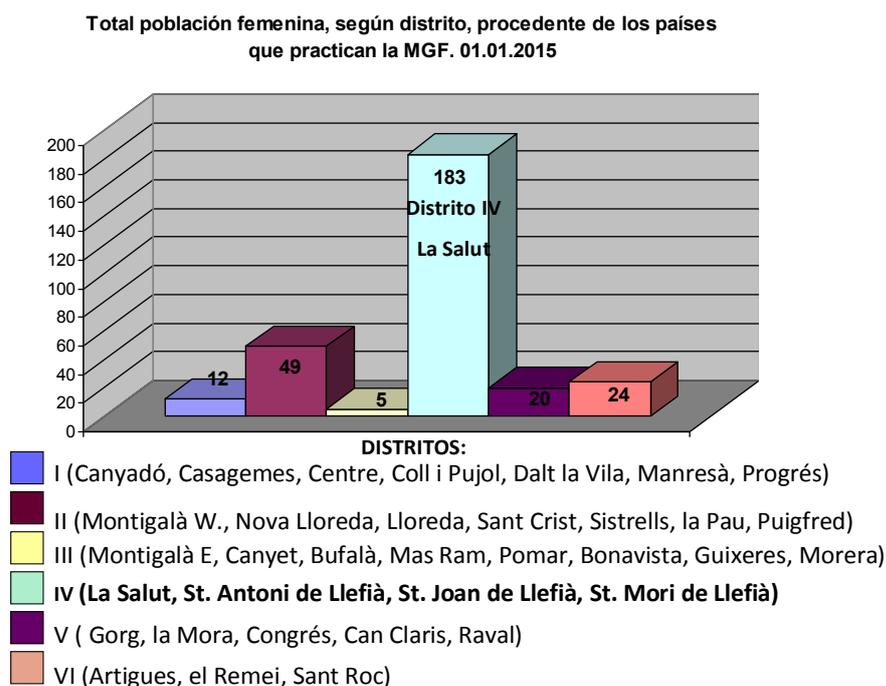
Gráfica 2. Prevalencia población femenina procedente de los países que practican la MGF residentes en Badalona por distrito (01.01.2015)

Distribución por distrito de la población femenina procedente de países que practican la MGF (01.01.2015)



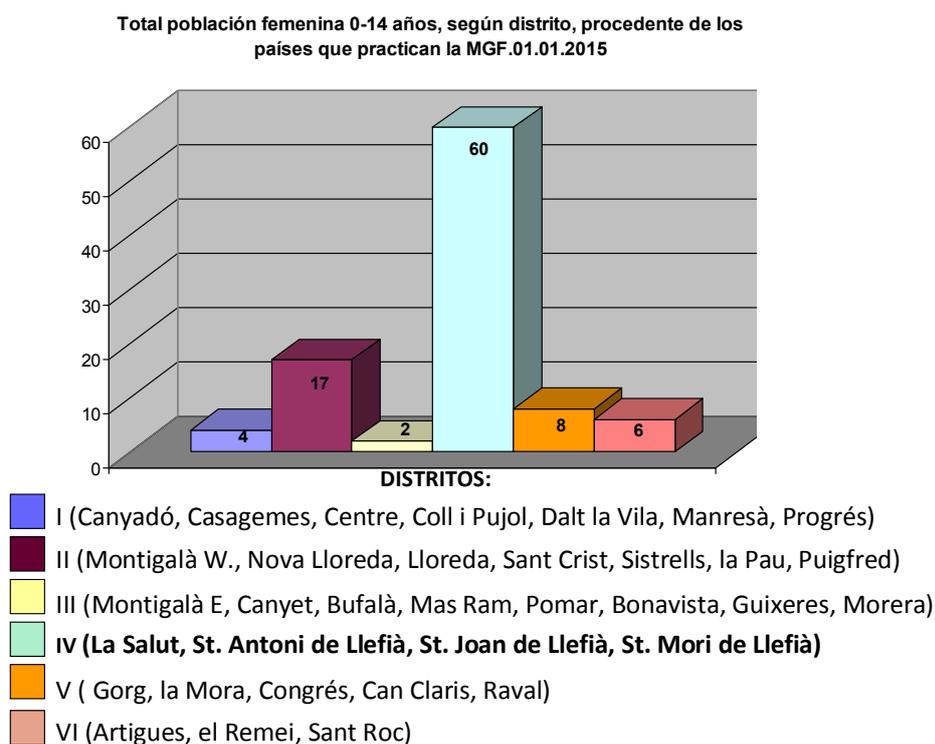
Fuente: realización propia a partir del Padrón provisional. Ayuntamiento de Badalona, 01.01.2015

Gráfica 3. Total población femenina procedente de los países que practican la MGF residentes en Badalona por distrito (01.01.2015)



Fuente: realización propia a partir del Padrón provisional. Ayuntamiento de Badalona, 01.01.2015

Gráfica 4. Total población femenina menor de 15 años procedente de los países que practican la MGF residentes en Badalona por distrito (01.01.2015)



Fuente: realización propia a partir del Padrón provisional. Ayuntamiento de Badalona, 01.01.2015

Anexo V. Modelo consentimiento informado de la entrevista



Departament d'Antropologia Social i Cultural
Universitat Autònoma de Barcelona

Estudis de doctorat 2011-2016

FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT

La recerca «**Una mirada calidoscòpica sobre la MGF a Catalunya**» és una investigació vinculada als estudis de doctorat del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona. A través d'aquesta es pretén conèixer l'abordatge i l'actuació que s'ha realitzat i es realitza amb les famílies davant la pràctica de la Mutilació Genital Femenina (MGF) a la província de Girona i a la província de Barcelona, amb l'objectiu de millorar la prevenció i la intervenció d'aquesta pràctica. En aquest sentit volem demanar-vos la vostra col·laboració en aquesta recerca i ens comprometem a fer un retorn dels resultats d'aquesta quan finalitzi.

L'estudiant, Aina Mangas de la Universitat Autònoma de Barcelona, juntament amb la directora de tesis la prof. Adriana Kaplan del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona, us demanem el vostre consentiment per poder utilitzar les dades d'aquesta entrevista de forma agregada i per a fins exclusivament de recerca.

Jo, (nom i cognoms)

He estat informat/da sobre els objectius i el contingut de la recerca «**Una mirada calidoscòpica sobre la MGF a Catalunya**».

Entenc que la meva participació és voluntària, que no he de donar explicacions per no participar.

He pogut fer les preguntes que he cregut convenientes i em considero prou informat/da sobre la recerca.

Entenc que a l'accedir a participar en aquesta recerca dono el meu consentiment per a la recollida i el tractament de les meves dades de caràcter personal. Així mateix em declaro informat/da de que no es cediran a terceres persones i que podré exercir els meus drets d'accés, rectificació, oposició a la participació i cancel·lació adreçant-me a Aina Mangas, ainamangas@gmail.com, com preveu l'article 5 de la Llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal (Llei Orgànica 15/99 de 13 de desembre).

Dono lliurement la meva conformitat per participar en aquest estudi.

Signatura del/ de la participant: _____

Barcelona, _____ de 2016.

«Una mirada caleidoscópica sobre la mutilación genital femenina (MGF) en Cataluña» es una etnografía que no solo analiza minuciosamente las políticas y las acciones que ha planteado el Gobierno catalán para erradicar la MGF sino que evalúa su aplicación e impacto tanto en la población afectada como en los y las profesionales que intervienen. Después de más de diez años de la puesta en marcha del primer protocolo catalán como herramienta base para erradicar la MGF, nunca antes se había evaluado el impacto generado. Lejos de lo que se publica en los medios de comunicación, esta investigación visibiliza la intervención que se realiza con las familias africanas. El resultado es una tesis crítica con el modelo que se impone y se ejecuta. Como alternativa se presenta el Modelo Wassu, diseñado por la antropóloga Adriana Kaplan a partir de la investigación-acción, pilotado y desplegado por la doctoranda en el municipio de Badalona a través del Programa de Prevención y Atención de la MGF desde el servicio de salud pública. Se trata de un modelo construido en la periferia, de aquí el título metafórico «Al otro lado del muro». Además, se propone un estudio sobre la situación de la MGF desde los sistemas de información en salud pública y que, unido al conocimiento de la antropología, evitaría el control nominal que se realiza a la población y mejoraría las políticas públicas en relación a este tema.

