

Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina:

Buenas Prácticas

Confederación Nacional Mujeres en Igualdad

2ª edición





Autora: María Paz García Bueno.

Portada: ¡Es una niña!, Laura Oliver Velasco.

Ilustraciones interiores: Ganadores Concurso Ilustración “*Campaña de Erradicación de la Mutilación Genital Femenina*” (consultar pp. 131-136).

Edita: Confederación Nacional Mujeres en Igualdad.

Maquetación: María Paz García Bueno.

2ª edición. Noviembre 2016.

Depósito legal: M-36131-2016

ISBN: 978-84-617-5463-2

Ejemplar gratuito. Prohibida su venta.

Subvencionado por:



SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE MIGRACIONES

Cofinanciado por:



UNIÓN EUROPEA

**FONDO DE ASILO,
MIGRACIÓN E
INTEGRACIÓN**

Por una Europa plural

*Ilustración página siguiente “¡Es una niña!”, Laura Oliver Velasco.
1º Premio Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.*



Definición	1
Diferentes nombres para la MGF	2
Antecedentes históricos	3 - 21
Origen	22 - 23
Por qué se practicaba anteriormente	24
Tipologías de MGF	26 - 27
Razones por las que se mantiene esta práctica	28 - 29
Sociológicas o culturales	28
Psicosexuales	28
Religiosas	29
Higiénicas y estéticas	29
Reproductivas y ginecológicas	29
Económicas	29
Rango de edad en la que se practica	30
Quién las realiza	31
Qué instrumentos o herramientas se utilizan para la mutilación	31
Dónde se realiza	32
Es un rito individual o colectivo	32
Quiénes participan en la mutilación	33
Cómo se cura	33
¿Se habla de ello?	33
Ritual	34
Consecuencias en la mujer mutilada	36 - 37
Físicas a corto plazo	36
Físicas a largo plazo	36
Ginecológicas	36
Sexuales	37
Obstétricas o Reproductivas	37
Complicaciones postparto	37
Psicológicas	37
Consecuencias en el bebé de madre mutilada	38
Qué ocurre si las niñas y/o mujeres no se someten a MG	39
Clasificación médica internacional de la MGF	40
Protocolo de actuación sanitaria	41 - 42
¿Es operable? Historia de la cirugía de reconstrucción	43
MGF como violencia de género	44 - 46
Resolución 32/21 del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, "Eliminación de la mutilación genital femenina".....	48 - 49
Cómo erradicar esta práctica	50 - 51
Resoluciones transcendentales de Naciones Unidas en materia de MGF ...	52 - 59
Objetivos de Desarrollo	60 - 62

Sensibilización: Día Internacional	63
Sensibilización: Hashtag	63
Sensibilización: Libros	63
Sensibilización: Películas	63
Sensibilización: Documentales	64
Sensibilización: ONG´s y campañas	64 - 66
Declaración Institucional del Secretario General de Naciones Unidas, Ban Ki-moon, 6 de Febrero de 2016	67 - 68
Países MGF	69 - 80
Países donde se realiza	70
Estadísticas	72
Legislación que prohíbe y/o penaliza la MGF	73 - 76
MGF como solicitante de Asilo	77
Médicos cirujanos especialistas en reconstrucción de MGF	78
Hospitales donde se realiza la cirugía de reconstrucción	80
Europa	81 - 100
Estadísticas	82
Legislación europea que prohíbe la MGF	84 - 88
Legislación nacional que prohíbe y/o penaliza la MGF	89 - 90
MGF como solicitante de Asilo	91
Hospitales donde se realiza la cirugía de reconstrucción	92
Declaración Conjunta de la Comisión Europea	94 - 95
Formación a nivel europeo	96
Sensibilización	96
Sensibilización: Red Europea END FGM	97 - 100
España	101 - 129
Estadísticas	102
Si soy padre o madre, y me estoy planteando realizar la MGF a mis hijas,... debo saber	103 - 104
Si soy profesional del ámbito sanitario ante riesgo o caso de MGF,... debo saber	105 - 108
Modelo tipo de compromiso preventivo	109
Modelo Parte de lesiones sobre MGF	110
Hoja de notificación de riesgo o detección de MGF	111
MGF como solicitante de Asilo	112 - 116
Protocolos de actuación sanitaria	117 - 118
Cirugía reconstructiva en España: historia, técnicas y consejos	119
Médicos cirujanos especialistas en reconstrucción de MGF.....	120
Hospitales donde se realiza la cirugía de reconstrucción	121
Declaraciones Institucionales del Gobierno de España	122 - 125
Planes de actuación del Gobierno y los entes públicos	126 - 130
Ganadores del Concurso de Ilustración “ <i>Campaña de Erradicación de la Mutilación Genital Femenina</i> ”	131 - 136
Bibliografía	137 - 141

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la mutilación genital femenina (MGF) como *“todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos, por motivos no médicos”*.

Cabe recalcar que es la amputación de un órgano sano y funcional.

La Mutilación Genital Femenina es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer. Viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte, OMS (2014)⁽¹⁾.

“Aunque algunos argumenten que esta práctica es una “tradición”, debemos recordar que la esclavitud, los llamados crímenes de honor y otras prácticas inhumanas se han defendido con el mismo argumento débil. El hecho de que una práctica perjudicial haya existido durante mucho tiempo no justifica que se continúe. Todas las tradiciones que degradan, deshumanizan y lesionan son violaciones de los derechos humanos que debemos combatir activamente hasta que desaparezcan”,
Ban Ki-moon, Secretario General Naciones Unidas, 6 de febrero de 2014.

El término fue adoptado en la tercera conferencia del Comité Interafricano sobre las Prácticas Tradicionales que afectan la Salud de Mujeres y Niños (IAC) en Addis Abeba (Etiopía), y en 1991 la OMS recomienda a Naciones Unidas el uso de esta terminología⁽²⁾.

La *Guía de Directrices para el manejo de las complicaciones de la salud causadas por la mutilación genital (WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation)*⁽³⁾, publicada por la OMS en mayo de 2016, diferencia la MGF (FGM, en inglés) de la Cirugía Estética Genital Femenina (FGCS, en inglés), ya que, en la primera no hay consentimiento informado, existe coerción directa o indirecta, y no existe beneficio médico potencial, mientras que en la FGCS lo solicita de manera autónoma, se le explican anteriormente las consecuencias y las variaciones fisiológicas que sufrirá, la paciente da consentimiento informado, y existe fase preoperatoria.

Diferentes nombres para la MGF

Se le conoce con diferentes terminologías, según las culturas, países o etnias, e incluso recibe nombres populares.

Comúnmente se le conoce como ablación, circuncisión femenina, cortes genitales, cirugía genital femenina, sunna, práctica tradicional, etc.

En distintas lenguas africanas⁽⁴⁾ se le conoce como: *musolu la nyaaka* o *salindé* en Mandinga (grupo étnico de África Occidental), *sukareh rebweh*, *yaharu londindeh*, *girzet*, *mknshab*, *gudhinka fircooniga*, *selot*, *kitanaa*.

Algunos países tienen términos específicos:

- ✓ Somalia: *Gudnin*
- ✓ Sudán: *Cureta*⁽²⁾, o *tahur* (sinónimo de purificación)
- ✓ Mali: *bolokoli* (sinónimo de purificación), y para el grupo étnico bambarras *sili-ji* (sinónimo de limpieza) ⁽²⁾
- ✓ Egipto: *tahara* (sinónimo de purificación) ⁽²⁾
- ✓ Indonesia: *Khafd* o *Khifäd*, *Khitän*, *Khitan perempuan* o *sunat perempuan*⁽⁵⁾
- ✓ Indonesia y Malasia⁽⁵⁾: en musulmán islámico, *Sunna*, *Sunnah*, *Ñyakaa*, *Gudnin*, *Gadbahaada*, *Siliji*, *Kahtna* o *Khitan*, *Khafd* o *Khifad*

El Urólogo Jean Fourcroy escribe que las mujeres de los países MGF llaman *Uno de los tres dolores femeninos* a la infibulación (tipo III de la MGF) (*consultar pág. 26*). El primer dolor es el mismo procedimiento de mutilación, el segundo la noche de bodas cuando debe ser reabierto la cicatriz para poder permitir la penetración, siendo el tercer dolor el momento del parto cuando se la debe reabrir nuevamente para poder dar a luz al bebé⁽²⁾.

Declaración Universal de los Derechos Humanos, (1948).

Art. 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros

Art. 2. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Art. 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Art. 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Art. 8. Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Art. 25. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

Art. 29. Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Art. 30. Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

Convenio Europeo de para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, (1950).

Art. 3. Prohibición de la tortura. Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

Declaración de los Derechos del Niño, (1959).

Principio 1. El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Principio 2. El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Principio 3. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Principio 4. El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de la alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Principio 5. El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Principio 6. El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales no deberá separarse al niño de corta edad de su madre.

Principio 7. El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

Principio 8. El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Principio 9. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Principio 10. El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, (1979).

Art. 1. A los efectos de la presente Convención, la expresión "*discriminación contra la mujer*" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Art. 2. Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a:

- a) Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio;
- b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;
- c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales o competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación;
- d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar porque las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación;
- e) Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas;
- f) Adaptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer;
- g) Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer.

Art. 3. Los Estados Partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.

Art. 5. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

- a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

Convención sobre los Derechos del Niño, (1989).

Art. 3.1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

Art. 3.2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

Art. 16.1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

Art. 16.2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Art. 19.1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Art. 19.2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Art. 24.1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Art. 24.3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

Art. 24.4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Resolución 48/104 de la Asamblea General de Naciones Unidas, (1993), del 20 de diciembre, define la violencia de género como "*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga y pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico para la mujer, así como amenazas de tales actos, como la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada*". Abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

- a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionadas con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación,
- b) La violencia física, sexual o psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada,
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

Resolución WHA47.10 "Salud de la madre y el niño y planificación de la familia: prácticas tradicionales nocivas para la salud de las mujeres y los niños", (1994), aprobada por la Asamblea de la Salud de la OMS, incluyó la mutilación genital femenina como una práctica tradicional nociva para la salud de las mujeres y las niñas.

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo, (1994).

4.22. Se insta a los gobiernos a que prohíban la mutilación genital femenina dondequiera que se practique y a que apoyen decididamente los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales y comunitarias y las instituciones religiosas por eliminar esas prácticas.

5.5. Los gobiernos deberían adoptar medidas eficaces para eliminar todas las formas de coacción y discriminación en las políticas y prácticas. Se deberían adoptar y aplicar medidas para eliminar los matrimonios entre menores y la mutilación genital femeninas.

7.6. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención a la salud reproductiva.

7.35. En varios países, las prácticas tradicionales encaminadas a controlar la sexualidad de la mujer han sido causa de grandes sufrimientos. Entre ellos se encuentra la práctica de la mutilación de los genitales femeninos, que constituye una violación de derechos fundamentales y un riesgo que afecta a las mujeres en su salud reproductiva durante toda la vida.

7.40. Los gobiernos y las comunidades deberían adoptar con carácter urgente medidas para poner fin a la práctica de la mutilación genital de la mujer y proteger a las mujeres y niñas contra todas las prácticas peligrosas de esa índole. Las medidas encaminadas a eliminar esa práctica deberían incluir programas eficaces de divulgación en la comunidad, en los que participen los dirigentes religiosos y locales, y que incluyan educación y orientación acerca de sus efectos sobre la salud de las niñas y mujeres, así como tratamiento y la rehabilitación apropiados para las que hayan sufrido una mutilación. Los servicios deberían incluir la orientación de las mujeres y los hombres con miras a desalentar dicha práctica.

12.13. Se necesita con urgencia investigaciones sobre la sexualidad y los papeles de cada sexo y las relaciones entre ellos en diferentes contextos culturales, insistiendo en la mutilación genital como uno de los aspectos.

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing-Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, (1995).

39. La niña de hoy es la mujer de mañana. Los conocimientos, las ideas y la energía de las niñas son cruciales para el pleno logro de los objetivos de la igualdad, el desarrollo y la paz. Para que una niña desarrolle plenamente sus potencialidades es preciso que crezca en un medio propicio donde se satisfagan sus necesidades espirituales, intelectuales y materiales de supervivencia, protección y desarrollo y salvaguarden sus derechos en condiciones de igualdad. Para que la mujer participe en las actividades en condiciones de igualdad con el hombre, en todos los aspectos de la vida y el desarrollo, es hora de que se reconozcan la dignidad humana y el valor de la niña y de que se le garantice el pleno disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales, incluidos los derechos garantizados por al Convención sobre los Derechos del Niño. Sin embargo es evidente en todo el mundo que la discriminación y la violencia contralas niñas empiezan en las primeras fases de la vida y continúan y persistentes durante toda su vida. Son con frecuencia objeto de prácticas nocivas como la mutilación genital, entre otras.

93. En el acceso a los servicios de nutrición y de atención a la salud, la discriminación contra las niñas pone en peligro su salud y bienestar presentes y futuros. El sometimiento a prácticas perjudiciales, como la mutilación genital, acarrea grandes riesgos para su salud. El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes, no suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado.

107. Medidas que han de adoptar los gobiernos, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, los medios e información, el sector privado y las organizaciones internacionales pertinentes, entre ellas los órganos adecuados de las Naciones Unidas:

- a) Dar prioridades a los programas de educación formal y no formal que apoyan a la mujer y le permiten desarrollar su autoestima, adquirir conocimientos, tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre su propia salud, lograr el respeto en asuntos relativos

a la sexuales y fecundidad se informar a los hombres sobre la importancia de la salud y el bienestar de las mujeres, presentando especial atención e hincapié en la eliminación de las actividades y prácticas nocivas, entre ellas, la mutilación genital.

113. La expresión "*violencia contra la mujer*" se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual, psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada. Por consiguiente, la violencia contra la mujer puede tener, entre otras, la forma de : a) mutilación genital

124. Medidas que han de adoptar los gobiernos:

i) Aprobar y aplicar leyes contra los responsables de prácticas y actos de violencia contra la mujer, como la mutilación genital femenina, y respaldar con determinación los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales y locales para eliminar estas prácticas.

232. Medidas que han de adoptar los gobiernos:

h) Prohibir la mutilación genital femenina dondequiera que ocurra y apoyar vigorosamente las actividades de las organizaciones no gubernamentales y comunitarias y las instituciones religiosas encaminadas a eliminar tales prácticas.

259. En la Convención sobre los Derechos del Niño se reconoce "*que los Estados partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales*". No obstante, los indicadores de que se dispone demuestran que en muchos países se discrimina contra la niña desde las primeras fases de la vida, durante toda su niñez y hasta la edad adulta. En algunas partes del mundo, el número de hombres excede del de mujeres en un 5%. Los motivos de esta disparidad son, entre otros, las actitudes y prácticas perjudiciales, como la mutilación genital de las mujeres, entre otros.

277. Medidas que han de adoptar los gobiernos, las organizaciones internacionales y según proceda, las organizaciones no gubernamentales

d) Desarrollar políticas y programas en los que se dé prioridad a los programas oficiales y no oficiales que ayuden a la niña y le permitan adquirir conocimientos, desarrollar el sentido de su propia dignidad y asumir la responsabilidad de su propia vida, y prestar especial atención a los programas destinados a educar a mujeres y hombres, especialmente los padres, sobre la importancia de la salud mental del bienestar de la niña, incluida la mutilación genital.

Declaración Conjunta OMS/UNFPA/UNICEF sobre la mutilación genital femenina, “Eliminating Female genital mutilation An interagency statement”, (1997). La OMS lo publicó en 2008, del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, firmado por OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, OMS.

“Visto desde una perspectiva de derechos humanos, la práctica refleja el profundo arraigo de la desigualdad entre los sexos, y constituye una forma extrema de discriminación contra la mujer. La mutilación genital femenina se realiza casi siempre en menores de edad y por lo tanto es una violación de los derechos del niño. La práctica también viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física de la persona, el derecho a no ser objeto de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida cuando el procedimiento tiene resultado de muerte”.

Hace una valoración de los avances producidos en los 10 años (1997-2007), pero cree que ha sido lento y que se necesita un mayor compromiso: *“Sin embargo, a pesar de algunos éxitos, la tasa global de disminución de la prevalencia de la mutilación genital femenina ha sido lento. Por lo tanto, es un imperativo global fortalecer el trabajo de la eliminación de esta práctica, que es esencial para la consecución de muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esta Declaración es un llamado a todos los Estados, las organizaciones internacionales y nacionales, la sociedad civil y comunidades a proteger los derechos de las niñas y las mujeres. También la implicación de los cuerpos y las comunidades para desarrollar, fortalecer y apoyar las acciones específicas y concretas dirigidas hacia el fin de la mutilación genital femenina. En nombre de nuestros respectivos organismos, reafirmamos nuestro compromiso con la eliminación de la mutilación genital femenina dentro de una generación”*

Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (Carta Africana), (1999).

Art. 21. Protección contra las prácticas culturales y sociales nocivas.

1. Los Estados Partes en el presente Carta tomarán todas las medidas apropiadas para eliminar las prácticas sociales y culturales perjudiciales que afectan el bienestar, la dignidad, el crecimiento y el desarrollo normal del niño y en particular:

- (a) aquellas costumbres y prácticas perjudiciales para la salud o la vida del niño ; y
- (b) esas costumbres y prácticas discriminatorias para el niño por motivos de sexo o cualquier otra condición.

*Ilustración página siguiente “Inocencia Perdida”, Grupo Mirada Social.
2º Premio Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.*



«Donde muere la inocencia...

...nace la esclavitud»



Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4, (2000).

Art. 21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genéricos.

Art 35. Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

Acuerdos de Cotonou, (2000). Acuerdo de intercambio comercial y de asistencia firmado en el 2000 entre la Unión Europea (UE) y los 78 estados de África, del Caribe y del Pacífico (ACP) en Cotonou, Benín.

Inclúan un compromiso específico para erradicar la práctica en estos países.

Protocolo de Maputo, a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, (2003).

Art. 5. Eliminación de prácticas nocivas. Los Estados Partes prohibirán y condenarán todas las formas de prácticas nocivas que afecten negativamente a los derechos humanos de la mujer y que sean contrarias a las normas internacionales reconocidas. Los Estados Partes tomarán todas las medidas legislativas

y de otra índole que sean necesarias para eliminar tales prácticas, incluyendo:

- ✓ la creación de conciencia pública en todos los sectores de la sociedad en relación con las prácticas nocivas mediante la información, la educación formal e informal y programas de divulgación;
- ✓ la prohibición, mediante medidas legislativas respaldadas por sanciones, de todas las formas de mutilación genital femenina, escarificación, medicalización y paramedicalización de la mutilación genital femenina y toda otra práctica con el fin de erradicarlas;
- ✓ la prestación del apoyo necesario a las víctimas de prácticas nocivas a través de servicios básicos como servicios de salud, apoyo jurídico y judicial, asesoramiento emocional y psicológico así como formación profesional para que sean autosuficientes;
- ✓ la protección de las mujeres que corran el riesgo de ser sometidas a prácticas nocivas o toda otra forma de violencia, abusos e intolerancia.

Resolución del Parlamento Europeo sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220(INI)), (2006), aprobada el 2 de febrero, debido a la casuística de incremento de casos de MGF en Europa:

9. Pide a los Estados miembros que adopten medidas adecuadas para poner fin a la mutilación genital femenina; subraya que la prevención y la prohibición de la mutilación genital femenina y el procesamiento de sus autores debe ser una de las prioridades de todas las políticas y los programas pertinentes de la Unión Europea; señala que los inmigrantes residentes en la Comunidad deberían saber que la mutilación genital femenina es una grave agresión contra la salud de las mujeres y una violación de los derechos humanos; pide, en este contexto, a la Comisión, que elabore un enfoque estratégico global a nivel europeo con vistas a poner fin a la práctica de la mutilación genital femenina en la Unión Europea;

10. Insta a los Estados miembros a tipificar la mutilación genital femenina como acto ilegal de violencia contra las mujeres que constituye una violación de sus derechos fundamentales y una grave agresión contra su integridad física, y a que, con independencia de dónde o en qué país se lleve a cabo dicho acto, contra ciudadanas de la UE o mujeres residentes en su territorio, sea siempre considerado ilegal;

11. Pide a los Estados miembros que apliquen disposiciones legislativas específicas en materia de mutilación genital femenina o que adopten leyes en la materia y procesen a todas las personas que practiquen la mutilación genital;

12. Pide que los médicos que practiquen la mutilación genital femenina de mujeres jóvenes y de niñas no sólo sean procesados sino que, además, sean privados de la licencia para ejercer la profesión;

13. Pide a los Estados miembros que garanticen que los padres sean considerados jurídicamente responsables en los casos en que la mutilación genital femenina se practique a menores;

14. Pide a los Estados miembros que garanticen que la mutilación genital femenina se considere un argumento razonable para una solicitud de asilo, a fin de proteger a la solicitante de asilo ante un trato inhumano.

Resolución WHA61.16 sobre la eliminación de la MGF (2008), adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS el 24 de mayo, en la que insta a los estados miembros a: acelerar actividades encaminadas a eliminar la MGF; a aplicar y hacer cumplir la legislación para proteger a las niñas y mujeres de la violencia; a que respalde y refuerce las actividades comunitarias encaminadas a eliminar la MGF; a que colaboren en todos los sectores gubernamentales, organismos internacionales y ONG´s en apoyo al abandono de la MGF en vías a conseguir los ODM; a que formulen y promuevan directrices para la atención de las mujeres sometidas a las MGF especialmente durante el parto; a que se establezcan servicios de apoyo y atención social y psicosocial o refuerce los que ya existen y adopten medidas para asegurar la salud de las mujeres objeto de esta violencia; así como solicita a la Directora General que: aumente el apoyo prestado a los Estados miembros para desplegar las actividades; que colabore con los asociados para promover actividades encaminadas a proteger los derechos humanos de las niñas y mujeres, a aumentar el apoyo a la investigación sobre diferentes aspectos de la MGF a fin de lograr su erradicación; preste apoyo a los estados miembros en el reforzamiento de sus sistemas de información sanitaria para la vigilancia de los progresos realizados hacia la eliminación de la práctica; que informe cada tres años a la Asamblea de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo sobre las medidas adoptadas por la Secretaría de la OMS, los estados Miembros y otros asociados.

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)).

1. Condena enérgicamente la MGF por ser una violación de los derechos humanos fundamentales, así como una salvaje violación de la integridad y personalidad de las mujeres y las niñas, y, por lo tanto, considera que es un delito grave a ojos de la sociedad;
2. Insta a la Comisión y a los Estados miembros a que desarrollen una estrategia integral y planes de acción destinados a prohibir la MGF en la UE y a que, para ello, proporcionen los medios necesarios en forma de disposiciones jurídicas y administrativas, sistemas de prevención y medidas educativas y sociales -en particular, una amplia difusión de información sobre los mecanismos de protección existentes y a disposición de los grupos vulnerables-, para que se pueda proteger adecuadamente a las víctimas reales y potenciales;
3. Insiste en la necesidad de examinar caso por caso las solicitudes de asilo presentadas por padres que declaren sufrir amenazas en sus países de origen por haberse negado a consentir que sus hijas sufran mutilaciones genitales y en la de velar por que dichas solicitudes se apoyen en un conjunto detallado de pruebas en el que se tenga en cuenta la calidad de la solicitud, la personalidad y credibilidad de los solicitantes de asilo, y la autenticidad de los motivos alegados para cada solicitud;
4. Insiste en que, como medida preventiva, se debe someter a las mujeres y niñas a quienes se conceda asilo en la UE debido a la amenaza de sufrir MGF a exámenes médicos regulares efectuados por las autoridades sanitarias o por médicos, con el fin de protegerlas frente al riesgo de que se les practique una MGF en la UE después de concedido el asilo; considera que esta medida

no significaría discriminación alguna en contra de estas mujeres y niñas, sino una manera de erradicar la MGF de la UE;

5. Pide que esta estrategia integral esté acompañada de programas educativos, así como de la organización de campañas nacionales e internacional de concienciación;

6. Apoya la iniciativa de Europol de coordinar una reunión entre las fuerzas policiales europeas para impulsar la lucha contra la MGF, abordar las cuestiones relacionadas con el bajo porcentaje de denuncias y la dificultad para obtener pruebas y testigos y adoptar medidas eficaces para procesar a los autores de los delitos; pide a los Estados miembros, con este fin, que examinen posibles medidas adicionales para la protección de las víctimas en cuanto éstas se manifiesten;

7. Observa que las medidas mencionadas en el citado Protocolo de Maputo para superar prácticas nocivas como la MGF comprenden: la sensibilización de la opinión pública mediante información, educación formal e informal y campañas; la prohibición de toda forma de MGF, incluidas las operaciones practicadas por personal médico, mediante leyes y sanciones; el apoyo a las víctimas mediante prestaciones sanitarias, asistencia jurídica, ayuda psicológica; y la formación y protección de las mujeres que pudieran ser víctimas de prácticas perjudiciales u otras formas de violencia, abuso e intolerancia;

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;

9. Invita a crear un "*protocolo sanitario europeo*" de control y un banco de datos sobre la MGF, dado que puede ser útil para fines estadísticos y para campañas informativas dirigidas a las comunidades inmigrantes afectadas;

10. Pide a los Estados miembros que reúnan datos científicos que puedan servir de apoyo a la OMS para los esfuerzos destinados a liberar a Europa y a todos los demás continentes de la MGF;

11. Pide a la Comisión que, en sus negociaciones y acuerdos de cooperación con los países afectados, incluya una cláusula para erradicar la MGF;

12. Pide que se establezca una relación de las mejores prácticas aplicadas en los distintos niveles y que se evalúe su impacto (recurriendo, en su caso, a los proyectos financiados y a los resultados obtenidos a través de DAPHNE III), así como que se difunda ampliamente la información conexas, utilizando las experiencias teóricas y prácticas de los expertos;

13. Señala que los centros e instituciones nacionales ejercen una función vital en la identificación de las víctimas y la adopción de medidas cautelares contra la práctica de la MGF;

14. Pide que se refuercen las redes europeas que tienen actualmente por objeto la prevención de prácticas tradicionales perjudiciales, organizando, por ejemplo, cursos de formación para las ONG, las organizaciones regionales sin ánimo de lucro y las personas que trabajan sobre el terreno, y que se estimule la creación de tales redes;

15. Reconoce y valora las importantes contribuciones de muchas organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales, de entidades de investigación, de la Red Europea para la Prevención de las Mutilaciones Genitales Femeninas en Europa y de personas comprometidas, que, gracias a la financiación de las agencias de las Naciones Unidas y del programa DAPHNE, entre otras fuentes, desarrollan diversos proyectos dirigidos a la concienciación de las sociedades y a la prevención y eliminación de la MGF; señala que el establecimiento de redes entre organizaciones no gubernamentales y organizaciones basadas en las comunidades a nivel nacional, regional e internacional es, sin duda alguna, fundamental para el éxito en la erradicación de la MGF y el intercambio de información y experiencia;

16. Señala que el artículo 10 de la Directiva 2004/83/CE del Consejo por la que se establecen normas mínimas relativas a los requisitos para el reconocimiento y el estatuto de nacionales de terceros países o apátridas como refugiados o personas que necesitan otro tipo de protección internacional y al contenido de la protección concedida, precisa que se pueden tener en cuenta los aspectos de género, pero que éstos por sí solos no dan lugar a la aplicación del artículo 10;

17. Pide que tanto la Agencia Europea de Derechos Fundamentales como el Instituto Europeo de la Igualdad de Género, a través de sus respectivos planes de trabajo plurianuales y anuales, asuman una función de liderazgo en la lucha contra la MGF; considera que estos organismos pueden desempeñar acciones prioritarias de investigación o sensibilización, contribuyendo a mejorar la comprensión del fenómeno de la MGF a nivel europeo;

18. Considera necesario que en los países afectados se organicen foros de diálogo, se reformen las normas jurídicas tradicionales, se aborde el tema de la MGF en los planes escolares de estudio y se impulse la cooperación con las mujeres no mutiladas;

19. Exhorta a la UE y a los Estados miembros a que colaboren, en beneficio de los derechos humanos, de la integridad de la persona, de la libertad de conciencia y del derecho a la salud, en la armonización de la legislación existente y, si la legislación existente no es adecuada, a que propongan una legislación específica sobre esta cuestión;

20. Pide a los Estados miembros que apliquen las leyes vigentes en materia de MGF, o que impongan penas que sancionen las graves lesiones corporales resultantes, si estas prácticas se han realizado en la UE, y que contribuyan a prevenir y combatir el fenómeno promoviendo el correcto conocimiento del mismo entre los profesionales interesados (incluidos trabajadores sociales, maestros, miembros de las fuerzas policiales, profesionales de la salud, etc.), con el fin de que puedan detectar estos casos, y que hagan todo lo que esté en sus manos para lograr el mayor grado posible de armonización entre las leyes vigentes en los 27 Estados miembros;

21. Pide a los Estados miembros que impongan la obligación de que los médicos de familia y el personal sanitario de los hospitales informen a las autoridades sanitarias o a la policía sobre las mutilaciones genitales femeninas;

22. Pide a los Estados miembros que adopten disposiciones jurídicas específicas sobre la MGF o que, en el marco de sus legislaciones en vigor, persigan a toda persona que practique mutilaciones genitales;

23. Pide a la UE y a los Estados miembros que persigan, condenen y castiguen estas prácticas, aplicando una estrategia integral que tenga en cuenta la dimensión normativa, sanitaria, social y de integración de la población inmigrante; pide, en particular, que las directivas pertinentes en materia de inmigración consideren delito el acto de realizar una mutilación genital y que establezcan sanciones adecuadas para las personas culpables de dichos delitos, si tales prácticas se han llevado a cabo dentro de la UE;

24. Solicita la creación de mesas técnicas permanentes de armonización y enlace entre los Estados miembros y entre éstos y las instituciones africanas; considera que dichas mesas deben estar compuestas por especialistas en MGF y representantes de las principales organizaciones de mujeres de Europa y África;

25. Insta a rechazar con convicción la práctica de la "*punción alternativa*" y cualquier otro tipo de medicación que se propongan como solución de mediación entre la circuncisión femenina y el respeto de las tradiciones identitarias, ya que no haría sino justificar y aceptar la práctica de las mutilaciones genitales femeninas en el territorio de la UE; reitera su absoluta y firme condena de la MGF, dado que no hay ninguna razón social, económica, étnica, sanitaria ni de otro tipo que pueda justificarla;

26. Insta a eliminar la MGF a través de políticas de apoyo e integración para las mujeres y los núcleos familiares portadores de tradiciones que incluyan la MGF, con el fin de proteger a las mujeres contra toda forma de abusos y violencia con la firmeza de la ley y en el respeto de los derechos humanos fundamentales y del derecho a decidir sobre la propia sexualidad;

27. Afirma que las razones aducidas por numerosas comunidades en favor del mantenimiento de prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de mujeres y niñas carecen de justificación;

28. Pide a los Estados miembros que:

- ✓ consideren como delito cualquier MGF, independientemente de que la mujer afectada haya otorgado o no algún tipo de consentimiento, así como que se castigue a quien ayude, incite, aconseje o procure apoyo a una persona para que realice cualquiera de estos actos sobre el cuerpo de una mujer, joven o niña;

- ✓ persigan, procesen y castiguen penalmente a cualquier residente que haya cometido el delito de MGF, aunque el delito se haya cometido fuera de sus fronteras (extraterritorialidad del delito);

- ✓ aprueben medidas legislativas que otorguen a los jueces o fiscales la posibilidad de adoptar medidas cautelares y preventivas si tienen conocimiento de casos de mujeres o niñas en situación de riesgo de ser mutiladas;

29. Pide a los Estados miembros que pongan en marcha una estrategia preventiva de acción social dirigida a la protección de las menores que no estigmatice a las comunidades inmigrantes, por medio de programas públicos y servicios sociales dirigidos tanto a prevenir estas prácticas mediante la formación, educación y concienciación de las comunidades de riesgo, como a asistir a las víctimas que las han sufrido, con apoyo psicológico y médico que, si fuera posible, incluya un tratamiento médico reparador gratuito; les pide igualmente que consideren que la amenaza o el riesgo de que una menor sufra una mutilación genital puede justificar la intervención de la administración pública tal como prevén las normas de protección de la infancia;

30. Pide a los Estados miembros que elaboren guías y directrices para los profesionales de la salud, educadores y asistentes sociales con el objetivo de informar e instruir a los padres y las madres, de forma respetuosa y con asistencia de intérpretes si es necesario, acerca de los enormes riesgos de las mutilaciones genitales femeninas y del hecho de que tales prácticas constituyen delito en los Estados miembros; pide igualmente que colaboren y financien las actividades de las redes y organizaciones no gubernamentales que llevan a cabo una tarea de educación, concienciación y mediación sobre mutilaciones genitales femeninas en estrecho contacto con las familias y comunidades;

31. Pide a los Estados miembros que difundan información precisa y comprensible para una población no alfabetizada, en particular por medio de los consulados de los Estados miembros con ocasión de la entrega de visados; considera que los

servicios de inmigración deben comunicar también a la llegada al país de acogida la información sobre las razones de la prohibición legal, con el fin de que las familias comprendan que la prohibición del acto tradicional no se concibe en modo alguno como una agresión cultural, sino que constituye una protección jurídica de las mujeres y las niñas; considera que debe informarse a las familias de las consecuencias penales, que pueden suponer una pena de prisión, si se comprueba la mutilación;

32. Reclama una mejora de la situación jurídica de las mujeres, jóvenes y niñas en los países en los que se practican mutilaciones genitales para fortalecer la confianza de las mujeres en sí mismas, su iniciativa independiente y su responsabilidad;

33. Encarga a su Presidente que transmita la presente Resolución al Consejo, a la Comisión y a los Gobiernos y Parlamentos de los Estados miembros.

Suplemento del Manual de Legislación sobre la violencia contra la mujer “Prácticas perjudiciales” contra la mujer, (2011), de Naciones Unidas. Recomendaciones:

La legislación ha de:

✓ Definir como mutilación genital femenina todo procedimiento, realizado dentro o fuera de una institución médica, que entrañe la ablación total o parcial de los genitales externos femeninos o cualquier otra intervención en los órganos genitales femeninos que no responda a motivos médicos;

✓ Ordenar que se creen servicios de acogida especializados adecuados para las víctimas/supervivientes de las “prácticas perjudiciales” en los centros de acogida establecidos para las víctimas/ supervivientes de la violencia;

✓ En caso de necesidad, ordenar que se creen centros especializados para las víctimas/supervivientes de determinadas “prácticas perjudiciales”, como los matrimonios forzados y de niños, la mutilación genital femenina y los denominados “crímenes de honor”;

✓ No establecer una distinción entre los diferentes tipos de mutilación genital femenina a los fines de fijar las penas aplicables;

✓ Disponer claramente que los acusados de mutilación genital femenina no pueden esgrimir en su descargo el consentimiento de la víctima;

- ✓ Tipificar como delito específico el acto de realizar una mutilación genital femenina;
- ✓ Disponer que se impongan a los autores las penas más severas aplicables en los casos de delitos contra la infancia;
- ✓ Disponer la obligación de que todos los profesionales, incluidos los médicos y los empleados de guarderías, servicios de bienestar de la infancia, servicios sociales y de salud, escuelas y programas extraescolares de cuidado infantil y comunidades religiosas denuncien a las autoridades competentes los casos de mutilación genital femenina;
- ✓ Ordenar que se nombre a oficiales de protección especializados que hayan recibido formación específica en relación con cada uno de los tipos de “*prácticas perjudiciales*” y que se encarguen de desarrollar un plan de seguridad individual para cada víctima/superviviente; asegurar que la víctima/superviviente tenga acceso a asistencia letrada; mantener una lista de proveedores de servicios a los que puedan remitir a la víctima/superviviente; preparar un informe sobre el caso para presentarlo ante un juez; conducir a la víctima/superviviente a un centro de acogida y, en caso de necesidad, ocuparse de que sea examinada y/o tratada por un médico;
- ✓ Disponer el nombramiento de un número suficiente de esos oficiales de protección a fin de que su carga de trabajo no sea excesiva;
- ✓ Requerir la preparación de protocolos para los diversos sectores en los que se establezcan directrices sobre evaluación del riesgo, presentación de informes, prestación de servicios y seguimiento de los posibles casos o los casos confirmados de “*prácticas perjudiciales*”;
- ✓ Prever el registro de los proveedores de servicios encargados de proteger los derechos de las mujeres víctimas/supervivientes de la violencia;
- ✓ Disponer que no puedan emprenderse acciones judiciales y de otra índole contra un proveedor de servicios o un miembro del proveedor de servicios que esté, o se considere que está, actuando de buena fe para prevenir “*prácticas perjudiciales*” o para proteger a las víctimas/ supervivientes de “*prácticas perjudiciales*”.
- ✓ Disponer la emisión de “*órdenes de protección*” de emergencia y a largo plazo en relación con cualquier tipo de “*práctica perjudicial*”;
- ✓ Estipular que en los casos de “*prácticas perjudiciales*” puede ser necesario emitir órdenes de protección contra más de una persona y, en algunas circunstancias, contra todo un grupo, como la tribu o la familia extensa;
- ✓ Reconocer que las comunidades desempeñan un papel fundamental en el abandono de la mutilación genital femenina y recabar, cuando proceda, el apoyo del Gobierno para la puesta en marcha de iniciativas comunitarias de promoción del abandono de esta práctica;
- ✓ Cuando se estime oportuno, apoyar las iniciativas comunitarias que tienen por objetivo modificar la conducta y las actitudes, incluidos los ritos alternativos de iniciación y el readiestramiento profesional

de las personas que se dedicaban tradicionalmente a esa práctica; por ejemplo, como comadronas;

✓ Estipular que una niña o una mujer puede solicitar asilo si ha sido obligada a someterse, o si existen posibilidades de que sea sometida, a la mutilación genital femenina, o si corre el riesgo de ser víctima de otra “práctica perjudicial”, como el matrimonio precoz o forzado, o un “crimen de honor”;

✓ Estipular que uno de los progenitores u otro familiar puede solicitar asilo si está tratando de proteger a una mujer o una niña contra cualquier “práctica perjudicial”;

✓ Disponer que se considere a las víctimas de “prácticas perjudiciales” miembros de un grupo social determinado a los fines de solicitar asilo.

Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, (2012), define la MGF como violencia de género, y establece los derechos de las víctimas en todos los países europeos.

Resolución 67/146 de la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de diciembre de 2012, de “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina” (consultar pp. 52-55).

Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo: Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina, (2013), establece una serie de objetivos y metas acorde.

Los objetivos son:

- ✓ mejor comprensión de la MGF en la UE,
- ✓ fomentar la eficacia de las medidas de prevención y de apoyo a las víctimas, en particular cambiando las normas sociales y mediante la capacitación de la mujer,
- ✓ apoyar la ejecución de las leyes de los Estados miembros que prohíben la MGF,
- ✓ garantizar la protección de las mujeres en situación de riesgo en el actual marco legislativo de la UE en materia de asilo,
- ✓ promover a nivel mundial la eliminación de la MGF y mejorar la protección de las mujeres en situación de riesgo en los países no pertenecientes a la UE,
- ✓ aplicar las iniciativas previstas en la Comunicación y garantizar que se prestará una atención continua a la cuestión.

La conclusión que incluye esta Comunicación es que, tanto la Comisión Europea, como el Servicio Europeo de Acción Exterior, reiteran su compromiso en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y la eliminación de la MGF, tanto dentro como fuera de la UE, *reconociendo que debe tenerse en cuenta el vínculo entre las comunidades afectadas en la UE y sus países de origen.*

Informe del 31 de enero de 2014 con recomendaciones destinadas a la Comisión sobre la lucha contra la violencia ejercida sobre las mujeres (2013/2004(INI)) de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género.

Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, o Convenio de Estambul (entrada en vigor en agosto de 2014), declara la MGF como violencia de género. (*consultar pp. 84-88*).

Recomendación general nº. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general nº. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, (CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18), de 14 de noviembre de 2014. El objetivo es aclarar las obligaciones de los Estados partes en las Convenciones proporcionando una orientación autorizada sobre medidas legislativas y de políticas y otras medidas apropiadas que deben adoptarse para garantizar el pleno cumplimiento de sus obligaciones de conformidad con las Convenciones de eliminar las prácticas nocivas. Los requisitos para clasificar una práctica como nociva, según su apartado 16, son:

- a) Constituyen una negación de la dignidad o integridad de la persona y una violación de los derechos humanos y libertades fundamentales;
- b) Representan una discriminación contra las mujeres o los niños y son nocivas en la medida en que comportan consecuencias negativas para sus destinatarios como personas o como grupos, incluidos daños físicos, psicológicos, económicos y sociales o violencia y limitaciones a su capacidad para participar plenamente en la sociedad y desarrollar todo su potencial;
- c) Son prácticas tradicionales, emergentes o reemergentes establecidas o mantenidas por unas normas sociales que perpetúan el predominio del sexo masculino y la desigualdad de mujeres y niños, por razón de sexo, género, edad y otros factores interrelacionados;
- d) A las mujeres y los niños se las imponen familiares, miembros de la comunidad o la sociedad en general, con independencia de que la víctima preste, o pueda prestar, su consentimiento pleno, libre e informado.

Resolución 69/150 de la Asamblea General de Naciones Unidas el 18 de diciembre de 2014, de “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina” (*consultar pp. 55-59*).

Resolución 32/21 del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, “Eliminación de la mutilación genital femenina”, (29 de Junio de 2016), adoptada el 1 de julio, que reconoce la MGF como violencia de género (*consultar pp. 48-49*).

Aprobación de la prohibición de la MGF en los 50 estados miembros de la Unión Panafricana⁽⁶⁾, 29-31 julio 2016 (*consultar pág. 76*).

Se desconoce el origen exacto, pero se cree que podría tratarse de una práctica que se lleva realizando miles de años.

La escisión era ya practicada entre los egipcios desde los años 5000 o 6000 A.C. y en la época de los faraones, de ahí el nombre de *circuncisión faraónica*(7).

Según refiere Heródoto (7), en el siglo V A.C., la escisión se practicaba entre los fenicios (del siglo XII al 539 A.C), los hititas (del siglo XVIII al XII A.C) y los etíopes (desde el siglo XV A.C).

El papiro Harris (siglo IV A.C) habla de que las diosas Anat y Astarté debían ser *cerradas* por su vulva: Horus las sellaba y Set las abría. Las diosas así *conciben, pero no dan a luz*(8).

También se ha encontrado una momia del siglo II A.C. mutilada.

Un papiro griego fechado en el año 163 A.C. menciona la operación que se les realizaba a las niñas en Memphis (Egipto) a la edad en la que recibían su dote, lo que respaldaría la idea de que la mutilación genital femenina se originó como una forma de iniciación a la edad adulta. La niña se llamaba Tathemis, y el papiro se encuentra en el Museo Británico(8).

Estrabón(2), geógrafo griego, informó sobre la MGF durante su visita a Egipto en el año 25 A.C.

La MGF ha sido prácticas por muchas culturas, religiones y durante muchos siglos. No es un precepto islámico, ya que es una práctica preislámica, ha sido practicado por cristianos cop-tos de Egipto y Sudán, judíos falasha de Etiopía, y por tribus africanas de culto animista(9).

No se hace referencia a ella ni en la Biblia ni en el Corán.

Los teólogos musulmanes que defienden que la MGF es un precepto islámico se basan en un *hadiz*, o dicho de Mahoma, que existe en algunas ediciones canónicas. El profeta habría aconsejado a una mujer que practicaba la MGF en Medina (año 622): “*Cuando circuncides a una mujer no cortes demasiado de su miembro, porque es mejor para la mujer y más deseable para su marido*” (Hadiz al-Sunan Abu Dawud, libro 41, Número 5251). Otros hadices hacen remontar la circuncisión femenina a Agar y a Sara (siglo VI d.C).

Entre las cuatro escuelas jurídicas del islam *sunní* (10), tan sólo la *šāfi‘í* ha considerado tradicionalmente necesaria la circuncisión femenina, que se califica de *wāyib* (*deber religioso*) la escisión del clítoris. La escuela *hanbalí* calificó la circuncisión femenina como *makrūma* (*acto noble*), pero no *wāyib* (*deber religioso*).

En cuanto al islam *chií*(10) la circuncisión femenina sólo es practicada por la secta egipcia ismaelí *musta‘alí*. La doctrina general de los chiíes se apoya en un hadiz de Alí, según el cual “*no es censurable si no circuncidáis a las mujeres, pero para los hombres es wāyib (deber religioso)*”. El ayatolá ‘Allāmat al-Ḥilli refiere otro hadiz, según el cual Alí afirmó “*la circuncisión de los hombres es obligatoria, pero la de las mujeres (sólo) se aconseja*”.

Algunas de las fuentes de emulación, o máximas autoridades actuales ⁽¹⁰⁾, han calificado la circuncisión femenina de “*mustahabb*” (*apreciable*) y otras de “*ḥarām*” (*prohibida*).

Una de las creencias que se utilizan para justificar la MGF se basa en unas palabras del yerno del Profeta Muhammad⁽¹¹⁾: “*Allah Todo Poderoso creó el deseo sexual en diez partes; dio nueve partes a la mujer y una al hombre...*”. Con la MGF argumentan que se refrenaría el impulso sexual superior de las mujeres.

En la Declaración de Yibuti de 2005 se reivindica que las afirmaciones de que el Corán exige la MGF son infundados y reafirma que todos los tipos de mutilación son contrarios a los preceptos religiosos del Islam.

Según refiere en el Informe del secretario General de Naciones Unidas de Erradicación de la Mutilación Genital Femenina (E/CN.6/2008/3), en la conferencia celebrada en 2006 en la Universidad Al-Azhar de El Cairo, un grupo de estudiosos islámicos llegó a la conclusión de que “*no existe ninguna base escrita para esta costumbre en el Corán*” y reconoció que “*la circuncisión genital practicada actualmente produce un daño psicológico y físico en las mujeres*” y debía considerarse un acto punible de agresión, contra el género humano. Exigieron que “*se detenga esa práctica, en apoyo de uno de los valores supremos del Islam, a saber, no hacer daño al prójimo*”, y pidieron que se la tipificara como delito.

En julio de 2014 el Estado Islámico ordenó la mutilación genital a todas las niñas y mujeres de 11 a 46 años en Mosul (Iraq) para “*alejarlas del libertinaje y la inmoralidad y promover actitudes islámicas*”, amenazando con duros castigos a quienes se negaban. Esta orden podría afectar a 2 millones de niñas⁽¹²⁾.

La Iglesia Copta⁽¹³⁾ rechaza oficialmente la mutilación genital femenina, pero entre la población copta se sigue practicando.

La Biblia sí hace referencia a la circuncisión para los hombres, no así para las mujeres. El Papa Francisco se ha referido por primera vez a la MGF el 7 de febrero de 2015 durante la Asamblea Plenaria del Consejo Pontificio de la Cultura⁽¹⁴⁾, Sala del Consistorio del Vaticano, pidiendo su erradicación: *El cuerpo femenino entre cultura y biología, nos pone de frente a la belleza y la armonía del cuerpo que Dios ha regalado a la mujer, pero también a las dolorosas heridas infligidas, tal vez con cruel violencia, por el hecho de ser mujeres. Símbolo de vida, el cuerpo femenino es, lamentablemente con frecuencia, agredido y afeado incluso por aquellos que deberían ser los custodios y compañeros de vida. Las muchas formas de esclavitud, de comercio, de mutilación del cuerpo de las mujeres, nos comprometen a trabajar por vencer esta forma de degradación que lo reduce a mero objeto de venta en los diversos mercados. Deseo llamar la atención, en este contexto, sobre la dolorosa situación de tantas mujeres pobres, forzadas a vivir en condiciones de peligro, de explotación, relegadas a los márgenes de la sociedad y convertidas en víctimas de una cultura del descarte.*

Por qué se practicaba anteriormente

Según el médico griego Aetios del siglo VI d.C., en su libro Ginecología y Obstetricia, expuso que la mutilación genital femenina era necesaria por la presencia de clítoris excesivamente grandes, por lo que los egipcios consideraban adecuado extirparlo antes de que se volviera demasiado grande, especialmente cuando las niñas estaban a punto de contraer matrimonio.

Castañeda⁽⁸⁾ refiere literalmente lo que Aetius de Amida, en el siglo VI d.C., escribe en la obra antes mencionada, específicamente en el vol. XIV capítulo 106, *“Su clítoris se incrementa en tamaño y llega a ser indecente y vergonzoso, por lo que continuamente la fricción de sus vestidos las excita y despierta en ellas el deseo por la cópula; por tanto, tomando en cuenta el incremento de su tamaño, los egipcios determinaron cortarlo, especialmente en el momento en que las muchachas están listas para su matrimonio”*.

En la Antigua Roma se mutilaba con el propósito de evitar las relaciones sexuales entre los esclavos, o incluso para aumentar el valor económico de las esclavas al ser vírgenes.

La minoritaria comunidad emberá-chamí, asentada en el pueblo indígena de Risaralda (Colombia), comenzó a realizarla a las niñas durante la Coonquista, ya que las mujeres se sentían atraídas por la belleza de los hombres españoles y eran infieles o abandonaban a sus esposos⁽¹⁵⁾.

Los hombres samburu⁽¹⁶⁾ (Kenia) fueron a luchar contra otra tribu durante tres años, y al regresar todas las mujeres tenían hijo o estaban embarazadas, por lo que decidieron para la próxima vez que los hombres abandonaran su comunidad practicar a sus mujeres la mutilación genital femenina para privarlas del placer sexual y así no tuvieran relaciones sexuales extramatrimoniales.

Se sabe, por otros investigadores, que dicho rito era practicado en las zonas tropicales de África y Filipinas, por ciertas etnias de la Alta Amazonía y, en Australia por las mujeres Arunta como rito de iniciación a la edad adulta.

En Europa y en Estados Unidos la escisión del clítoris fue utilizada por algunos médicos, durante los siglos XVIII y XIX⁽²⁴⁾, e incluso a comienzos del XX, como tratamiento para ciertas enfermedades de origen nervioso, como la histeria, la epilepsia, la catalepsia y la migraña; para tratar la cleptomanía; o para modificar conductas sexuales, como evitar la masturbación, la inclinación lesbiana y la hipersexualidad.

*Ilustración página siguiente “Camino sesgado”, Amelia Sales Mira.
3º Premio Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.*



Ackis

La última tipología la ha establecido la OMS⁽¹⁷⁾ en 2008, en la que contempla subdivisiones dentro de las cuatro tipos de mutilación que había implantado años atrás.

Tipología completa con subdivisiones:

Tipo I, o Clitoridectomía: Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio.

- ✓ Tipo Ia, resección del capuchón o prepucio del clítoris solamente;
- ✓ Tipo Ib, resección del clítoris con el prepucio (escisión total).

También se conoce como circuncisión sunah (tradicional)

Tipo II, o Ablación, escisión: Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.

- ✓ Tipo IIa, resección parcial o total de los labios menores solamente.
- ✓ Tipo IIb, resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.
- ✓ Tipo IIc, resección total o parcial del clítoris, los labios menores y los labios mayores.

Tipo III, o Infibulación: Estrechamiento de la abertura vaginal con la creación de un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores y/o mayores, con o sin escisión del clítoris.

- ✓ Tipo IIIa, resección y recolocación de los labios menores (estrechamiento del orificio vaginal cosiendo juntos los labios menores con un pequeño orificio).
- ✓ Tipo IIIb, resección y recolocación de los labios mayores (unión de labios mayores).

Otros nombres que recibe es circuncisión sudanesa o circuncisión faraónica. Es la más grave, y se corresponde con el 20% de las mutilaciones.

El nombre *infibulación* explican en algunos escritos que le fue dado por los romanos y procede de la palabra *fibula*⁽⁴⁾, nombre del broche con el que se cerraban la toga, mismo broche con el que cerraban los dos labios de la vagina de las esclavas para aumentar su precio de venta al ser vírgenes, así como para evitar las relaciones sexuales entre esclavos, y/o los embarazos no deseados.

Esta tercera tipología, que es la más agresiva, para permitir las relaciones sexuales una vez casadas, se debe proceder a la *defibulación* o *desinfibulación*, ya sea el marido directamente practicando por primera vez la relación sexual en la noche de bodas, o, si fuera imposible, la misma practicante que la infibuló le practicará la misma noche de bodas un corte para permitir la penetración. Este corte por parte de la practicante también es necesario en el momento del parto, tras el cual se deberá volver a sellar, conociéndose como refibulación, abriendo y cerrando la vagina cuántas veces sean necesarios para dar a luz.

La cicatriz que cubre el orificio vaginal prueba⁽⁴⁾:

- ✓ *Virginidad*, si está sellada es muestra de que no ha mantenido relaciones sexuales prematrimoniales.
- ✓ *Virilidad*, el esposo en la noche de boda debe abrir con su pene el orificio vaginal sellado, demostrando así su masculinidad.

"Si el hombre no puede abrirlo, el hombre no es nada"⁽⁵⁰⁾, Somalia.

Tipo IV, o todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos.

Más extendido en las sociedades Occidentales. Se han descrito prácticas de severidad variable⁽¹⁸⁾, como:

- ✓ pinchado;
- ✓ anillamiento o incisión del clítoris y/o de los labios vaginales;
- ✓ cosido o estrechamiento del clítoris y/o de los labios vaginales;
- ✓ cauterización mediante quemado del clítoris y del tejido que lo rodea;
- ✓ *cortes angurya*, raspado del tejido que rodea el orificio vaginal para su posterior sellado;
- ✓ *cortes gishiri* o *gishri corte*, cortes en el interior de la vagina hacia el perineo para hacerla más grande, propios del norte de Nigeria o sur de Níger;
- ✓ estiramiento del clítoris o de los labios, práctica propia en Indonesia;
- ✓ *hymenotomy*, eliminación del himen considerado demasiado grueso;
- ✓ *dry sex*, introducción voluntaria de detergentes, antisépticos, hierbas afrodisíacas o cocaína en la vagina para una mayor rigidez y sequedad. Es común en África Subsahariana, y está testado que aumenta el contagio de VIH;
- ✓ *introcisión*, aumento del orificio vaginal mediante cortes practicados en la vagina o el himen.

Razones sociológicas o culturales:

- ✓ si no está mutilada, no es plenamente una mujer;
- ✓ para la integración y preservación de la cohesión social;
- ✓ evitar el ostracismo social a la familia de la niña si no se le practica;
- ✓ si no se la mutila se la llama *bazrâ`* (proviene de la palabra *buzûr*, plural del clítoris en árabe preislámico);
- ✓ muestra de fidelidad a la tradición y grupo de pertenencia;
- ✓ parte necesaria de la buena crianza de la niña;
- ✓ convierte a las mujeres en más respetuosas y disciplinadas;
- ✓ incrementa la feminidad, sinónimo de *docilidad y obediencia*;
- ✓ evita que se le rompan utensilios en la casa;
- ✓ evita que sean mujeres vagas;
- ✓ evita que su cara se torne amarilla, y las hace radiantes;
- ✓ preparación para la vida adulta y el matrimonio;
- ✓ se practica como *ritual de iniciación* de las niñas en su paso a la edad adulta;
- ✓ si no está mutilada no podrá casarse;
- ✓ la mujer no mutilada pierde su capacidad e instinto para criar niños y niñas;
- ✓ protege a la comunidad de *desastres o enfermedades*.

Razones psicosexuales:

- ✓ si no se corta crecerá más que el pene y desafiará la autoridad masculina;
- ✓ los genitales continuarán creciendo y colgaran hacia o entre las piernas;
- ✓ el clítoris es una prolongación masculina y hay que extirparlo para el equilibrio de la feminidad;
- ✓ asegura que la niña se mantenga *limpia*, entendido como virginidad prematrimonial;
- ✓ evita la promiscuidad;
- ✓ creencias acerca de lo que se considera un comportamiento sexual adecuado;
- ✓ fidelidad matrimonial cuando los maridos van a estar temporadas fuera de casa (guerra);
- ✓ en comunidades poligámicas asegura que el marido pueda satisfacer sexualmente a todas sus mujeres;
- ✓ mitigación y control del deseo sexual de la mujer;
- ✓ limitar la expresión sexual de las mujeres;
- ✓ sólo el hombre debe sentir placer sexual;
- ✓ el hombre es el que debe tener el control durante la relación sexual;
- ✓ incrementar el placer sexual masculino;
- ✓ el clítoris provoca la eyaculación prematura del hombre;
- ✓ creencia de que el clítoris segrega un veneno mortal para el hombre;
- ✓ clítoris produce sustancias que matan al espermatozoide;
- ✓ ayuda a la mujer a resistirse a los actos sexuales *ilícitos*.

Razones religiosas:

- ✓ la religión de algunos países o comunidades así lo exige;
- ✓ nace endemoniada y es necesario para quitarles el mal;
- ✓ purificación;

- ✓ si los hombres deben circuncidarse, las mujeres también;
- ✓ sacrificio de las partes más eróticas del cuerpo femenino con el objetivo de lograr la protección o bendición de la divinidad.

Razones higiénicas y estéticas:

- ✓ los genitales femeninos son poco limpios, por lo que se eliminan para promover la higiene;

- ✓ los genitales son antiestéticos, por lo que se eliminan para embellecer a la mujer;
- ✓ hacer deseable a la mujer proporcionándola atractivo estético.

Razones reproductivas y ginecológicas:

- ✓ creencia de que previene el cáncer vaginal de la mujer;
- ✓ creencia de que aumenta la fertilidad;
- ✓ creencia de que facilita el parto;
- ✓ creen que el clítoris puede provocar la muerte o la discapacidad del bebé si lo roza durante el alumbramiento;

- ✓ creencia de que promueve la supervivencia infantil;
- ✓ evitar los embarazos adolescentes.

Razones económicas:

- ✓ si no está mutilada no podrá casarse, y el matrimonio es necesario para la supervivencia económica de la niña, y, a veces, de la familia;
- ✓ las personas que realizan la MGF reciben compensación económica, y/o bienes en especie, como ropa, ornamentos, así como reconocimiento social en la comunidad;

- ✓ tanto en el rito de iniciación, como en el de graduación, se hacen fiestas y almuerzos que para poder asistir se debe dar regalos o dinero a la familia de la niña, convirtiéndose en una fuente de ingresos para la familia;
- ✓ a las niñas que sufren MGF les dan regalos cuando cicatrizan y se reincorporan a la comunidad.

Rango de edad en la que se practica

La edad en la que se realiza la mutilación genital a las niñas o mujeres depende del país, incluso depende de la tribu o etnia dentro del mismo país, y de muchas otras variables que desglosaré a continuación. Algunas edades o etapas de la vida en la que se les practica la MGF son:

- ✓ recién nacidas como parte del rito del bautizo;
- ✓ niñas menores de 1 año;
- ✓ si han sido bautizadas de pequeñas, se las mutila con 6-7 años;
- ✓ después de la primera menstruación;
- ✓ paso de una etapa de la vida a otra, paso a la edad adulta;
- ✓ como ritual que las convierte en *aptas para casarse*, se las realiza a las adolescentes de 13 a 15 años;
- ✓ antes del matrimonio;
- ✓ después del matrimonio;
- ✓ después del primer embarazo;
- ✓ si van a emigrar a Europa, EEUU o Canadá, antes de salir del país para protegerlas del *libertinaje y la inmoralidad* del país de destino.

En el caso de niñas migradas a Europa la MGF suele producirse durante el periodo estival cuando regresan a su país de origen- o país de origen de sus padres-, para visitar a la familia (en este caso suele ser promovido por la abuela), independientemente de la edad, ya sean bebés, niñas o adolescentes.

En la mitad de los países propios MGF, la mayor parte de los procedimientos se habían llevado a cabo antes de que las niñas hubieran cumplido los 5 años, según refiere el Informe *Buenas prácticas y principales dificultades en la prevención y eliminación de la mutilación genital femenina*⁽²⁰⁾ (consultar pág. 51).

Como curiosidad, en la etnia Silt'e⁽⁴⁾ del sur de Etiopía aquellas niñas o mujeres que no se les ha practicado la MGF antes de su fallecimiento, se les realiza antes de ser enterrarlas.

La OMS lo cifra entre los 4-14 años, pero cada vez se practica a una edad más temprana para evitar el rechazo o la negativa de la niña.

Según un estudio de EIGE de 2014 ⁽²¹⁾, la media de edad en Eritrea es de 1 año, con 4 años en Burkina Faso, Costa de Marfil, Etiopía, Gambia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, o Tanzania, y en los países que se realiza con mayor edad de media es en con 14 años en República Centroafricana, Liberia, Sierra Leona y Togo.

UNICEF⁽²²⁾ divide a los países según el rango de edad en el que practica la MGF a sus niñas.

Rango de 0 a 4 años: el 95% de las niñas de Nigeria, el 89% de las niñas de Mali, casi el 88% de las Eritrea, seguido de Ghana, Mauritania.

Rango de 5 a 9 años: cerca del 80% de las somalíes, más del 50% de las niñas de Togo, Yibuti, Guinea, Benín o Kenia.

Rango de 10 a 14 años: el 60% de las niñas de la República Centroafricana o Egipto.

Mayores de 15 años: el 20% de las niñas de Guinea Bissau o Kenia.

En la mayor parte de los casos la mutilación genital femenina es realizada por circuncisores o circuncidoras tradicionales que suelen tener otras funciones importantes en sus comunidades, como son las comadronas/parteras tradicionales sin titulación profesional, practicantes tradicionales, o una mujer anciana del grupo.

En algunos sitios también es realizada por hombres (4), como ocurre en Nigeria o Costal de Marfil. Éstos pueden ser curanderos, barberos, herreros,...

Según el país, idioma, cultura, las circundidoras reciben distintos nombres. Algunos de ellos son:

- ✓ Indonesia⁽²³⁾: *Gudnin* o *Makate*, Makasar.
- ✓ Gambia⁽²⁴⁾: *Ngnangsimbah*, (significa fertilidad⁽²⁵⁾).
- ✓ Egipto⁽²⁴⁾: *Saya*.
- ✓ Somalia:*Gudniin*, y *Gedda*(²⁶) específicamente referido a las ancianas circundidoras.
- ✓ Sudán⁽²⁶⁾: *Daya*.
- ✓ Guinea Bissau⁽²⁷⁾: *Fanado*.
- ✓ árabe preislámico⁽¹³⁾: *Mubazzira*.

La mutilación genital femenina es un servicio muy valorado socialmente en la comunidad, es normal que las niñas mutiladas reciban el nombre de su practicante, además que es una práctica remunerada que se convierte en el medio de vida y subsistencia de la circuncidadora, por lo que dificulta la erradicación de esta práctica perjudicial. Por ejemplo, en Guinea Bissau⁽²⁷⁾ la practicante cobra entre 10 y 15 dólares por cada mutilación.

No obstante, más del 18% de las MGF son practicadas por dispensadores de atención de salud, y esta tendencia va en aumento, según la OMS.

Actualmente la profesionalización de quien realiza la práctica depende de manera variable según el país. Por ejemplo, cerca del 80% de los casos en Egipto son realizados por médicos o personal sanitario, en cambio en Senegal realiza el 100% de las mutilaciones genitales circuncidoras tradicionales⁽²²⁾.

Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation (2010), (*Estrategia global para detener los proveedores de atención de la salud de la realización de la mutilación genital femenina*) publicado por la OMS en colaboración con otros organismos de Naciones Unidas y organizaciones internacionales. Es una estrategia mundial para acabar con las mutilaciones genitales femeninas practicadas por dispensadores de atención de salud, ya que es una práctica nociva y el que el personal sanitario la realice le confiere legitimidad, cuando en verdad es una vulneración de los derechos de las niñas y mujeres.

Qué instrumentos o herramientas se utilizan para la mutilación

Para realizar el corte se utilizan tijeras, cristales, tapas de latas, cuchillas, navajas, cuchillos, dagas, piedras con canto afilado.

Para coser y cerrar ambos lados de la vagina (tipo III), se utiliza hilo de pescar, espinas de acacia, pelo de caballo, agave, fibras vegetales o alambres.

Dónde se realiza

- ✓ domicilio de la niña o de la practicante. Existen autobiografías de mujeres mutiladas que han contado su experiencia, y hablan de que se les realizó en la cocina de su casa;
- ✓ bosque;
- ✓ cabaña apartada;
- ✓ cerca de un río, como ocurre en Egipto cerca del río Nilo, ya que los ríos se relacionan con la fertilidad;
- ✓ en los patios traseros en zonas rurales;
- ✓ Centro de Salud.

El que cada vez se haga más en zonas urbanas, requiere tambores y ruidos para que los gritos y llantos no sean escuchados⁽⁷⁾.

Es un rito individual o colectivo

Normalmente se realiza de manera individual, aunque también es frecuente que se realice simultáneamente a varias niñas de la comunidad con la misma edad, o a hermanas.

Solo mujeres. La comadrona y dependiendo de la zona una a varias mujeres, sus ayudantes, para sujetar a las niñas las piernas, taparles la boca, o incluso sentarse encima del pecho de la niña para evitar que se mueva.

Cómo se cura

Para provocar la hemostasia (detección o contención de la hemorragia) se le aplican polvos antisépticos, aceite de coco, orina, zumo de limón, alcohol, o ungüentos hechos con hierbas, leche, huevos, ceniza o estiércol de vaca.

Las curas se realizan dos veces al día durante el tiempo de cicatrización mediante lavados con agua y hierbas.

La cicatrización, dependiendo del tipo de MGF practicada, tarda entre 1 semana y 40 días (18), tiempo en el que, la mayoría de las veces, se mantienen con las piernas atadas y en el mismo lugar donde se realizó.

¿Se habla de ello?

Es un tema tabú. La práctica es secreta y nunca jamás se hablará de ella, especialmente con los hombres.

Adriana Kaplan y María Bedoya, en su estudio *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica*(28), publicado en 2004, describen las fases del rito de iniciación de la siguiente forma:

✓ **Primera fase, o Separación:** las niñas son alejadas de la comunidad, llevadas al lugar donde se les practicará la mutilación, y se les realiza.

Como consecuencia se produce una ruptura con la etapa de la infancia, marcada por la escisión del clítoris, la sangre y el dolor.

✓ **Segunda fase, o Marginación:** se corresponde con el tiempo de cicatrización de la herida, que es variable según el tipo de mutilación realizada, de 2 semanas la tipo I, a 8 semanas la tipo III. Durante este tiempo les son transmitidas las enseñanzas que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo. Es la fase más crítica, pues en ella se dan las complicaciones agudas de la operación.

✓ **Tercera fase, o Agregación:** se celebra una gran fiesta de "graduación" donde se presenta públicamente a las iniciadas como nuevas miembros, con sus nuevos roles y categorías sociales. Y de esta forma, también son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas por la comunidad. Son pues reconocidas socialmente por su comunidad. Las mujeres pasan a formar parte del mundo de las mujeres.

Una vez descrito el ritual genérico expuesto por dicho estudio, se puede hablar de especificidades según países y etnias.

En Gambia(24) también es una festividad, y durante la ablación las mujeres tocan el Yitantango, un tambor hecho con una calabaza invertida, que según el agua que contenga varía su percusión, y simboliza el útero materno asociado a la fertilidad.

En la tribu Pokot de Kenia(29) (en el condado de Baringo), antes de que comience el ritual, miembros de la tribu se reúnen alrededor de una fogata. Durante la ceremonia, las chicas se cubren con pieles de animales y pintura blanca.

*Ilustración página siguiente "Inocencia", Jaime de la Torre Naharro.
1º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".*



Físicas:

A corto plazo:

- ✓ hemorragia;
- ✓ muerte por choque hipovolémico, también llamado colapso hemorrágico (hemorragia exterior, con la consiguiente disminución de volumen sanguíneo que impide al corazón bombear sangre);
- ✓ dolor intenso;
- ✓ muerte por colapso neurogénico debido al intenso dolor y el traumatismo (daño en el sistema central provocando que el corazón deje de bombear sangre);
- ✓ sepsis;
- ✓ muerte por choque séptico (infección grave que produce el corazón deje de bombear sangre);
- ✓ llagas abiertas en la región genital;
- ✓ formación de abscesos (acumulación de pus);
- ✓ lesiones de los tejidos genitales vecinos;
- ✓ crecimiento excesivo del tejido de cicatrización;
- ✓ retención de orina;
- ✓ cicatrices de neuroma (especie de callos en la cicatriz, perdiendo elasticidad)

A largo plazo:

- ✓ septicemia (infección grave y generalizada de todo el organismo por la existencia de un foco infeccioso en el cuerpo pasando los patógenos a la sangre);
- ✓ tétanos;
- ✓ incapacidad para sanar;
- ✓ infecciones urinarias recurrentes;
- ✓ pielonefritis (infección del riñón y la pelvis renal);
- ✓ infecciones vesicales o cistitis (infección de la vejiga);
- ✓ infecciones del tracto reproductivo;
- ✓ litiasis vaginal (formación de cálculo

por precipitación de sales urinarias. Puede ser primaria cuando hay estasis de orina en la vagina debido a obstrucción, y secundaria por cristalización de sales urinarias en la vagina alrededor de un cuerpo extraño);

- ✓ obstrucción crónica del tracto urinario;
- ✓ inestabilidad del suelo pélvico e incontinencia urinaria;
- ✓ fístula vesicovaginal (orificio que comunica la vejiga con la vagina);
- ✓ fístula rectovaginal (orificio que comunica el recto y la vagina);
- ✓ aumento de susceptibilidad al VIH/SIDA, hepatitis y otras enfermedades transmitidas por la sangre y de transmisión sexual;
- ✓ enfermedades inflamatorias pélvicas;
- ✓ quiste dermoide (tumor benigno del ovario);
- ✓ dismenorrea (dolor menstrual);
- ✓ hematocolpos (acumulación de sangre menstrual en la vagina);
- ✓ hematometra (acumulación de sangre menstrual en el útero);
- ✓ anemia crónica.

Ginecológicas:

- ✓ no puede utilizar tampones;
- ✓ presentan dificultades para exploraciones médicas ginecológicas, como introducción del espéculo o el tacto manual, difícil la cateterización uretral y la ecografía transvaginal;
- ✓ no puede usar anticonceptivos femeninos, como DIU, preservativo femenino o capuchón cervical;
- ✓ no son fiables los anticonceptivos usados culturalmente, como los métodos sintotérmicos: temperatura vaginal, días fértiles (calendario), o moco cervical.

Sexuales:

- ✓ dispareunia (dolor genital antes, durante o después del coito);
- ✓ dificultad para las relaciones sexuales
- ✓ disminución del deseo sexual;
- ✓ anorgasmia (inhibición persistente y recurrente de orgasmo);
- ✓ dificultad para el orgasmo;
- ✓ modificación de la sensibilidad sexual;
- ✓ disminución de la lubricación durante las relaciones sexuales;
- ✓ vaginismo (espasmos involuntarios de los músculos que rodean a la vagina, impidiendo las relaciones sexuales).

Obstétricas o Reproductivas:

- ✓ infertilidad;
- ✓ esterilidad;
- ✓ atresia vaginal (vagina anómala, incluso ausencia de la misma);
- ✓ aumento del riesgo de complicaciones del parto;
- ✓ parto obstruido;
- ✓ parto prematuro;
- ✓ parto instrumental o cesárea;
- ✓ mayor probabilidad de necesidad de episiotomía (incisión que se practica en el periné de la mujer para favorecer el parto);
- ✓ distocia (parto lento, laborioso, prolongado);
- ✓ hemorragia durante el parto;
- ✓ fístula obstétrica;
- ✓ incremento del riesgo de sufrir hemorragias e infecciones durante el parto;
- ✓ defibulación para permitir el parto, y nueva refibulación para volver a sellar;
- ✓ muerte materna prenatal;
- ✓ muerte materna en el parto.

Complicaciones y postparto:

- ✓ mayor incidencia de metrorragia postparto (hemorragia uterina);
- ✓ hemorragia abundante postparto (pérdida de sangre de más 500 ml después del parto);
- ✓ mayor incidencia de laceraciones o desgarros en el canal del parto;
- ✓ incontinencia urinaria;
- ✓ incontinencia fecal;
- ✓ hematomas perineales (hematomas como consecuencia del parto en los labios mayores y menores de un lado o de los dos, en la región entre el ano y la vagina o alrededor de la cicatriz de la episiotomía);
- ✓ hospitalización prolongada.

Psicológicas:

- ✓ ansiedad;
- ✓ terrores nocturnos;
- ✓ flashbacks del momento de la mutilación;
- ✓ depresión;
- ✓ sentimiento de traición;
- ✓ estrés postraumático;
- ✓ desórdenes mentales similares a los que padecen las niñas que han sido abusadas sexualmente;
- ✓ fobia sexual;
- ✓ enfermedades psicosomáticas;
- ✓ síndrome de la ansiedad-depresión enfocada genitualmente "*genitally focused anxiety depression*", caracterizado por una constante preocupación sobre el estado de los genitales y el pánico a la infertilidad.

- ✓ Daño fetal prenatal;
- ✓ reanimación neonatal;
- ✓ nacimiento del niño muerto;
- ✓ muerte del recién nacido (a los 2 días).

Según un estudio de la OMS publicado en el año 2006 en la revista médica *The Lancet*, *WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*⁽³¹⁾ (*Grupo de Estudio de la OMS sobre la mutilación genital femenina y los resultados obstétricos. La mutilación genital femenina y los resultados obstétricos: estudio prospectivo de la OMS en colaboración en seis países africanos*), la tasa de mortalidad fetal intraparto y la mortalidad neonatal es mucho mayor en mujeres con MGF, y la probabilidad varía según la tipología de MGF (*consultar pp. 26-27*) que se le haya practicado a la madre:

- ✓ Tipo I: superior en un 15%;
- ✓ Tipo II: superior en un 32%;
- ✓ Tipo III: 55%.

Este mismo estudio analiza las consecuencias del Tipo III respecto a las demás tipologías:

- ✓ 30% mayor probabilidad de cesárea;
- ✓ 70% probabilidad mayor de hemorragias postparto;
- ✓ 66% más de necesidad de reanimación en los bebés;
- ✓ alta probabilidad de hospitalización prolongada;
- ✓ aumento del número de episiotomías;
- ✓ mayor probabilidad de mortalidad materna.

Finalmente, este estudio estima que en el continente africano la práctica ocasiona entre 10 y 20 muertes adicionales de bebés por cada 1000 partos.

Existen diferencias o peculiaridades según los países, y dentro del mismo país según las tribus, pero en todas ellas el rechazo de practicar la mutilación conduce al ostracismo propio y de su familia. Por ejemplo, algunas consecuencias son:

- ✓ ser rechazadas por su propia familia y/o comunidad si no se someten a la ablación;
- ✓ difícilmente podrá casarse;
- ✓ no merece ningún respeto, no tienen honor, que le provocan sentimientos de humillación y vergüenza;
- ✓ no podrá tocar los alimentos ni el agua porque los envenenará.

Ejemplos en algunos países en normas tradicionales en torno a la MGF son:

✓ En Egipto⁽⁸⁾ creen que la MGF mantiene a las parejas unidas y evita el consumo de drogas por parte de la mujer, ya que la mujer sin mutilar consumirá drogas si su esposo es mayor en edad cuando y ya no pueda satisfacerla sexualmente.

✓ En Somalia⁽³²⁾ una semana antes del matrimonio concertado por las respectivas familias, el hombre comprueba visualmente el estado de los genitales de su prometida para comprobar que sigue sellada desde su mutilación, ya que implicaría que es virgen, y si es así una semana antes del matrimonio la *Gudniin* (curandera) le realizará una segunda operación. En el caso de que durante la comprobación genital anterior a la boda el marido descubra que no está sellada, denotaría que la prometida ha mantenido relaciones sexuales prematrimoniales, por lo que la repudiará.

✓ En Guinea Bissau⁽²⁷⁾ las mujeres musulmanas no mutiladas durante el mes de Ramadán no podrán rezar en la Mezquita, ni los hombres podrán aceptar alimentos que ellas hayan tocado anteriormente.

✓ Algunas tribus poligámicas de Sudán y Kenia⁽¹⁶⁾ creen que si no se mutila a la mujer, el marido no podrá satisfacer sexualmente a todas sus esposas.

✓ Si no se mutila a las mujeres que van a migrar a Europa, Estados Unidos o Australia, están desprotegidas contra los posibles riesgos de la *vida inmoral* del país de destino.

Según las tribus, he podido leer escritos documentados, como, por ejemplo:

✓ Los kikuyus⁽²⁾, mayoritaria en Kenia, los hombres consideran que las mujeres que no pasaron por este rito no son dignas de ser su esposa. De esta manera la MGF se convierte en un requerimiento para la aceptación social. Además, su abolición destruiría la tribu.

✓ Los Pokot⁽²⁹⁾, en el condado de Baringo (Kenia), la ablación es un rito que marca la transición a la condición de mujer y es un requisito para todas las niñas antes de casarse.

Conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª Revisión, Modificación Clínica, en la edición española publicada en enero de 2016, la mutilación genital femenina se clasifica de la siguiente manera:

N90.8 Otros trastornos no inflamatorios especificados de vulva y periné.

N90.81 Estado de mutilación genital femenina.

Estado de ablación genital femenina.

N90.810 Consultar correspondencia entre clasificaciones. Estado de mutilación genital femenina, no especificado.

Estado de ablación genital femenina, no especificado.

Estado de mutilación genital femenina NEOM.

N90.811 Consultar correspondencia entre clasificaciones. Estado de mutilación genital femenina, tipo I.

Estado de ablación genital femenina, tipo I.

Estado de clitorrectomía.

N90.812 Consultar correspondencia entre clasificaciones. Estado de mutilación genital femenina, tipo II.

Estado de ablación genital femenina, tipo II.

Estado de clitorrectomía con extirpación de labios menores.

N90.813 Consultar correspondencia entre clasificaciones. Estado de mutilación genital femenina, tipo III.

Estado de ablación genital femenina, tipo III.

Estado de infibulación.

N90.818 Consultar correspondencia entre clasificaciones. Otros estados de mutilación genital femenina.

Estado de ablación genital femenina, tipo IV.

Estado de mutilación genital femenina, tipo IV.

Otros estados de ablación genital femenina.

La OMS en el primer semestre de de 2016 ha publicado *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*(3) (*Directrices de la OMS sobre el tratamiento de las complicaciones de salud de la mutilación genital femenina*).

Esta guía es elaborada con el objetivo principal de proporcionar recomendaciones basadas en datos empíricos sobre el tratamiento de las complicaciones de salud asociadas o causadas por la MGF.

Estas directrices están dirigidas a los profesionales sanitarios que atienden a niñas y mujeres mutiladas, ya sean ginecólogos y obstetras, cirujanos, médicos generalistas, comadronas, enfermeras, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

“La prevención de la violencia como una prioridad de la salud pública en todo el mundo”,

49ª Asamblea Mundial de la Salud, 1996.

La Guía se compone de 3 principios rectores, 5 recomendaciones (R) y 8 buenas prácticas (BP).

✓ Principios rectores:

- Las niñas y mujeres que viven con MGF han experimentado una práctica nociva y debe ser proporcionada atención médica de calidad.
- Todos los grupos de interés -en el nivel comunitario, nacional, regional e internacional- deben iniciar o continuar acciones dirigidas a la prevención primaria de la MGF.
- La medicalización de la MGF (es decir, la práctica de la MGF por los profesionales sanitarios) nunca es aceptable, ya que ésto viola la ética médica: la MGF es una práctica nociva; la medicalización perpetúa la MGF; y los riesgos del procedimiento son mayores que cualquier beneficio percibido.

✓ Recomendaciones y buenas prácticas.

◦ Defibulación:

R-1. Se recomienda la desinfibulación para prevenir y tratar las complicaciones obstétricas en mujeres que viven con MGF tipo III (recomendación fuerte, muy evidencia de baja calidad).

R-2. Se recomienda la desinfibulación antes o durante el parto para facilitar el parto en las mujeres que viven con MGF tipo III (recomendación condicional, muy evidencia de baja calidad).

R-3. Se recomienda la desinfibulación para prevenir y tratar las complicaciones urológicas - específicamente infecciones del tracto urinario recurrentes y retención urinaria- en las niñas y las mujeres que viven con el tipo de MGF III.

BP-1. Las niñas y mujeres que son candidatos para la cirugía de desinfibulación deben recibir información de preoperatorio adecuado.

BP-2. En Las niñas y mujeres que se someten desinfibulación debería usarse anestesia local.

- Salud mental:
 - R-4. Terapia cognitivo conductual (TCC) debería ser considerada para las niñas y las mujeres que viven con MGF que están experimentando síntomas compatibles con trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión.
 - BP-3. El apoyo psicológico debe estar disponible para las niñas y las mujeres que reciben o han recibido intervención quirúrgica para corregir las complicaciones de salud relaciones con la MGF.

- Salud sexual femenina:
 - R-5. Se recomienda orientación sexual para prevenir o tratar la disfunción sexual femenina entre las mujeres que viven con MGF.

- Información y educación:
 - BP-4. Información, educación y formación en salud para las niñas y mujeres que viven con cualquier tipo de MGF.
 - BP-5. Información y educación en salud debería impartirse a niñas y mujeres con MGF tipo III.
 - BP-6. Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de transmitir información precisa y clara, utilizando lenguaje y métodos que pueden ser fácilmente comprensibles para los clientes.
 - BP-7. La información relativa a los diferentes tipos de MGF y los respectivos riesgos a corto y pargo plazo asociados a la salud, deben ser proporcionados a los profesionales sanitarios que atienden a las niñas y las mujeres que viven con MGF.
 - BP-8. La Información sobre MGF dada a los profesionales de la salud debe transmitir claramente el mensaje de que la medicalización es inaceptable.

- ✓ Intervenciones en las que no es recomendada la cirugía.
 - ¿Cuál es el tratamiento alternativo para niñas y mujeres con dolor vulvar (vulvodinia) o dolor del clítoris con cualquier tipo de MGF?.
 - ¿Cuál es el papel de la reconstrucción del clítoris?.

El Dr. Pierre Foldes fue el primer médico en realizar la operación de reconstrucción del clítoris, o *Clitoroplastia* en 1984.

Cuando el Dr. Foldes trabajaba de acción humanitaria⁽³³⁾ en países como Burkina Faso, Mali, Senegal, Níger, etc, practicaba operaciones de reparación de la fistula obstétrica, trastorno que provocaba incontinencia urinaria. En 1980 en Burkina Faso varias mujeres le pidieron que reconstruyera su clítoris, por lo que comenzó a realizar estas cirugías. Las primeras operaciones se limitaban al raspado y eliminación del tejido cicatrizal para reducir el dolor, ya que se produce un queloide (tejido cicatrizal endurecido que se une con el hueso pélvico) en pieles negras, consiguiendo con esta intervención una mayor flexibilidad de la vulva en el momento del parto.

Posteriormente, perfeccionó su técnica quirúrgica⁽³³⁾, que le condujo a reconstruir el clítoris con el fin de reconstruir las terminaciones nerviosas y devolverle la funcionalidad.

La técnica que ideó, que no tardaba más de una hora en realizarla, consistía en eliminar el tejido de la cicatriz que había crecido (queloide), para posteriormente realizar un estiramiento del clítoris desde los muslos hacia el exterior del mismo, que le permitía reparar los ligamentos y reconstruir los labios.

Las mujeres documentan dolor durante la cicatrización⁽³³⁾ que dura alrededor de 10 días. Estéticamente a las 6 semanas estéticamente se asemeja a un clítoris sin mutilación anterior.

En cuanto a la sensibilidad, entre el 4º y 6º mes⁽³³⁾ pueden comenzar a experimentar sensaciones.

El clítoris⁽³⁴⁾ mide entre 10 y 11 centímetros de largo, tiene 8 mil terminaciones nerviosas, y está compuesto por el glande (vulva) y los nervios que rodean a la vagina, extendiéndose a los muslos (suelo pélvico).

El manual *Victoria sobre la ablación: Pierre Foldes, el cirujano que le da esperanza a las mujeres mutiladas* (2006)⁽³⁴⁾, permite a otros médicos realizar la cirugía de reconstrucción.

Entre 1998 y 2009 se estudiaron a mujeres con MGF mayores de 18 años en el Hospital Germain Poissy-Saint (Francia), se les realizó la cirugía reconstructiva, y se les pasó un cuestionario para evaluar sus características, expectativas, y niveles de dolor y placer percibido en una escala de 0 a 5 preoperatorio y postoperatorio en el seguimiento de un año. Operaron a 2.938 mujeres con una edad media de edad de 29 años, originarias de Malí, Senegal y Costa de Marfil, de las que 564 pacientes se habían sometido a la mutilación genital femenina en Francia. Las

expectativas antes de la operación: el 99% la recuperación de su identidad, el 81% la mejora de la vida sexual y el 29% la reducción del dolor. Se realizó consulta de seguimiento al año de la operación a 866 pacientes (29%), de ellas el 28% tenían un clítoris normal, y del 0 al 4% no habían sufrido cambios. 821 de 840 pacientes informaron de disminución del dolor y 815 de 834 aumentaron el placer del clítoris, el 51% experimentaron orgasmos. Este estudio ⁽³⁵⁾ lo publicó en *The Lancet* en el año 2013, y la publicación esta revista médica supone una reafirmación de que su técnica de clitoridectomía funciona y es útil.

La Mutilación Genital Femenina es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos y una forma de tortura contra las niñas y las mujeres, dejando de manifiesto el profundo arraigo de la desigualdad entre los sexos. La MGF es concebida mundialmente como una forma extrema de discriminación contra la mujer. Casi siempre se lleva a cabo con menores, por lo que supone una violación de los derechos de la niña.

Declaración de Beijing (1995)

113. La expresión "*violencia contra la mujer*" se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.

Por consiguiente, la violencia contra la mujer puede tener, entre otras, las siguientes formas:

- a) La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación;
- b) La violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

117. La violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales mediante los que se coloca a la mujer en una posición de subordinación frente al hombre. En muchos casos, la violencia contra las mujeres y las niñas ocurre en la familia o en el hogar, donde a menudo se tolera la violencia.

118. La violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana esencialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad. La violencia contra la mujer se ve agravada por presiones sociales, como la vergüenza de denunciar ciertos actos; la falta de acceso de la mujer a información, asistencia letrada o protección jurídica; la falta de leyes que prohíban efectivamente la violencia contra la mujer; el hecho de que no se reformen las leyes vigentes; el hecho de que las autoridades públicas no pongan el suficiente empeño en difundir y hacer cumplir las leyes vigentes; y la falta de medios educacionales y de otro tipo para combatir las causas y consecuencias de la violencia. Las imágenes de violencia contra la mujer que aparecen en los medios de difusión, en particular las representaciones de la violación o la esclavitud sexual, así como la utilización de mujeres y niñas como objetos sexuales, y la pornografía, son factores que contribuyen a que se perpetúe esa violencia, que perjudica a la comunidad en general, y en particular a los niños y los jóvenes.

Conforme a la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos (sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo), la 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. Puede causar a las víctimas lesiones corporales o sexuales, daños emocionales o psicológicos, o perjuicios económicos y puede comprender, sin limitarse a ellas, la violencia en las relaciones personales, la violencia sexual (incluida 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 mutilación genital femenina y los denominados delitos relacionados con el honor.

Las prácticas nocivas se fundamentan en la discriminación por razón de sexo, género y edad, entre otras cosas, y a menudo se han justificado invocando costumbres y valores socioculturales y religiosos, además de concepciones erróneas relacionadas con algunos grupos desfavorecidos de mujeres y niños. En general, las prácticas nocivas suelen ir asociadas a graves formas de violencia o son en sí mismas una forma de violencia contra las mujeres y los niños. Si bien la naturaleza y prevalencia de las prácticas varían según la región y la cultura, las más prevalentes y mejor documentadas son la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil o forzoso, la poligamia, los delitos cometidos por motivos de "honor" y la violencia por causa de la dote, punto 7 CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, Recomendación general nº. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general nº. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta.

Finalmente, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su resolución 32/21 "Eliminación de la mutilación genital femenina", adoptada el 1 de julio de 2016 reconoce la mutilación genital femenina como violencia de género: "Reafirmando que la mutilación genital femenina es una forma de discriminación, un acto de violencia contra las mujeres y las niñas, y una práctica nociva que constituye una grave amenaza para su salud, en particular su salud psíquica, sexual y reproductiva, y que puede incrementar los resultados adversos desde el punto de vista obstétrico y prenatal y tener consecuencias mortales para la madre y el recién nacido, así como incrementar su vulnerabilidad al VIH, y que la erradicación de esta práctica nociva solo puede lograrse mediante un movimiento amplio dirigido por los gobiernos en el que participen todas las partes interesadas de los sectores público y privado de la sociedad, incluidos tanto los niños como las niñas y tanto las mujeres como los hombres" (consultar pp. 48-49).

En España, en la actualización del 23 de Julio de 2015 de la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, incluyen a los menores como víctimas de violencia de género en el artículo 1, con el objeto de visibilizar esta forma de violencia que se puede ejercer sobre ellos; esta misma reforma, al definir el interés superior del menor se refiere, entre otras cuestiones, a la conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia.

En la actualización del Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar, de diciembre de 2014, establece como maltrato grave la mutilación genital femenina.

Art. 1. Ley 1/2004, modificada en julio 2015:

1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

2. Por esta ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia.

3. La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

*Ilustración página siguiente "Rosa Truncada", José Vicente Santamaría Monsoriú.
2º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".*



VS 2016

Resolución 32/21 del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, “Eliminación de la mutilación genital femenina”, 29 de Junio de 2016, adoptada el 1 de Julio de 2016

1. Insta a los Estados a que hagan especial hincapié en la educación, en particular de los jóvenes, los padres y los líderes religiosos, tradicionales y comunitarios, sobre los efectos nefastos de la mutilación genital femenina, y a que alienten especialmente a los hombres jóvenes y los niños a participar más activamente en las campañas de información y concienciación, y a convertirse en agentes del cambio;
2. Exhorta a los Estados a que prosigan e intensifiquen su labor de información y concienciación sobre los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina y sobre el aumento continuo en los ámbitos nacional e internacional del apoyo para eliminar esta práctica, y a que, en este marco, organicen actividades destinadas a las autoridades religiosas y tradicionales durante el Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, lo que dará mayor visibilidad al movimiento para la eliminación de la mutilación genital femenina;
3. Insta a los Estados a que promulguen legislación nacional que prohíba la mutilación genital femenina, en consonancia con el derecho internacional de los derechos humanos, y a que adopten medidas para garantizar la estricta aplicación de esa legislación, y a que al mismo tiempo trabajen para armonizar su legislación a fin de hacer frente eficazmente a la práctica transfronteriza de la mutilación genital femenina;
4. Alienta a los Estados a que elaboren políticas globales de lucha contra la mutilación genital femenina que impliquen al gobierno, el parlamento, el poder judicial, la sociedad civil, los jóvenes, los medios de comunicación, el sector privado y todos los demás actores pertinentes;
5. Alienta también a los Estados a que elaboren, apoyen y promuevan programas de educación, según proceda, en particular sobre salud sexual y reproductiva, en los que se cuestionen inequívocamente los estereotipos negativos y las actitudes y las prácticas nocivas que sustentan la mutilación genital femenina y perpetúan la violencia y la discriminación contra las mujeres y las niñas;
6. Pone de relieve la necesidad de que los Estados sistematicen, según proceda, la recopilación de datos sobre la mutilación genital femenina, fomenten la investigación sobre este tema, especialmente a nivel universitario, y la apoyen con fondos suficientes, utilicen los resultados para reforzar las actividades de información y concienciación, y evalúen eficazmente los progresos logrados en la eliminación de la mutilación genital femenina;
7. Exhorta a los Estados que presten asistencia a las víctimas de la mutilación genital femenina, entre otras cosas prestándoles servicios de apoyo adecuados para remediar sus secuelas físicas, fisiológicas y psicológicas;
8. Alienta a los Estados a que consideren la posibilidad de presentar, en el examen periódico universal, recomendaciones pertinentes sobre la adopción de medidas para erradicar la mutilación genital femenina;

9. Alienta a la comunidad internacional a que mantenga la cuestión de la eliminación de la mutilación genital femenina en el programa de las políticas de desarrollo y a que le preste especial atención en la puesta en práctica de los Objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;

10. Exhorta a los Estados a que sigan aumentando su asistencia técnica y financiera para la aplicación efectiva de los programas, políticas y planes de acción destinados a eliminar la mutilación genital femenina en los planos nacional, regional e internacional;

11. Invita al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, así como a los órganos de tratados de derechos humanos pertinentes, en particular el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos Humanos, el Comité de los Derechos del Niño, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité contra la Tortura y el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, a que sigan prestando especial atención a la cuestión de la eliminación de la mutilación genital femenina;

12. Decide seguir examinando la cuestión de la mutilación genital femenina en el marco de su programa de trabajo.

Cómo erradicar esta práctica

Cualquier práctica que vulnere o atente contra los derechos y discrimine a la mujer, se erradicará en gran medida con el empoderamiento de las niñas y las mujeres. Pero la niña/mujer no debe ser el único agente de cambio, sino que deben existir actuaciones por parte de los hombres, de los líderes religiosos, de profesionales, de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así como de la sociedad civil.

El empoderamiento de la mujer se puede llevar a cabo a través de:

- ✓ la promoción de su salud, haciendo hincapié en la salud sexual y reproductiva;
- ✓ el conocimiento, la defensa y protección de sus derechos universales;
- ✓ el conocimiento, la defensa y protección de sus derechos como niña;
- ✓ la educación y formación reglada en las niñas y adolescentes, obligatoria y gratuita (primaria, secundaria y profesional);
- ✓ el trabajo remunerado de las mujeres.

Utilización de terceras personas u organismos que intercedan:

- ✓ el uso de grupos más destacados para defender la abolición de esta práctica;
- ✓ el apoyo de los profesionales como enfermeras o curanderos tradicionales;
- ✓ implicación de gobiernos, agentes sociales, ciudadanía en general en erradicarla;
- ✓ los Gobiernos elaboren leyes que lo prohíban y obliguen al cumplimiento de la legislación.

Trabajando sobre las Circuncidadoras:

- ✓ microcréditos o alternativas de trabajo para que las practicantes cambien de oficio;
- ✓ sensibilizándolas y formándolas en las consecuencias de la MGF.

Incluyendo a la comunidad:

- ✓ promocionando y defendiendo la conciencia de la comunidad;
- ✓ cambio el ritual de iniciación a la edad adulta con una actividades simbólica.

Para poner fin a la mutilación genital femenina es preciso contar con liderazgo a todos los niveles, desde los gobiernos hasta mujeres y hombres que son líderes comunitarios y religiosos o profesionales médicos, y las familias.

Y las niñas y las mujeres que están en riesgo o han sido sometidas al procedimiento necesitan apoyo y servicios,

Mensaje por el Día Internacional de Tolerancia Cero a la MGF, Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directora Ejecutiva de ONU Mujeres, 2014.

Para conocer el trabajo real que se está haciendo en los países en materia de MGF, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos solicitó a todos los estados responder a un cuestionario sobre la Resolución 27/22 “*Intensificación de los esfuerzos mundiales e intercambio de buenas prácticas para la eliminación efectiva de la mutilación genital femenina*”.

España emitió su Informe *Respuesta de España al cuestionario sobre la Resolución 27/22, aprobada el 26 de septiembre de 2014, de “Intensificación de los esfuerzos mundiales e intercambio de buenas prácticas para la eliminación efectiva de la mutilación genital femenina”* (36), en que ante la pregunta *¿El Estado miembro tiene y difunde información basada en la evidencia sobre los riesgos para la salud en relación a la MGF?*, hace alusión al primer Manual sobre MGF publicado por la Confederación Nacional Mujeres en Igualdad en 2014.

Finalmente, en consulta con los Estados, las entidades de las Naciones Unidas, las organizaciones de la sociedad civil y otros interesados pertinentes, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas presentó el 25 de marzo de 2015 en la 29ª sesión, un compendio titulado *Buenas prácticas y principales dificultades en la prevención y eliminación de la mutilación genital femenina (A/HRC/29/20)*(20).

En la web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)(37) se pueden leer todas las aportaciones por países. No todos los estados han aportado el cuestionario, pero si lo han hecho Argentina, Burkina Faso, Camerún, Colombia, Dinamarca, Egipto, Estonia, Finlandia, Alemania, Israel, Japón, Kenia, Kuwait, Líbano, Nigeria, Noruega, Panamá, Portugal, Qatar, España, Suecia, Togo, Túnez, Reino Unido e Irlanda del Norte.

También contestaron a este cuestionario agencias de Naciones Unidas, como son la OMS, UNHCR-ACNUR, y el Programa conjunto UNFPA-UNICEF, así como ONG´s y personas individuales.

Resolución 67/146 de la Asamblea General de Naciones Unidas del 20 de diciembre de 2012, de “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina”.

1. *Destaca* que el empoderamiento de las mujeres y las niñas es esencial para romper el ciclo de discriminación y violencia y para promover y proteger los derechos humanos, entre ellos el derecho al más alto nivel posible de salud mental y física, incluida la salud sexual y reproductiva, y exhorta a los Estados partes a que cumplan sus obligaciones en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como su compromiso de aplicar la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “*La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI*”, y del período extraordinario de sesiones de la Asamblea sobre la infancia;

2. *Exhorta* a los Estados a intensificar las actividades de concienciación y de educación y capacitación académica, no académica e informal, a fin de promover la participación directa de las niñas y los niños, las mujeres y los hombres, y a velar por que todos los agentes principales, los funcionarios públicos, incluidos el personal judicial y los agentes encargados de hacer cumplir la ley, los funcionarios de inmigración, los proveedores de servicios de salud, los líderes comunitarios y religiosos, los docentes, los empleadores, los profesionales de los medios de comunicación y quienes trabajan directa-

mente con las niñas, así como los padres, las familias y las comunidades, colaboren para erradicar las actitudes y las prácticas nocivas, en particular todas las formas de mutilación genital femenina, que afectan de forma negativa a las niñas;

3. *Exhorta* también a los Estados a fortalecer los programas de promoción y concienciación, movilizar a las niñas y los niños para que participen activamente en la elaboración de programas de prevención y erradicación con el fin de hacer frente a las prácticas nocivas, especialmente la mutilación genital femenina, y recabar la participación de los líderes comunitarios y religiosos, las instituciones de enseñanza, los medios de comunicación y las familias, y aportar un mayor apoyo financiero a las actividades que se lleven a cabo a todos los niveles para poner fin a esas prácticas;

4. *Insta* a los Estados a condenar todas las prácticas nocivas que afecten a las mujeres y las niñas, en particular la mutilación genital femenina, independientemente de que se realicen dentro o fuera de las instituciones médicas, y a tomar todas las medidas necesarias, incluso promulgando y aplicando leyes, para prohibir la mutilación genital femenina y proteger a las niñas y las mujeres contra esa forma de violencia, y a poner fin a la impunidad;

5. *Insta* también a los Estados a complementar las medidas punitivas con actividades de concienciación y educación que tengan por objeto promover un proceso de consenso en pro de la eliminación de la mutilación genital

proteger y apoyar a las mujeres y las niñas que hayan sido objeto de mutilación genital femenina y a las que corran el riesgo de serlo, con servicios de atención y apoyo social y psicológico, y a adoptar medidas para mejorar su salud, incluida la salud sexual y reproductiva, con el fin de prestar asistencia a las mujeres y las niñas que sean objeto de esa práctica;

6. *Insta* además a los Estados a promover procesos educativos que tengan en cuenta el género y propicien el empoderamiento, examinando y revisando, según proceda, los planes de estudios, el material didáctico y los programas de formación de docentes, y elaborando políticas y programas de tolerancia cero de la violencia contra las niñas, en particular la mutilación genital femenina, y a seguir incorporando una visión amplia de las causas y consecuencias de la violencia por razón de género y la discriminación contra las mujeres y las niñas en los planes de estudios y capacitación a todos los niveles;

7. *Exhorta* a los Estados a asegurar que los planes de acción y las estrategias nacionales para la eliminación de la mutilación genital femenina tengan un alcance amplio y multidisciplinario e incorporen objetivos e indicadores claros para la vigilancia efectiva, la evaluación del impacto y la coordinación de los programas entre todos los interesados;

8. *Insta* a los Estados a adoptar, en el marco general de las políticas de integración y en consulta con las comunidades afectadas, medidas eficaces y dirigidas específicamente a las refugiadas y las migrantes y sus comunidades, con el fin de proteger a las niñas contra la mutilación genital femenina, incluso cuando esta práctica tenga lugar fuera del país de residencia;

9. *Exhorta* a los Estados a elaborar campañas

y programas de información y concienciación que lleguen sistemáticamente al público en general, los profesionales pertinentes, las familias y las comunidades, incluso a través de los medios de comunicación y presentando debates en programas de radio y televisión, sobre la eliminación de la mutilación genital femenina;

10. *Insta* a los Estados a adoptar un enfoque amplio y sistemático, que tenga en cuenta las diferencias culturales y la perspectiva social y se base en los derechos humanos y los principios de igualdad entre los géneros, al impartir educación y capacitación a las familias, los dirigentes de las comunidades locales y los miembros de todas las profesiones que guarden relación con la protección y el empoderamiento de las mujeres y las niñas con el fin de aumentar la conciencia sobre la mutilación genital femenina y el compromiso con su eliminación;

11. *Insta* también a los Estados a asegurar la aplicación nacional de los compromisos y obligaciones internacionales y regionales asumidos en su calidad de Estados partes en diversos instrumentos internacionales que garantizan el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres y las niñas;

12. *Exhorta* a los Estados a formular políticas y reglamentos para asegurar la aplicación efectiva de los marcos legislativos nacionales sobre la eliminación de la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas, en particular la mutilación genital femenina, y a establecer mecanismos adecuados de rendición de cuentas en los planos nacional y local para vigilar el cumplimiento y la aplicación de esos marcos legislativos;

13. *Exhorta* también a los Estados a elaborar métodos y normas unificados para la reunión

de datos sobre todas las formas de discriminación y violencia contra las niñas, especialmente las formas poco documentadas, como la mutilación genital femenina, y a formular indicadores adicionales para medir eficazmente los avances logrados en la eliminación de esa práctica;

14. *Insta* a los Estados a asignar recursos suficientes para la aplicación de políticas y programas y marcos legislativos que tengan por objeto eliminar la mutilación genital femenina;

15. *Exhorta* a los Estados a elaborar, apoyar y aplicar estrategias amplias e integradas para prevenir la mutilación genital femenina, incluida la capacitación de los trabajadores sociales, el personal médico, los líderes comunitarios y religiosos y los profesionales pertinentes, y a asegurarse de que esas personas presten atención y servicios de apoyo competentes a las mujeres y las niñas que corran el riesgo de ser objeto de mutilación genital femenina o que lo hayan sido, y a alentarlas a comunicar a las autoridades correspondientes los casos en que crean que corren riesgo mujeres o niñas;

16. *Exhorta* también a los Estados a apoyar, como parte de un enfoque amplio para eliminar la mutilación genital femenina, programas que recaben la participación de quienes practican mutilaciones genitales femeninas en las comunidades en iniciativas comunitarias encaminadas al abandono de esta práctica, incluso, cuando sea pertinente, asistiendo a las comunidades en la búsqueda de medios de subsistencia alternativos para esas personas;

17. *Exhorta* a la comunidad internacional, las entidades pertinentes de las Naciones Unidas y la sociedad civil y las instituciones

financieras internacionales a seguir apoyando activamente, mediante la asignación de más recursos financieros y asistencia técnica, la realización de programas focalizados y exhaustivos que atiendan las necesidades y las prioridades de las mujeres y las niñas que corren riesgo de ser objeto de mutilación genital femenina o lo hayan sido;

18. *Exhorta* a la comunidad internacional a prestar un decidido apoyo, incluso mediante un mayor respaldo financiero, a una segunda etapa del *Programa Conjunto sobre la mutilación/ablación genital femenina: acelerar el cambio*, del Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, cuya terminación está prevista actualmente para diciembre de 2013, así como a los programas nacionales centrados en la eliminación de la mutilación genital femenina;

19. *Destaca* que en varios países se han registrado progresos en la lucha contra la mutilación genital femenina utilizando un enfoque común y coordinado que promueve cambios sociales positivos en los planos comunitario, nacional, regional e internacional, y recuerda el objetivo enunciado en la declaración interinstitucional de las Naciones Unidas de eliminar la mutilación genital femenina en una generación, obteniendo algunos de los principales logros a más tardar en 2015, de conformidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

20. *Alienta* a los hombres y los niños a emprender iniciativas positivas y a trabajar en asociación con las mujeres y las niñas para combatir la violencia y las prácticas discriminatorias contra las mujeres y las niñas, en particular la mutilación genital femenina, mediante redes, programas entre pares, campañas de información y programas de capacitación;

21. Exhorta a los Estados, el sistema de las Naciones Unidas, la sociedad civil y todos los interesados a seguir celebrando el Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina el 6 de febrero y a aprovechar ese día para intensificar las campañas de concienciación y adoptar medidas concretas contra la mutilación genital femenina;

22. *Solicita* al Secretario General que vele por que todos los órganos y organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), la Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, tanto por separado como colectivamente, tengan en cuenta la

protección y promoción de los derechos de las mujeres y las niñas contra la mutilación genital femenina en sus programas por países, según proceda y de conformidad con las prioridades nacionales, para seguir fortaleciendo sus iniciativas en tal sentido;

23. *Solicita* también al Secretario General que en su sexagésimo noveno período de sesiones le presente un informe multidisciplinario exhaustivo sobre las causas fundamentales de la práctica de la mutilación genital femenina y los factores que contribuyen a ella, su prevalencia en todo el mundo y sus efectos en las mujeres y las niñas, en el que se incluyan pruebas y datos, análisis de los avances realizados hasta la fecha y recomendaciones orientadas a la acción para la eliminación de esa práctica sobre la base de la información proporcionada por los Estados Miembros, los agentes del sistema de las Naciones Unidas que se ocupan de la cuestión y otros interesados pertinentes.

Resolución 69/150 de la Asamblea General de Naciones Unidas el 18 de diciembre de 2014, de “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina”.

Se realizan modificaciones y ampliaciones sobre la Resolución 67/146 debido a cuatro motivos: porque no fue proporcionada información sobre las causas fundamentales de la práctica de la mutilación genital femenina y los factores que contribuyen a ella, su prevalencia en todo el mundo y sus efectos en las mujeres y las niñas, en la que se incluyeran pruebas y datos, análisis de los avances realizados hasta la fecha y recomendaciones orientadas a la acción para la eliminación de esa práctica sobre la base de la información proporcionada por los Estados Miembros, los agentes del sistema de las Naciones Unidas que se ocupan de la cuestión y otros interesados pertinentes solicitados por dicha Resolución; porque la práctica aún persiste en todas las regiones del mundo y con frecuencia va en aumento en el caso de las mujeres y las niñas migrantes; por la falta de recursos y el déficit de financiación ha limitado gravemente el alcance y el ritmo de los programas y actividades que tienen por objeto la eliminación de la mutilación genital femenina; así como la próxima inclusión de la erradicación de la mutilación genital femenina y demás prácticas nocivas en uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2016-2030).

1. Destaca que el empoderamiento de las mujeres y las niñas es esencial para romper el ciclo de discriminación y violencia y para promover y proteger los derechos humanos, entre ellos el derecho al más alto nivel posible de salud mental y física, incluida la salud sexual y reproductiva, y exhorta a los Estados partes a que cumplan sus obligaciones en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, así como su compromiso de aplicar la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado *“La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”*, y del período extraordinario de sesiones de la Asamblea sobre la infancia;

2. Exhorta a los Estados a que se centren más en la elaboración de estrategias integrales de prevención, en particular intensificando las campañas educativas, las actividades de concienciación y de educación y capacitación académica, no académica e informal, a fin de promover la participación directa de las niñas y los niños, las mujeres y los hombres, y a velar por que todos los agentes principales, los funcionarios públicos, incluidos el personal judicial y los agentes encargados de hacer cumplir la ley, los funcionarios de inmigración, los proveedores de servicios de salud, los líderes comunitarios, religiosos y de la sociedad civil, los docentes, los empleadores, los profesionales de los medios de comunicación y quienes trabajan directamente con las niñas, así como los padres, las familias y las comunidades, colaboren para erradicar las actitudes y las prácticas nocivas, en parti-

cular todas las formas de mutilación genital femenina, que afectan de forma negativa a las mujeres y las niñas;

3. Exhorta también a los Estados a fortalecer los programas de promoción y concienciación, movilizar a las niñas y los niños para que participen activamente en la elaboración de programas de prevención y erradicación con el fin de hacer frente a las prácticas nocivas, especialmente la mutilación genital femenina, y recabar la participación de los líderes comunitarios y religiosos locales, las instituciones de enseñanza, los medios de comunicación y las familias y aportar un mayor apoyo financiero a las actividades que se lleven a cabo a todos los niveles para poner fin a las normas y prácticas sociales discriminatorias;

4. Insta a los Estados a condenar todas las prácticas nocivas que afecten a las mujeres y las niñas, en particular la mutilación genital femenina, independientemente de que se realicen dentro o fuera de las instituciones médicas, y a tomar todas las medidas necesarias, en especial por medio de campañas educativas, incluso promulgando y aplicando leyes, para prohibir la mutilación genital femenina y proteger a las niñas y las mujeres contra esa forma de violencia, y a exigir responsabilidades a los autores de esos actos;

5. Insta también a los Estados a complementar las medidas punitivas con actividades de concienciación y educación que tengan por objeto promover un proceso de consenso en pro de la eliminación de la mutilación genital femenina, e insta además a los estados a proteger y apoyar a las mujeres y las niñas que hayan sido objeto de mutilación genital femenina y a las que corra el riesgo de serlo, con servicios de atención y apoyo social y

psicológico, y a estudiar otros recursos, según proceda, y adoptar medidas para mejorar su salud, incluida la salud sexual y reproductiva, con el fin de prestar asistencia a las mujeres y las niñas que sean objeto de esa práctica;

6. Insta además a los Estados, según proceda, a promover procesos educativos que tengan en cuenta el género y propicien el empoderamiento, examinando y revisando los planes de estudios, el material didáctico y los programas de formación de docentes, y elaborando políticas y programas de tolerancia cero de la violencia contra las niñas, en particular la mutilación genital femenina, y a seguir incorporando una visión amplia de las causas y consecuencias de la violencia por razón de género y la discriminación contra las mujeres y las niñas en los planes de estudios y capacitación a todos los niveles;

7. Insta a los Estados a velar por que la protección y la prestación de apoyo a las mujeres y las niñas sometidas o en riesgo de ser sometidas a la mutilación genital femenina sean una parte esencial de las políticas y los programas que combaten esta práctica y a proporcionar a las mujeres y las niñas mecanismos de prevención y respuesta multisectoriales coordinados, especializados, accesibles y de calidad que incluyan servicios tanto educativos como jurídicos, psicológicos, sociales y de salud prestados por personal cualificado y acordes con las directrices de ética médica;

8. Exhorta a los Estados a asegurar que los planes de acción y las estrategias nacionales para la eliminación de la mutilación genital femenina tengan un alcance amplio y multidisciplinario, incluyan el calendario previsto para alcanzar sus objetivos, incorporen metas e indicadores claros para la vigilancia efectiva, la evaluación del impacto y la coordinación de

los programas entre todos los interesados pertinentes y promuevan su participación, incluidas la participación de los grupos afectados, las comunidades que llevan a cabo la práctica y las organizaciones no gubernamentales, en la elaboración, ejecución y evaluación de esos planes y estrategias;

9. Insta a los Estados a adoptar, en el marco general de las políticas de integración y en consulta con las comunidades afectadas, medidas eficaces y dirigidas específicamente a las refugiadas y las migrantes y sus comunidades, con el fin de proteger a las niñas contra la mutilación genital femenina, incluso cuando esta práctica tenga lugar fuera del país de residencia;

10. Exhorta a los Estados a elaborar campañas y programas de información y concienciación que lleguen sistemáticamente al público en general, los profesionales pertinentes, las familias y las comunidades, incluso a través de los medios de comunicación, presentando debates en programas de radio y televisión, sobre la eliminación de la mutilación genital femenina;

11. Insta a los Estados a adoptar un enfoque amplio y sistemático, que tenga en cuenta las diferencias culturales y la perspectiva social y se base en los derechos humanos y los principios de igualdad entre los géneros, al impartir educación y capacitación a las familias, los dirigentes de las comunidades locales y los miembros de todas las profesiones que guarden relación con la protección y el empoderamiento de las mujeres y las niñas con el fin de aumentar la conciencia sobre la mutilación genital femenina y el compromiso con su eliminación;

12. Insta también a los Estados a asegurar la aplicación nacional de los compromisos y obligaciones internacionales y regionales

asumidos en su calidad de Estados partes en diversos instrumentos internacionales que garantizan el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres y las niñas;

13. Exhorta a los Estados a formular políticas y reglamentos para asegurar la aplicación efectiva de los marcos legislativos nacionales sobre la eliminación de la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas, en particular la mutilación genital femenina, y a establecer mecanismos adecuados de rendición de cuentas en los planos nacional y local para vigilar el cumplimiento y la aplicación de esos marcos legislativos;

14. Exhorta también a los Estados a elaborar métodos y normas unificados para la reunión de datos sobre todas las formas de discriminación y violencia contra las niñas, especialmente las formas poco documentadas, como la mutilación genital femenina, a formular indicadores adicionales para medir eficazmente los avances logrados en la eliminación de esa práctica y a fomentar el intercambio de buenas prácticas relativas a la prevención y el abandono de la práctica en el plano subregional y regional;

15. Insta a los Estados a asignar recursos suficientes para la aplicación de políticas y programas y marcos legislativos que tengan por objeto eliminar la mutilación genital femenina;

16. Exhorta a los Estados a elaborar, apoyar y aplicar estrategias amplias e integradas para prevenir la mutilación genital femenina, incluida la capacitación de los trabajadores sociales, el personal médico, los líderes comunitarios y religiosos y los profesionales pertinentes, y a asegurarse de que esas personas presten atención y servicios de

apoyo competentes a las mujeres y las niñas que corran el riesgo de ser objeto de mutilación genital femenina o que lo hayan sido, y a alentarlas a comunicar a las autoridades correspondientes los casos en que crean que corren riesgo mujeres o niñas;

17. Exhorta también a los Estados a apoyar, como parte de un enfoque amplio para eliminar la mutilación genital femenina, programas que recaben la participación de quienes practican mutilaciones genitales femeninas en las comunidades en iniciativas comunitarias encaminadas al abandono de esta práctica, incluso, cuando sea pertinente, asistiendo a las comunidades en la búsqueda de medios de subsistencia alternativos para esas personas;

18. Exhorta a la comunidad internacional, las entidades pertinentes de las Naciones Unidas y la sociedad civil y las instituciones financieras internacionales a seguir apoyando activamente, mediante la asignación de más recursos financieros y asistencia técnica, la realización de programas focalizados y exhaustivos que atiendan las necesidades y las prioridades de las mujeres y las niñas que corren riesgo de ser objeto de mutilación genital femenina o lo hayan sido;

19. Exhorta a la comunidad internacional a prestar un decidido apoyo, incluso mediante un mayor respaldo financiero, a una segunda etapa del *Programa Conjunto sobre la mutilación/ablación genital femenina: acelerar el cambio*, del Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, que estará en marcha hasta 2017, así como a los programas nacionales centrados en la eliminación de la mutilación genital femenina;

20. Destaca que en varios países se han registrado progresos en la lucha contra la mutilación genital femenina utilizando un enfoque común y coordinado que promueve cambios sociales positivos en los planos comunitario, nacional, regional e internacional, y recuerda el objetivo enunciado en la declaración interinstitucional de las Naciones Unidas de eliminar la mutilación genital en una generación, obteniendo algunos de los principales logros a más tardar en 2015, de conformidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

21. Alienta a los hombres y los niños a emprender iniciativas positivas y a trabajar en asociación con las mujeres y las niñas para combatir la violencia y las prácticas discriminatorias contra las mujeres y las niñas, en particular la mutilación genital femenina, mediante redes, programas entre pares, campañas de información y programas de capacitación;

22. Exhorta a los Estados, el sistema de las Naciones Unidas, la sociedad civil y todos los interesados a seguir celebrando el Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina el 6 de febrero y a aprovechar ese día para intensificar las campañas de concienciación y adoptar medidas concretas contra la mutilación genital femenina;

23. Exhorta a los Estados a mejorar la reunión y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos y, cuando proceda, a colaborar con los sistemas de reunión de datos existentes, que son fundamentales para elaborar instrumentos jurídicos y normativos basados en pruebas, diseñar y aplicar programas y vigilar la erradicación de la mutilación genital femenina;

24. Reconoce que es necesario intensificar los esfuerzos para la eliminación de la

mutilación genital femenina y, a este respecto, que es importante tener debidamente en cuenta esa cuestión al elaborar la agenda para el desarrollo después de 2015;

25. Solicita al Secretario General que vele por que todos los órganos y organizaciones pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), la Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, tanto por separado como colectivamente, tengan en cuenta la protección y promoción de los derechos de las mujeres y las niñas contra la mutilación genital femenina en sus programas por países, según proceda y de conformidad con las prioridades nacionales, para seguir fortaleciendo sus iniciativas en tal sentido;

26. Renueva su solicitud al Secretario General de que en su septuagésimo primer período de sesiones le presente un informe multidisciplinario exhaustivo sobre las causas fundamentales de la práctica de la mutilación genital femenina y los factores que contribuyen a ella, su prevalencia en todo el mundo y sus efectos en las mujeres y las niñas, en el que se incluyan pruebas y datos, análisis de los avances realizados hasta la fecha y recomendaciones orientadas a la acción para la eliminación de esa práctica sobre la base de la información proporcionada por los Estados Miembros, los agentes del sistema de las Naciones Unidas que se ocupan de la cuestión y otros interesados pertinentes.

Objetivos de Desarrollo

Los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015) no hacían alusión a la mutilación genital femenina específicamente ni en su objetivo 3 de *Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer*, ni en el 5 de *Mejorar la Salud Materna*.

“Millones de personas, especialmente mujeres y niños, han quedado a la zaga a raíz de la labor inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Debemos asegurar que las mujeres, los jóvenes y los niños tengan acceso a toda la gama de servicios de salud. Debemos garantizar que se aplique una política de tolerancia cero respecto de la violencia contra las mujeres y las niñas y su explotación”, punto 69 del Informe El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta, (A/69/700), Asamblea General Naciones Unidas, 4 de diciembre de 2014.

Sí se refiere a dicha práctica tradicional nociva en uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (2016-2030) aprobados el 25 de septiembre de 2015 por Resolución 70/1 *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.

Hace una alusión directa en el Objetivo 5 *Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*:

- 5.1. Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo
- 5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación
- 5.3. Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina
- 5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.
 - 5.a. Empezar reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales
 - 5.b. Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres
 - 5.c. Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles

*Ilustración página siguiente “Descubriendo el rostro”, Lorena Cuenca Ramón.
3º Accésit Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.*



También hay una Agenda específica para África, la *Agenda 2063*, elaborada por la Unión Africana, tomando como referencia el año 2013 con un plazo de ejecución de 50 años. En ella se refiere a la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales y perjudiciales en su 6ª aspiración, así como en una de sus llamadas a la acción.

ASPIRACIÓN 6: Una África cuyo desarrollo está orientado a las personas, basándose en el potencial de las personas africanas, especialmente sus mujeres y jóvenes, y el cuidado de los niños

51. Todas las formas de violencia y discriminación (social, económica, política) contra las mujeres y las niñas por motivos de género serán eliminados y, por consiguiente, disfrutarán plenamente de todos sus derechos humanos. Todas las prácticas sociales nocivas (especialmente la mutilación genital femenina y los matrimonios infantiles) se terminarán y las barreras a la salud y la educación de calidad para las mujeres y las niñas serán eliminadas.

UNA LLAMADA A LA ACCIÓN

72. Adoptamos la Agenda 2063, como una visión colectiva y como hoja de ruta para los próximos cincuenta años y por lo tanto nos comprometemos a acelerar las acciones para:

k. Lograr la paridad de género en las instituciones públicas y privadas, y la eliminación de todas las formas de discriminación de género en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos. Movilizar una unidad concertada hacia terminar inmediatamente con los matrimonios de niños, la mutilación genital femenina y otras prácticas culturales nocivas que discriminan a las mujeres y las niñas.

La Asamblea de Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Africana declaró el decenio 2010-2020 como *Década de las Mujeres Africanas*, y el año 2015 como *Año de la potenciación y el desarrollo de las mujeres hacia la realización de la Agenda 2063 de África*.

6 de Febrero, aprobado el 20 de Diciembre de 2012 por Naciones Unidas con la Resolución 67/146 de “*Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina*”, en su artículo 21.

Sensibilización: Hashtag

Los hashtag’s corporativos que está utilizando Naciones Unidas, en castellano e inglés, son:

- ✓ #AcabemosConLaMutilaciónGenitalFemenina
- ✓ #EndFGM

Sensibilización: Libros

✓ **Moolaadé**, (2004), dirigida por Ousmane Sembene, es una película de 117 minutos, cuyo tema es la mutilación genital femenina, y cómo en Burkina Faso su protagonista, Collé Ardo, una mujer que de niña sufrió esta práctica tradicional, se niega a que se la realicen a su hija, así como acoge en su casa a otras cuatro niñas que huyen de sus casas para impedir ser mutiladas, ya que la piden *moolaadé* (*derecho de asilo*, en lengua popular de Senegal). Supone una auténtica revolución en la pequeña comunidad donde residen. Recibió en 2004 el Premio a la Mejor Película Extranjera y el Premio Especial del Jurado en el Festival de Cine de Cannes.

Sensibilización: Películas

✓ **Waging Empathy**, (1992), Alice Walker, Possessing the Secret of Joy and the Global Movement to Ban FGM.

✓ **¿Nos oyen cuando lloramos?**, (2000), Fauziya Kassindja. Autobiografía que cuenta cómo fue encarcelada en EEUU durante 16 meses al huir de ser mutilada en su país Togo.

✓ **Amanecer en el Desierto**, (2001), Waris Dirie, top model Somalí, activista y embajadora especial de la ONU de 1997 a 2003 contra la MGF. Autobiografía que cuenta, durante su reencuentro con su país Somalia, su vida al ser mutilada con 5 años.

✓ **Mutilada**, (2000), Khady Koit. Khady, mutilada con 7 años, cuenta de adulta su historia.

✓ **Blood Stains. A Child of Africa Reclaims Her Human Rights**. Niña nacida en Senegal es mutilada y casada forzada y precozmente con su primo en Francia. Cuenta cómo es su vida hasta que llega a Naciones Unidas para reivindicar sus derechos.

Sensibilización: Documentales

✓ **BREF**, Médicos del Mundo, 2013, dirigido por Christina Pitouli. En 2014 recibió el Premio al mejor documental en la sección *Afirmando los derechos de la mujer* del Festival de Cine de Málaga, y ha participado en 35 festivales internacionales. Son 30 minutos de conversaciones con mujeres mutiladas que residen en Cataluña.

✓ **Entrevista al Imán de Torulea Ousmane Doumbia**, 2001, de la ONG AMSOPT (*Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles*) de Mali. El Imán expresa que el Corán explica que la ablación es una práctica mala.

✓ **UNCUT** (2016), proyecto de Emanuela Zuccala, coproducida por ActionAid ONG, es un web-documental de texto, fotografía y video que interacciona datos estadísticos de países africanos y europeos, con historias de mujeres unidas para erradicar la MGF en Kenia, Etiopía y Somalia.

Sensibilización: ONG's y campañas

✓ **END FGM**, (2009-2014), campaña europea, liderada por Amnistía Internacional con la colaboración de 15 ONG's de toda Europa, en contra la mutilación genital femenina. Ha preparado una estrategia con recomendaciones a la Unión Europea para adoptar medidas concretas encaminadas a acabar con la mutilación genital femenina. Más de 42.446 firmas se recogieron en 2010 en toda Europa para exigir los líderes europeos poner fin a la mutilación genital femenina y proteger a las niñas y las mujeres en situación de riesgo. Se consiguieron muchos logros, como la Red Europea (*consultar pág. 97*).

✓ **END FGM European Network**, nacida a raíz de END FGM, que una vez terminada la campaña en 2014, 16 de las organizaciones decidieron que debían seguir trabajando. En 2016 se está dedicando al Asilo (*consultar pp. 97-100*).

✓ **La mutilación y la ablación genital femenina: Acelerando el cambio**, programa conjunto de UNICEF-UFNPA en 17 países situados en el Oeste, Este y Norte de África, brindando apoyo a iniciativas regionales y mundiales desde 2008 a la actualidad. Es la mayor iniciativa mundial para acelerar su eliminación y paliar sus consecuencias. El plan se lleva a cabo a escala comunitaria, nacional, regional e internacional, y con él se pretende: concienciar sobre el daño que causa esta práctica; empoderar a las comunidades, las mujeres y las niñas para que la abandonen; fortalecer los servicios de salud para que eviten la mutilación genital y traten las complicaciones que causa; trabajar con organizaciones de la sociedad civil que promueven programas educativos; cooperar con líderes religiosos para desvincularla de la religión; y colaborar con los medios de comunicación para fomentar el diálogo.

Por ejemplo, su proyecto en Senegal ha conseguido en una década el abandono de esta práctica en más de 5.300 comunidades. En Mauritania ha llevado a cabo talleres sobre los efectos perjudiciales de la práctica y ha colaborado con el Teatro Nacional organizando una gira de sensibilización sobre la MGF en 5 regiones del país con una elevada prevalencia.

Esta iniciativa también ha contribuido a impedir la MGF de miles de niñas en Egipto, Etiopía, Eritrea, Senegal y Sudán. Con el apoyo del UNFPA y otros organismos de las Naciones Unidas, algunos países han aprobado leyes que prohíben la mutilación genital y han impulsado políticas nacionales para su erradicación.

✓ Campaña de la ONU contra la MGF en la que participan 10 organizaciones que se han comprometido a apoyar gobiernos, comunidades, mujeres y niñas a abandonar la práctica de la mutilación genital femenina "en una generación", con una gran reducción en muchos países en 2015, el año que deben alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y son ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, ACNUR, UNICEF, UNIFEM y OMS.

✓ **Proyecto 'Embera Werá'** (2008-2011), o mujer Embera. El Consejo Regional Indígena de de Risaralda (CRIR) y la comunidad Emberá de Risaralda. En 2009 se realizó la expedición de la Resolución 001 que ordenaba la supresión de la práctica de la MGF. Es por eso que, cada 25 de abril se realizan los foros para darle continuidad a este convenio realizado por el Fondo de Naciones Unidas, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Icbf), la Gobernación de Risaralda y el Consejo Regional Indígena (CRI).

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 establece una Estrategia Nacional sobre MGF, así como en 2015 se ha instaurado al Ley 1761 (*Ley de Rosa Elvira Cely*) (consultar pág. 75).

✓ **«Saleema»**⁽³⁸⁾, en Sudán, la palabra árabe que significa *completa, intacta, entera y pura*. Un padre que se negó que mutilases a sus hijas explicó su decisión con estas simples palabras *“Una niña nace Saleema, déjenla crecer Saleema”*.

La ONG Saleema está promoviendo que las niñas no sean mutiladas, para ello nacen en hospitales Saleema (*Born Saleema Hospital*), y les dan un kit para los primeros días, siempre que firmen un compromiso, llamado *AlTaga*, para mantener *Saleema* a sus hijas.

Ya está instaurado en Jartum, Darfur del Norte, el sur de Darfur, Darfur Occidental, Estado del Norte, Kassala y Gedaref.

AlTaga

1. Para la salud y la felicidad de nuestros hijos y las generaciones futuras ...
2. Debido a que nuestro papel como padres es proteger la salud de nuestras hijas, no destruirlo ...
3. Debido a que respete la creación de Dios ...
4. Debido a lo que conocemos hoy en día es más de lo que sabíamos en el pasado ...
5. Debido a que no queremos que nuestras hijas y nietas pasen por lo que las mujeres mayores hemos pasado ...
6. Porque el parto no debe ser tan peligroso ...
7. Para un matrimonio más feliz en las nuevas generaciones ...
8. Porque éste es el momento adecuado para cambiar ...
9. Porque toda la sociedad está cambiando ...
10. Porque ésto es un cambio para mejor!

✓ **“Por ser niña”**, Plan Internacional⁽³⁹⁾. PLAN, presente en 50 países en vías de desarrollo, trabaja para detener la práctica de la MGF a nivel local y gubernamental, informando de los efectos negativos y propiciando que se legisle y se apliquen los límites legales. PLAN y la Asociación de Mujeres por el Futuro de las Mujeres (AFAF) desde el 2007 han conseguido que 10 pueblos de Guinea Conakry se declaren *“comunidades libres de mutilación genital femenina”*.

✓ **STOP ABLACIÓN**, de World Vision⁽⁴⁰⁾. En 2015 ha publicado un *Informe sobre los Vínculos entre Mutilación Genital Femenina/Ablación y Matrimonio Infantil*.

✓ **Médicos del Mundo**⁽⁴¹⁾ en España tiene mediadoras, mujeres africanas mutiladas que hablan de la experiencia desde el 2004, realiza grupos de debate con hombres procedentes de países MGF (subsaharianos), sensibiliza a mujeres y niñas en riesgo, realiza mediación intercultural, forman a personal sanitario y de la judicatura, así como pertenece a la Red Europea.

✓ **Rahima, Centro de Derechos del Islam y las Mujeres de Indonesia**⁽⁴²⁾ lucha para concienciar a la población sobre los derechos femeninos.

✓ **ONG KMG**⁽⁴³⁾, en Southern Nations, Nationalities and People's Region (SNNPR), estado federado de Etiopía. Ha creado un club de 50 chicas que se han negado a practicarse la MGF, *Uncut Girls Club*. Una de las claves ha sido la creación de las denominadas *conversaciones de la comunidad*, grupos de 25 hombres y 25 mujeres que analizan el impacto de la MGF en la salud femenina.

✓ **Amref Health Africa (AMREF)**⁽¹⁶⁾, está sensibilizando para crear zonas libres de MGF, *This is a FGC free zone*, como ha ocurrido en la tribu samburu de Kenia desde 2013, y han conseguido en 2014 que 150 jóvenes samburu dijeran NO a la MGF, y en 2015 se negaron 350 más.

✓ **Clitoraid**⁽⁴⁴⁾ con sede en EEUU, trabaja en Burkina Fasso. Fundada por Rael, líder espiritual del Movimiento Raeliano y los derechos humanos, para la cirugía de reconstrucción de mujeres con MGF en Burkina Fasso. Entrena a médicos en operaciones, y ha creado en 2014 un hospital llamado Pleasure Hospital (*Hospital del Placer*) en Burkina Fasso donde opera de manera gratuita. Desde 2016 se le ha asociado la ONG gambiana Safe Hands for Girls y van a comenzar a realizar también operaciones reconstructivas en Gambia.

✓ **SAACID.ORG**. ONG⁽⁴⁵⁾, trabaja desde 1990 para erradicar la MGF en Somalia, donde se estima que el 98,5% de las mujeres son mutiladas. Da mensaje contra la MGF en sus cursos de formación secundaria, formación profesional, en su curso sobre emprendimiento, y en su curso de capacitación de maestros.

Declaración Institucional del Secretario General de NN.UU, Ban Ki-moon, por el Día Internacional, 6 de Febrero de 2016

Nunca antes ha sido más urgente, o más posible, poner fin a la práctica de la mutilación genital femenina, evitar un sufrimiento humano inconmensurable y aumentar el poder de las mujeres y las niñas de modo que ello repercuta de forma positiva en nuestro mundo.

La urgencia de esta tarea puede observarse en las cifras. Nuevas estimaciones revelan que en 2016 al menos 200 millones de las niñas y mujeres hoy con vida han sido sometidas a algún tipo de mutilación genital femenina. Las cifras siguen creciendo tanto por el hecho de que hay más países que prestan atención al fenómeno de la mutilación genital femenina y recopilan datos, lo que representa una buena medida de progreso, como porque los avances para poner fin a esa práctica no siguen el ritmo de crecimiento de la población, lo que no es nada bueno. Si se mantiene la tendencia actual, para 2030 más niñas serán mutiladas cada año que hoy día debido a las elevadas tasas de fecundidad y al hecho de que la mayoría de las comunidades donde la mutilación genital femenina es prevalente se caracterizan por una población joven. Y, habida cuenta de que esta práctica hace que el riesgo en el parto sea mayor, perjudica tanto a las niñas de hoy como a la generación siguiente.

“Los Objetivos de Desarrollo Sostenible contienen una meta específica que insta a poner fin a la mutilación genital femenina. El pleno abandono de esta práctica tendrá repercusiones positivas que resonarán en todas las sociedades a medida que las niñas y las mujeres recuperen su salud, derechos humanos y enorme potencial”,
Ban Ki-moon, Secretario General de Naciones Unidas, 6 Febrero 2016.

Que existe la posibilidad de avanzar más rápidamente en la eliminación de la mutilación genital femenina también está claro. Este Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina es el primero que se celebra desde que la visionaria Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible fue aprobada por todos los países con el compromiso de no dejar a nadie atrás. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible contienen una meta específica que insta a poner fin a la mutilación genital femenina. El pleno abandono de esta práctica tendrá repercusiones positivas que resonarán en todas las sociedades a medida que las niñas y las mujeres recuperen su salud, derechos humanos y enorme potencial.

Hoy alzo mi voz y exhorto a otros a que se sumen a mí para empoderar a las comunidades, que a su vez están ansiosas de cambio. Espero que los gobiernos cumplan sus promesas con el apoyo de la sociedad civil, el personal sanitario, los medios de comunicación y los jóvenes. Mi iniciativa *Todas las Mujeres, Todos los Niños* ofrece una plataforma de asociación para la adopción de medidas.

Realizando los nuevos objetivos mundiales a través de la eliminación de la mutilación genital femenina en 2030, tema del Día Internacional de Tolerancia Cero a la Mutilación Genital Femenina, 2016.

Me siento alentado por el hecho de que cada vez son más los jóvenes que alzan su voz para exigir que se ponga fin a la práctica, y me hago eco de su insistencia por principio en la defensa y protección de los derechos humanos para todos. Me siento inspirado por los valientes guerreros masáis y estrellas del cricket como Sonyanga Ole Ngais, que utilizan su posición e influencia para exigir la protección de sus hermanas. Estoy esperanzado por la labor del personal sanitario, como la Sra. Edna Adnan, fundadora del Hospital de Maternidad de Somalilandia que lleva su nombre, que insiste en la necesidad de que cada uno de los trabajadores sanitarios a su cargo esté bien preparado para combatir la mutilación genital femenina. Agradezco la colaboración de The Guardian, que está ampliando a Nigeria su labor dirigida a lograr la eliminación de la mutilación genital femenina, así como la de muchos otros medios de difusión y reporteros que centran el foco de atención sobre este problema.

Podemos poner fin a la mutilación genital femenina en una generación y aproximarnos a un mundo en el que los derechos humanos de todas las mujeres, niñas y adolescentes sean plenamente respetados, su salud esté protegida, y estas puedan contribuir en mayor medida a nuestro futuro común.

PAÍSES MGF

De acuerdo con UNFPA, la mutilación genital femenina es común en:

✓ **29 países de África:** Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, República Democrática del Congo, Costa de Marfil, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kenia, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Uganda, Yibuti, y Zambia, pero de todos estos países no lo realizan todos los grupos étnicos. Según el Programa de Encuestas de Demografía y Salud de USAID (*DHS Comparative Reports N.º 7: Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis*) (2004)⁽⁴⁶⁾, por ejemplo en Burkina Faso en el año 1999, la prevalencia en la etnia Dafing era del 92,6% o en la Senoufo del 91,2%, mientras que la Gourounsi era del 46,4%. Igual ocurre en Costa de Marfil, durante el mismo año, con las etnias Mandé du Nord y Mandé du Sud con un 74,6% y 69,6% respectivamente, y un 2,0% en la etnia Akan. En Benin en 2001, la etnia Fulani la practicaba en el 88,4% de las niñas y mujeres, mientras que la etnia Fon en el 0,3% y la Adja el 0,0%. Finalmente nos desglosa las etnias de Kenia, con una prevalencia 97,00% en la etnia Kisii, un 88,8% en la Masai 88.8, un 62,2% en la Kalenjin, y por contrario un 1,6% en la etnia Luhya y un 1,2% en la Luo, datos referidos al año 1998.

✓ **Asia:** Mayoritariamente se realiza a las niñas y mujeres el tipo I, circuncisión sunna. Está presente en prácticamente todos los países musulmanes del continente, así como en las comunidades kurdas. Egipto, Omán, Emiratos Árabes, Afganistán, Palestina, Paquistán, Tayikistán, Yemen, Iraq, Sri Lanka, Brunéi, Malasia e Indonesia también la practican, los tres últimos incluyendo los tipos de mutilación más radicales (tipo III). En Iraq es reducida a algunas zonas de Erbil y Suleimaniya⁽¹²⁾, en el Kurdistán. En La India una pequeña secta musulmana chií llamada Daudi Bohra ⁽⁴⁷⁾.

✓ **Grupos étnicos de Sudamérica:** En Colombia la comunidad indígena emberá asentada en el departamento de Risaralda (selva en las llanuras del Pacífico), también se lleva a cabo en otras 16 regiones donde esa etnia tiene presencia en el país.

También preocupa a nivel mundial porque es practicada por migrantes de comunidades desplazadas a Europa, Australia, Canadá y Estados Unidos, principalmente entre los inmigrante procedentes de África y Asia sudoccidental.

*Ilustración página siguiente "Alegoría de mujer", Gennaro Ciccimarra.
4º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".*



Lo sufren alrededor de 200 millones de niñas, según nuevas estimaciones publicadas por la OMS en 2016, de países de África, y en menor medida de Oriente Medio y Asia.

92 millones de mujeres y niñas de más de 10 años lo han sufrido, o el tercio de la población femenina de toda África (OMS, 2012).

Según estudio de UNICEF⁽²²⁾ publica en julio de 2013, el porcentaje de niñas y mujeres mutiladas de los 29 países africanos en los que se realiza esta práctica varía según el país, siendo Somalia el país donde se practica de manera más frecuente, y Camerún y Uganda los que menos. Traducido a cifras, 27,2 millones de niñas y mujeres de Egipto están mutiladas; 23,8 millones en Etiopía; 19,9 millones en Nigeria; 12,1 millones en Sudán; 9,3 millones en Kenia y Burkina Faso; 7,9 millones en Mali y República Unida de Tanzania; 6,5 millones en Guinea y Somalia; 5 millones en Costa de Marfil y Yemen; 3,8 millones en Chad e Iraq; 3,5 millones en Eritrea y Sierra Leona; 3,4 millones en Senegal, Mauritania y Niger; 2,7 millones en Liberia, Camerún y Benín; 1,3 millones Gambia, Ghana y República Centroafricana; 919 mil en Guinea Bisau, Yibuti, Uganda y Togo.

El 92% de las mujeres casadas egipcias de entre 15 y 49 años fueron víctima de ablación, según la Encuesta Demográfica y de Salud de Egipto ⁽⁴⁸⁾.

En Etiopía⁽¹⁷⁾ cifran en 24 millones de niñas y mujeres mutiladas, seguida de Egipto con 28 millones en el año 2013.

En Indonesia⁽⁴⁹⁾ sugieren que una media del 20% de la población en la mayoría del archipiélago ha sufrido la mutilación tipo I (escisión del clítoris o capucha del clítoris), pero varía en zonas, ascendiendo en la región de Padang (Sumatra Occidental) a un 50%, según el Estudio de Población de Estados Unidos en 2003. El 28% de las MGF en Indonesia⁽²³⁾ son Tipo IV o simbólicas, y el 72% restante de los demás tipos.

Naciones Unidas estima que 3 millones de mujeres y niñas corren cada año el riesgo de ser víctimas de mutilación, y la OMS calcula que 6 mil niñas son mutiladas cada día.

Según la Agenda 2030, de no cambiar la tendencia actual, en 2030 aumentará en 86 mil niñas y mujeres mutiladas.

Unicef estima que si no se pone fin a esta práctica, en el año 2050 habrá 325 millones de niñas víctimas la MGF.

- Somalia 99%
 - Guinea 96%
 - Yibuti 93%
 - Egipto 91%
 - Eritrea 89%
 - Mali 89%
 - Sierra Leona 88%
 - Sudán 88%
 - Gambia 76%
 - Burkina Faso 76%
 - Etiopía 74%
 - Mauritania 69%
 - Liberia 66%
 - Guinea Bisau 50%
 - Chad 44%
 - Costa de Marfil 38%
 - Kenia 27%
 - Nigeria 27%
 - Senegal 26%
 - República Centroafricana 24%
 - Yemen 23%
 - República Unida de Tanzania 15%
 - Benin 13%
 - Iraq 8%
 - Ghana 4%
 - Togo 4%
 - Niger 2%
 - Camerún 1%
 - Uganda 1%
- Unicef, 2013 (22)*

El Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (2003, con entrada en vigor el 25 de Noviembre de 2005), en su artículo 5, insta a los Estados africanos a "*prohibir [...], a través de medidas legislativas respaldadas por sanciones, de todas las formas de mutilación genital femenina, la escarificación, medicalización y para-medicalización de la mutilación genital femenina y otras prácticas con el fin de erradicarlos*".

En este punto quiero plasmar algunas de las leyes específicas por países donde es común la MGF, o modificaciones en sus códigos penales o legislación, pero en muchos casos estas leyes han caído en papel mojado y no se penalizan, persiguen ni sancionan estas prácticas.

✓ **Sudán**, 1941. La escisión y la infibulación están prohibidas oficialmente desde 1941, sin embargo, la puesta en práctica del decreto es papel mojado y la mutilación continúa sigue siendo una práctica habitual y afecta alrededor del 90 % de mujeres sudanesas.

✓ **Sierra Leona**, 1953.

✓ **Guinea**, 1965, actualizada en 2002.

✓ **África Central**, en 1966.

✓ **Somalia**⁽⁵⁰⁾, en 1978. En agosto de 2015, el ministro de las mujeres de Somalia, Sahra Mohammed Ali Samatar, pidió la prohibición de la práctica, y los legisladores están todavía redactando una ley que debería ser ejecutada el año que viene.

✓ **Kenia**, 1982. En 2001 la *Ley del Menor* prohibía la MGF, y en 2011 se prohibió explícitamente, cualquier persona será condenada por participar en la práctica de la circuncisión, padres, médicos, enfermeras, incluso la persona que provee el local o el cuchillo-estará sujeto a prisión de 3 a 7 años y a una multa de 500 mil chelines kenianos (4.395 euros), con cadena perpetua si causara la muerte⁽²⁹⁾.

✓ **Liberia**, 1984.

✓ **Burkina Faso**, se prohibió en 1987, en 1996 con pena de cárcel.

✓ **Ghana**, en 1994 enmienda al Código Penal en 1994 para castigar con 3 años de cárcel a quienes realicen la ablación.

✓ **República de Yibuti**⁽⁵¹⁾, 1995. Declarado ilegal en el Código Penal en 2004. En Yibuti, el artículo 333 del Código Penal dispone que incurrirá en un delito toda persona que, teniendo conocimiento de que una mujer o una niña corre el riesgo de sufrir una mutilación genital femenina, no denuncie la amenaza/el incidente ante las autoridades.

✓ **Costa de Marfil**, 1998. Cinco años más tarde no se habían elaborado decretos para su aplicación.

✓ **Tanzania**, 1998. Reformó el Código Penal prohibiendo específicamente la MGF. El artículo 169A(1) de la *Ley de Disposiciones Especiales sobre Delitos Sexuales* establece que toda persona que tenga la custodia, que tenga a su cargo o a su cuidado a una joven de menos de 18 años de edad y que la haga someterse a MGF, comete el delito de maltrato de niños. La pena por este delito es prisión de 5 a 15 años, una multa de hasta 300 mil chelines (123 euros), o ambas penas a la vez.

✓ **Togo**, 1998. Togo se compromete a seguir sus esfuerzos por erradicar la MGF a través de iniciativas legislativas y de difusión. El país adoptó recientemente un código penal para prohibir y criminalizar la violencia de género, fortaleciendo así la existente ley sobre mutilación genital femenina y la lucha contra la violencia de género.

✓ **Mali**, 1999. Se aprobó una ley que prohíbe practicar la ablación en centros de salud y desde 2002 se creó una dirección en el Ministerio de Sanidad.

✓ **Senegal**, 1999. En julio de 1997 una treintena de mujeres se comprometen públicamente a combatir la mutilación sexual, y se conoce como *Pacto de Malicounda*.

✓ **Mauritania**, en 2001.

✓ **Níger**, 2003.

✓ **República de Benín**⁽⁵¹⁾, 2003. *Ley 3 de 2003 sobre la represión de la práctica de la mutilación genital femenina en la República de Benín*, en su artículo 9 expone que toda persona que tenga conocimiento de un caso de mutilación genital femenina deberá denunciar inmediatamente los hechos ante la fiscalía o en la comisaría de policía más próxima, y será castigada toda persona que no lo impida.

✓ **Eritrea**⁽⁵¹⁾, 2007. *Decreto 158/2007 sobre la abolición de la circuncisión femenina de Eritrea* contiene disposiciones en las que se estipula que se castigará a toda persona que sabiendo que se ha producido o se va producir una circuncisión femenina no advierta o informe oportunamente de ello, según proceda, a las autoridades competentes sin causa que lo justifique. Se castigará a toda persona que realice, solicite, instigue o promueva la circuncisión femenina. Si quien al realiza es un profesional médico se le suspenderá de la práctica de su profesión por un período máximo de 2 años.

✓ **Egipto**⁽⁴⁸⁾, en junio de 2008 promulgó una ley que prohíbe esta práctica con penas de 3 meses hasta 2 años de prisión y multas de hasta 940 euros, sin embargo, en muchas zonas del país la ley es desconocida entre la población y/o su aplicación es nula.

En 2016 se ha endurecido la ley tipificándolo como delito grave y endureciendo las penas de 5 a 7 años, y llegando a los 15 años en el caso de que a consecuencia de la misma se desarrolle una incapacidad permanente o el fallecimiento.

✓ **Etiopía**, 2009. Mujeres parlamentarias condenan la MGF desde dicho año. En Etiopía, los responsables de esta práctica han sido detenidos, juzgados y sancionados.

✓ **Uganda**, 17 de marzo de 2010.

✓ **La India**, en 2012 adoptó la Resolución de la ONU que prohibía la MGF, pero no hay ley específica.

✓ **Gambia**⁽⁵²⁾, 2015. El Presidente de la República ha declarado esta práctica prohibida a partir del lunes 23 noviembre. Someter a una niña gambiana a una mutilación genital se empezará a castigar con hasta 3 años de prisión, multas de 50 mil dalasis (1.040 euros) o cárcel permanente en caso de fallecimiento de la menor son las penas que contempla la primera ley del país contra la mutilación genital femenina (MGF).

✓ **Nigeria**, 2015. El 5 de mayo el Senado de Nigeria votó una ley federal, *Prohibición de violencia contra las personas*, que prohíbe la mutilación genital femenina en el país.

✓ **Colombia**, julio 2015. *Ley 1761*, conocida como *Ley Rosa Elvira Cely*, crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo. Art. 1: *La presente ley tiene por objeto tipificar el feminicidio como un delito autónomo, para garantizar la investigación y sanción de las violencias contra las mujeres por motivos de género y discriminación, así como prevenir y erradicar dichas violencias y adoptar estrategias de sensibilización de la sociedad colombiana, en orden a garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencias que favorezca su desarrollo integral y su bienestar, de acuerdo con los principios de igualdad y no discriminación.* En el art. 3.f, *Cuando se cometa el delito con posterioridad a una agresión sexual, a la realización de rituales, actos de mutilación genital o cualquier otro tipo de agresión o sufrimiento físico o psicológico se considerará una circunstancia de agravación punitiva del delito, con una pena de 500 a 600 meses de prisión.*

La Conferencia internacional sobre la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, *El fortalecimiento del puente entre África y el mundo para acelerar la tolerancia cero a la MGF y el matrimonio temprano*⁽⁵³⁾, organizada por la Unión Africana en Uagadugú (Burkina Faso), del 24 al 26 de abril de 2014, junto con el Comité Inter-africano (IAC), la Comisión Económica de las Naciones Unidas para África (CEPA) y No Hay Paz Sin Justicia (NPWJ), con la participación de los países Angola, Benin, Bélgica, Burkina Faso, Camerún, Canadá, Chad, Congo, Costa de Marfil, Dinamarca, Yibuti, Etiopía, Francia, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Italia, Kenia, Liberia, Mali, Mauritania, Países Bajos, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Suecia, Suiza, Tanzania, Togo, Uganda, Reino Unido, Estados Unidos de América, recomienda a los estados, las organizaciones internacionales,

especialmente Naciones Unidas y la Unión Africana, además de la plena implementación de la Resolución A/RES/67/146 (*consultar pp. 52-55*), movilizar los recursos suficientes y comprometer a los actores clave para la eliminación de la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, temprano y forzado de niñas, en especial:

- A. Trabaja con gobiernos, organizaciones internacionales y el sector privado para aumentar la asistencia financiera, con el fin de apoyar a niveles nacional, regional e internacional la lucha contra estas violaciones de derechos humanos;
- B. Incluyen la mutilación genital femenina y el matrimonio forzado y temprano en todos los mecanismos pertinentes de vigilancia de los derechos humanos y establece los instrumentos necesarios de conformidad con las disposiciones de estos mecanismos;
- C. Apoyar la aplicación de la legislación, proporcionando los recursos necesarios para garantizar el acceso a la justicia y para actividades de divulgación y capacitación de los oficiales de policía, fiscales, jueces, profesionales de la salud, maestros, representantes de medios de comunicación y otros grupos de interés;
- D. Desarrollar iniciativas innovadoras para la difusión de la legislación nacional y la prohibición mundial de la mutilación genital femenina y, más generalmente sobre los derechos de las mujeres y las niñas con miras a su empoderamiento;
- E. Garantizar la inclusión de módulos sobre la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, temprano y forzado en la programación escolar y universitaria;
- F. Involucrar plenamente a los medios de comunicación en la lucha contra la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, temprano y forzado, para promover el sentido de responsabilidad para cubrir estos temas de manera permanente en los medios de comunicación;
- G. Aumentar la participación de los niños y los hombres como agentes activos hacia la tolerancia cero de la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, temprano y forzado;
- H. Animar a los políticos, los líderes comunitarios y religiosos y administradores de todos los niveles a que participen plenamente en la lucha para cambiar las conductas y actitudes, en vista de la erradicación del total de estas violaciones de los derechos de las niñas y las mujeres.

A fecha de publicación en 2015 del informe *Buenas prácticas y principales dificultades en la prevención y eliminación de la mutilación genital femenina (A/HRC/29/20)*⁽²⁰⁾, esta misma compilación de cuestionarios, informa que más de 40 países han promulgado leyes que prohíben la MGF.

No obstante, a pesar de las legislaciones nacionales descritas, estamos de enhorabuena a nivel africano, ya que en una reunión de la Unión Panafricana⁽⁶⁾ del 29 al 31 de julio de 2016, los 50 estados miembros de la misma han aprobado la prohibición de la MGF en los 50 estados miembros de la Unión.

La mutilación genital femenina, como resultado de lo expuesto en el punto anterior, como vulneración de los derechos humanos, vulneración de los derechos de la niña, tortura, etc, es motivo por el que se puede solicitar la condición de refugiado, y así lo establece el artículo 60 del Convenio de Estambul (*consultar pp. 84-88*).

“La condición de refugiado se reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él”,
art. 1 Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, o Convención de Ginebra, 14 de diciembre de 1950, adoptada el 28 de julio de 1951.

ACNUR⁽⁵⁴⁾ considera la MGF como una forma de violencia por motivos de género que inflige un daño severo, tanto mental, como físico, y constituye persecución.

Quiénes pueden solicitar asilo?⁽⁵⁴⁾

- ✓ mujer y niña ya mutilada genitalmente;
- ✓ mujer en riesgo de ser mutilada;
- ✓ niña en riesgo de ser mutilada;
- ✓ la familia de la niña en riesgo de ser mutilada, junto con la niña;
- ✓ el padre que sea perseguido o esté en riesgo por oponerse a practicarle la mutilación a su hija.

✓ **Dr. Pierre Foldes**, médico cirujano nacido en Francia, quien creó en 1984 la técnica de *Clitoridectomía* o *Clitoroplastia* (consultar pág. 43) y ha capacitado a gran cantidad de médicos.

El Dr. Foldes ha realizado más de 4,5 mil operaciones, ha recibido muchas amenazas de muerte, por lo que ahora opera mensualmente a 200 mujeres africanas de entre 18 y 45 años que residen en Francia y a 6 en Reino Unido⁽⁵⁵⁾, en la Clínica Louis XIV de Saint-Germain-en-Laye, al oeste de París (Francia), que creó en 2012.

✓ **Dra. Marci Bowers**⁽⁵⁶⁾, EEUU, 25 años de experiencia en cirugía de cambio de sexo, en 2007-2009 residió en Francia para aprender directamente del Dr. Foldes. Se encarga de las cirugías reconstructivas de MGF para Clitoraid en la costa oeste del norte de EEUU. También ha capacitado a cirujanos reconstructivos en Canadá y en Burkina Faso. Ha realizado más de 50 cirugías reconstructivas.

✓ **Dr. Harold J. Henning Jr.**⁽⁴⁴⁾, con 30 años de experiencia en cirugía ginecológica y obstétrica, fue entrenado por la Dra. Bowers en reconstrucción de MGF, y realiza para Clitoraid las operaciones en la zona este del norte de EEUU⁽¹²⁾, así como las realizará en el “Hospital del Placer” en Burkina Faso.

✓ **Dr. John Reid**⁽⁴⁴⁾, cirujano, recibió formación básica del Dr. Foldes en París. Opera en Inglaterra en la zona de Bristol, y también desde Clitoraid está intentando enseñar a otros cirujanos en Inglaterra, así como sensibilizar a la sociedad a través de los medios de comunicación.

✓ **Dr. Denis Mukwege**, médico cirujano de República Democrática del Congo, donde ha fundado el Hospital Panzi, y principalmente opera a mujeres agredidas sexualmente, que han sufrido mutilación genital, fístula obstétrica, etc. Ha recibido varios Premios por su trabajo, el último en 2014 el Sájarov a la Libertad de Conciencia.

*Ilustración página siguiente “Miedo”, Mercedes María Lomardo Lendinez.
5º Accésit Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.*



shu hu 16

Hospitales donde se realiza la cirugía de reconstrucción

✓ **Nigeria:** ha creado el teatro Fístula Vesicovaginal y centros de rehabilitación para prestar servicios de salud a las menores de edad casadas a las que se les ha practicado la mutilación genital femenina.

✓ **Somalia**⁽⁵⁰⁾: Dr. Abdul *Dhegacaade* (significa *orejas blancas*) y Mama Hawa Aden Giama tienen un hospital desde hace más de 20 años en Galkayo.

✓ **Burkina Faso**⁽⁴⁴⁾: se ha creado en 2014 el Hospital Kamkaso, apodado el *Pleasure Hospital (Hospital del Placer)* en Bobo Dioulasso, pero debido a los muchos impedimentos por motivos religiosos, ya que son raelianos y no son admitidos por gran parte de la comunidad, hasta febrero de 2015 no ha sido inaugurado oficialmente. Ha sido construido por Clitoraid. Ofrece servicios gratuitos de reconstrucción y rehabilitación en MGF. En marzo de 2014 la Dra. Bowers estuvo en el hospital entrenando a médicos.

✓ **República Democrática del Congo:** Panzi Hospital creado por el Dr. Panzi que principalmente se dedica a las reconstrucciones genitales de mujeres víctimas agresiones sexuales durante el conflicto armado del país.

EUROPA

Según estimaciones de la OMS 500 mil niñas y mujeres mutiladas residen en Europa, estando otras tantas en riesgo de serlo.

En julio de 2014 solo 5 países europeos tenía población en riesgo de ser mutilada, siendo éstos Bélgica, Alemania, Italia, los Países Bajos y el Reino Unido, según publica EIGE en el estudio *Situation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union (Chicas en situación de riesgo de mutilación genital femenina en la Unión Europea)*(21).

Este mismo estudio de EIGE(21) cifra datos en algunos países de la Unión Europea, como ocurre con Irlanda, Portugal y Suecia.

✓ **Irlanda**, 11% de las menores de 18 años procedentes de países MGF estaban en riesgo alto de ser mutiladas, de las que el 95,89% eran menores de 9 años. Los principales países de origen de estas niñas son Nigeria y Somalia. También hay en Irlanda 11 niñas/mujer refugiadas, siendo la mitad de ellas de origen nigeriano.

✓ **Portugal**, el 23% de las niñas menores de 18 años están en riesgo alto de ser mutiladas, de las que el 99,70% tienen entre 0 y 9 años. Los países de origen son Guinea Bissau y Senegal.

✓ **Suiza**, hay un 19% de niñas menores de 18 años en riesgo alto de ser mutiladas, de las que el 93,85% son menores de 9 años. Los países de origen mayoritarios son Somalia, Egipto y Etiopía. También tienen 293 refugiadas, de las que 200 han salido huyendo de Somalia.

En Alemania se estima que 30 mil niñas y mujeres están en riesgo de ser mutiladas, según datos de su Gobierno.

*Ilustración página siguiente “Don’t hurt me” (No me hagas daño), Marina Álvarez Sánchez.
6º Accésit Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.*



DON'T

HURT

ME

MN

Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, conocido como *Convenio de Estambul*, redactado en Estambul (Turquía) el 11 de mayo de 2011, entró en vigor a fecha 1 de agosto de 2014 gracias a la ratificación de 10 estados.

Es el primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer y la violencia doméstica, y es el tratado internacional de mayor alcance para hacer frente a esta grave violación de los derechos humanos, estableciendo una tolerancia cero con respecto a la violencia hacia la mujer. La importancia principal para este Manual es que incluye a la Mutilación Genital Femenina como violencia de género, y se refiere a ella específicamente en su artículo 38.

Art. 38. Mutilaciones genitales femeninas.

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

- a) La escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer;
- b) El hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin;
- c) El hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.

Ratificado a fecha de septiembre de 2016 por 20 países⁽⁵⁶⁾.

Desglosado por años: en 2012 por Turquía; en 2013 por Albania, Austria, Bosnia y Herzegovina, Italia, Montenegro, Portugal; en 2014 por Andorra, Dinamarca, España, Francia, Malta, Mónaco, Suecia; en 2015 por Eslovenia, Finlandia, Países Bajos y Polonia, y hasta septiembre de 2016 por Bélgica, San Marino y Rumanía. El 4 de marzo de 2016 la Comisión Europea pidió a la Unión Europea su ratificación:

“La propuesta que hoy presentamos envía un mensaje claro: las víctimas de la violencia contra las mujeres deben estar mejor protegidas en toda Europa. Una de cada tres mujeres de la UE ha sufrido violencia física o sexual, o ambas. Más de la mitad de todas las mujeres han sufrido acoso sexual después de los 15 años. Estas cifras son inaceptables y van en contra de nuestros valores. La propuesta de hoy para que la UE ratifique el Convenio de Estambul es un paso adelante tanto en nuestra lucha contra la violencia como en la garantía de la igualdad de género. Para garantizar una aplicación coherente a todos los niveles, insto asimismo a los Estados miembros que aún no han ratificado el Convenio a que lo hagan sin demora”,
Věra Jourová, Comisaria de Justicia, Consumidores e Igualdad de Género, Comunicado de prensa de Unión Europea, 4 de Marzo de 2016.

Art. 41. Asistencia o complicidad y tentativa.

1. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando sea intencionada, la asistencia o la complicidad en la comisión de los delitos previstos en los artículos 33, 34, 35, 36, 37, 38 a) y 39 del presente Convenio.
2. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando sea intencionada, la tentativa de comisión de los delitos previstos en los artículos 35, 36, 37, 38.a y 39 del presente Convenio.

Art. 42. Justificación inaceptable de los delitos penales, incluidos los delitos cometidos supuestamente en nombre del «*honor*».

1. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para garantizar que, en los procedimientos penales abiertos por la comisión de uno de los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio, no se considere a la cultura, la costumbre, la religión, la tradición o el supuesto "*honor*" como justificación de dichos actos. Ello abarca, en especial, las alegaciones según las cuales la víctima habría transgredido las normas o costumbres culturales, religiosas, sociales o tradicionales relativas a un comportamiento apropiado.
2. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que la incitación hecha por cualquier persona a un menor para que cometa cualquiera de los actos mencionados en el apartado 1 no disminuya la responsabilidad penal de dicha persona en relación con los actos cometidos.

Art. 43. Sanción de los delitos penales.

Los delitos previstos en el presente Convenio se sancionarán con independencia de la relación existente entre la víctima y el autor del delito.

Art.44. Competencia.

1. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para establecer su competencia con respecto a cualquiera de los delitos previstos en el presente Convenio cuando el delito sea cometido:
 - a) en su territorio;
 - b) a bordo de un buque que enarbole su pabellón;
 - c) a bordo de una aeronave matriculada de conformidad con sus leyes internas;
 - d) por uno de sus nacionales;
 - e) por una persona que tenga su residencia habitual en su territorio.
2. Las Partes se esforzarán por adoptar las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para establecer su competencia con respecto a cualquiera de los delitos previstos en el presente Convenio cuando la víctima del delito sea uno de sus nacionales o una persona con residencia habitual en su territorio.
3. A efectos de la persecución de los delitos previstos en los artículos 36, 37, 38 y 39 del presente Convenio, las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que su competencia no esté subordinada a la condición de que los hechos también estén tipificados en el territorio en el que se hayan cometido.

4. A efectos de la persecución de los delitos previstos en los artículos 36, 37, 38 y 39 del presente Convenio, las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que su competencia con respecto a los puntos d) y e) del apartado 1 no esté subordinada a la condición de que la apertura de diligencias venga precedida de una demanda de la víctima o de una denuncia del Estado del lugar en el que el delito haya sido cometido.

5. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para establecer su competencia con respecto a cualquiera de los delitos previstos en el presente Convenio en los casos en los que el presunto autor se encuentre presente en su territorio y no pueda ser extraditado a otra Parte únicamente por razón de su nacionalidad.

6. Cuando varias Partes reivindiquen su competencia con respecto a un presunto delito de los previstos en el presente Convenio, las Partes en cuestión se pondrán de acuerdo, en su caso, a efectos de determinar aquella que se encuentre en mejor situación de tramitar las diligencias.

7. Sin perjuicio de las normas generales de derecho internacional, el presente Convenio no excluye ninguna competencia penal ejercida por una Parte de conformidad con su legislación interna.

Art. 45. Sanciones y medidas.

1. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que los delitos previstos en el presente Convenio sean castigados con sanciones efectivas, proporcionales y disuasivas, según su gravedad. Estas incluirán, en su caso, las penas privativas de libertad que pueden dar lugar a la extradición.

2. Las Partes podrán adoptar otras medidas en relación con los autores de los delitos, tales como:

- ✓ El seguimiento o la vigilancia de la persona condenada;
- ✓ La pérdida de sus derechos dimanantes de la patria potestad si el interés superior del menor, que puede incluir la seguridad de la víctima, no se puede garantizar de ninguna otra forma.

Art. 46. Circunstancias agravantes.

Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que las circunstancias que se expresan a continuación, siempre que no sean de por sí elementos constitutivos del delito, de conformidad con las disposiciones aplicables de su derecho interno, puedan ser tomadas en consideración como circunstancias agravantes en el momento de la determinación de las penas correspondientes a los delitos previstos en el presente Convenio:

- a) Que el delito se haya cometido contra un cónyuge o pareja de hecho actual o antiguo, de conformidad con el derecho interno, por un miembro de la familia, una persona que conviva con la víctima o una persona que haya abusado de su autoridad;
- b) Que el delito, o los delitos emparentados, se haya cometido de forma reiterada;
- c) Que el delito se haya cometido contra una persona que se encuentre en situación de vulnerabilidad por la concurrencia de particulares circunstancias;

- d) Que el delito se haya cometido contra o en presencia de un menor;
- e) Que el delito se haya cometido por dos o más personas actuando conjuntamente;
- f) Que el delito haya sido precedido o se haya acompañado de una violencia de extrema gravedad;
- g) Que el delito se haya cometido utilizando o amenazando con un arma;
- h) Que el delito haya provocado graves daños físicos o psicológicos a la víctima;
- i) Que el autor haya sido condenado anteriormente por hechos de similar naturaleza.

Art. 55. Procedimientos ex parte y ex officio.

1. Las Partes velarán por que las investigaciones o los procedimientos relativos a los delitos previstos en los artículos 35, 36, 37, 38 y 39 del presente Convenio no dependan totalmente de una denuncia o demanda de la víctima cuando el delito se hubiera cometido, en parte o en su totalidad, en su territorio, y por que el procedimiento pueda continuar su tramitación incluso cuando la víctima se retracte o retire su denuncia.
2. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para garantizar, de acuerdo con las condiciones previstas en su derecho interno, la posibilidad de que las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y los consejeros especializados en violencia doméstica puedan asistir y/o apoyar a las víctimas, a petición de éstas, a lo largo de las investigaciones y procedimientos judiciales relativos a los delitos previstos en el presente Convenio.

Art. 60. Solicitudes de asilo basadas en el género.

1. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que la violencia contra la mujer basada en el género pueda reconocerse como una forma de persecución en el sentido del artículo 1, A (2) del Convenio, relativo al estatuto de los refugiados de 1951 y como una forma de daño grave que da lugar a una protección complementaria o subsidiaria.
2. Las Partes velarán por la aplicación a cada uno de los motivos del Convenio de una interpretación sensible al género y por que los solicitantes de asilo puedan obtener el estatuto de refugiado en los casos en que haya quedado establecido que el riesgo de persecución está basado en uno o varios de esos motivos, conforme a los instrumentos pertinentes aplicables.
3. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para desarrollar procedimientos de acogida sensibles al género y servicios de apoyo a los solicitantes de asilo, así como directrices basadas en el género y procedimientos de asilo sensibles al género, incluidos los relativos a la obtención del estatuto de refugiado y a la solicitud de protección internacional.

Art. 61. La no devolución.

1. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para respetar el principio de no devolución, conforme a las obligaciones existentes derivadas del derecho internacional.
2. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que las víctimas de violencia contra la mujer necesitadas de protección, con independencia de su condición o de su lugar de residencia, no puedan ser devueltas en circunstancia alguna a un país en el que su vida pudiera estar en peligro o en el que pudieran ser víctimas de tortura o de penas o tratos inhumanos o degradantes.

Art. 63. Medidas relativas a las personas en situación de riesgo.

Cuando una de las Partes, sobre la base de la información que posea, tenga serios motivos para creer que una persona corre el riesgo de quedar sometida de modo inmediato en el territorio de otra Parte a uno de los actos de violencia a que se refieren los artículos 36, 37, 38 y 39 del presente Convenio, se anima a la Parte que disponga de la información a transmitirla sin demora a la otra Parte con el fin de asegurarse de que se toman las medidas protección apropiadas. Esta información deberá contener, en su caso, indicaciones acerca de las disposiciones de protección existentes a favor de la persona en peligro.

Es un delito en todos los países miembros de la Unión Europea por la Directiva de 2012 (*Directiva 2012/29/UE el Parlamento Europeo y del Consejo por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo*), dándoles plazo hasta el 16 de noviembre de 2015 para adaptar sus leyes.

Igualmente, por el principio de extraterritorialidad establecido por el Convenio de Estambul, es perseguible aunque se realice fuera de Europa.

No obstante, con anterioridad, países europeos ya habían establecido leyes que prohibían estas prácticas.

✓ **Suecia**, 1982

✓ **Escocia**, aprueba la *Ley de Prohibición de la circuncisión femenina* en 1985, ampliada por la *Ley de Prohibición* de 2005 que incluye la prohibición de realizar extraterritorialmente con pena privativa de libertad de 5 a 14 años.

✓ **Reino Unido**, *Ley de Circuncisión femenina de 1985*. Fue reemplazada por la *Ley de Mutilación femenina* en 2003 con penas privativas de libertad de 5 a 14 incluso cuando es realizada fuera del país. El Reino Unido ha expresado su clara ambición de poner fin a la mutilación genital femenina en el plazo de una generación.

✓ **Noruega**⁽⁵¹⁾, 1995, en el artículo 2 de la Ley por la que se prohíbe la mutilación genital femenina se dispone que podrá imponerse una multa o una pena de prisión de hasta un año a los profesionales y los empleados de guarderías, servicios de bienestar de la infancia, servicios sociales y de salud, escuelas y programas extraescolares de cuidado infantil y comunidades religiosas que no intenten prevenir un acto de mutilación genital, denunciándolo o de alguna otra manera. En 2013 elaboraron un Plan de acción para combatir la violencia doméstica, que incluía la MGF.

✓ **Italia**, *Ley No. 7/2006 sobre la prevención y la prohibición de la práctica de la mutilación genital femenina*, prevé la creación de centros de lucha contra la violencia que puedan acoger a las jóvenes que deseen escapar de la mutilación genital femenina o a las mujeres que deseen evitarla a sus hijas o a otras familiares.

En otros queda legalmente prohibida bajo la aplicación de leyes penales generales y suele ser asimilada a un atentado contra la integridad física y moral de la persona como delito de lesiones⁽⁵⁷⁾.

✓ **Suiza**, 1982. Prohibido en el artículo 122 del Código Penal, con penas privativas de libertad de 6 meses a 5 años.

✓ **Francia**, 1983.

✓ **Holanda**, 1993.

✓ **Bélgica**, 2001

✓ **Austria**⁽⁵¹⁾, 2002, en la enmienda de su Código Penal aprobada en 2002, Austria introdujo el artículo 90.3) que estipula que no es admisible tipo alguno de consentimiento en el caso de una mutilación u otra lesión de los genitales que pueda causar una pérdida permanente de sensibilidad sexual.

Ley de la práctica médica de Austria castiga “toda mutilación u otra forma de lesión de los genitales que cause la pérdida permanente de la sensibilidad sexual” y estipula que los médicos que lleven a cabo el procedimiento podrán ser procesados.

✓ **Dinamarca**, 2003.

✓ **España**, (consultar pág. 103).

✓ **Grecia**.

✓ **Luxemburgo**.

✓ **Portugal**: Ha implementado un II Programa para la eliminación de la mutilación genital femenina.

✓ **Irlanda**, 2012. Ley de Justicia Penal (Mutilación Genital Femenina), que prohíbe practicar o intentar practicar la mutilación genital femenina

✓ **Alemania**.

✓ **Finlandia**.

Dinamarca, España, Noruega, Suecia y Suiza han tipificado como delito tanto la práctica de la mutilación genital femenina como la colaboración o complicidad en dicha práctica dentro y fuera de los países ⁽²⁰⁾.

FUERA DE EUROPA:

✓ **Estados Unidos**, es crimen según una ley federal de 1996 con penas de prisión de hasta 5 años. En 2013 se modifica la ley para prohibir que las niñas viajen en periodo vacaciones a sus países de origen con el fin de ser mutiladas. No obstante, según *The Aha Foundation*, la MGF no es un crimen en 26 estados de EEUU, como son Alabama, Alaska, Arcansas, Connecticut, Hawái, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Montana, Nebraska, New Hampshire, Nueva Méjico, Carolina del Norte, Ohio, Pensilvania, Carolina del Sur, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wyoming.

✓ **Australia**, 1996, prohíbe la infibulación.

Si nos centramos en los datos específicos que publicó ACNUR en su Informe *Demasiado Dolor. Mutilación Genital Femenina y Asilo en la Unión Europea*(58) referido al año 2011, nos desglosa de los 27 países que había en la Unión Europea en dicho año, el número de mujeres y niñas solicitantes de asilo en riesgo de ser mutiladas por proceder de países propios MGF, así como la proporción de mujeres solicitantes de asilo por mutilación genital femenina respecto del total de niñas y mujeres solicitantes de asilo:

Austria: 385 (10,23%)	Letonia: 10 (11,11%)
Bélgica: 1.930 (17,43%)	Lituania: - (-)
Bulgaria: 5 (3,23%)	Luxemburgo: 15 (1,66%)
Chipre: 55 (8,59%)	Malta: 335 (90,54%)
República Checa: 10 (5,00%)	Países Bajos: 1.545 (29,01%)
Dinamarca: 75 (6,70%)	Polonia: 25 (0,77%)
Estonia: 5 (50,00%)	Portugal: 55 (57,89%)
Finlandia: 170 (20,36%)	Rumanía: 5 (5,26%)
Francia: 4.210 (20,07%)	Eslovaquia: 10 (16,67%)
Alemania: 1.720 (8,76%)	Eslovenia: 10 (22,22%)
Grecia: 415 (19,48%)	España: 285 (31,49%)
Hungría: 15 (3,84%)	Suecia: 2.610 (24,32%)
Irlanda: 160 (31,37%)	Reino Unido: 2.410 (27,40%)
Italia: 3.095 (74,49%)	Unión Europea total: 19.565 (20,31%)

Respecto a los países de origen de las niñas y mujeres solicitantes de asilo de países propios MGF, el 21,19% procedía de Nigeria, el 18,45% de Somalia, el 12,24% de Eritrea, el 10,86% de Guinea, siendo la proporción de los demás países inferior al 10%.

Durante el año 2011, según este mismo estudio, se concedió protección internacional a 1.950 niñas y mujeres solicitantes de asilo procedentes de países en riesgo de MGF.

La *Directiva 2013/33/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea, de 26 de junio de 2013, por la que se aprueban normas para la acogida de los solicitantes de protección internacional* (texto refundido), en su artículo 21 define: *En la legislación nacional por la que se apliquen las disposiciones de la presente Directiva, los Estados miembros tendrán en cuenta la situación específica de las personas vulnerables tales como menores, menores no acompañados, personas con discapacidades, personas de edad avanzada, mujeres embarazadas, familias monoparentales con hijos menores, víctimas de la trata de seres humanos, personas con enfermedades graves, personas con trastornos psíquicos y personas que hayan padecido torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica, física o sexual, como las víctimas de la mutilación genital femenina.*

“Alrededor de 20 mil mujeres y niñas procedentes de países MGF solicitan asilo en Estados miembros de la UE, y estiman que mil de dichas solicitudes de asilo están directamente relacionadas con la MGF. Este número ha aumentado sin cesar desde 2008”, según declaración del Pleno del Parlamento Europeo, 5 de Febrero de 2015.

Hospitales donde se realiza la cirugía de reconstrucción

✓ **París (Francia):** Instituto de Salud Reproductiva, www.institutensantegenesique.org, creada por Pierre Foldes (*consultar pp. 43 y 78*) junto con Frédérique Martz, con sede en el Hospital Louise XIV en Saint Germain-en-Laye a las afueras de París. Se inauguró el 6 de enero de 2014 y está compuesto por un equipo multidisciplinar de enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, médicos y abogados⁽⁵⁹⁾.

✓ **Amstelven (Holanda)**⁽⁶⁰⁾: Clínica Amstelven trabaja en colaboración con la Fundación Flor del Desierto (Desert Flower), donde se realizan cirugías de reconstrucción desde 2010 de la mano del Dr. Refaat Karim, quien también forma a otros cirujanos en la técnica de reconstrucción genital.

✓ **Berlín (Alemania)**⁽⁶⁰⁾: La Fundación *Desert Flower* en el Waldfriede Hospital, desde septiembre de 2013 dispone de un equipo médico especializado en operaciones de reparación, prestando también apoyo psicosocial.

✓ **Reino Unido**⁽⁶¹⁾:

◦ **Londres:** African Women's Clinic - University College London Hospitals NHS Foundation Trust; Acton African Well Woman Clinic : Imperial College Healthcare NHS Trust; Queen Charlotte's & Chelsea Hospital African Well Woman Clinic Imperial College Healthcare NHS Trust; West London African Women's Service - CHELSEA AND WESTMINSTER HOSPITAL NHS TRUST; St Marys Hospital: Imperial College Healthcare NHS Trust – Well Women Clinic; African Well Women's Clinic - Whittington Hospital; African Well Women's Clinic - Guys & St Thomas' Hospital; Mile End Hospital – Barts Health NHS Trust; Northwick Park Hospital & Central Middlesex Hospital – African Well Women's Clinic - North West London Hospitals NHS Trust.

◦ **Nottingham:** Nottingham University Hospital - Nottingham University Hospitals NHS Trust : City Hospital Campus.

◦ **Bristol:** Minority Ethnic Women's & Girl's Clinic - Bristol Charlotte Keel Centre; Bristol Community Rose Clinic at Lawrence Hill Health Centre

◦ **Birmingham:** Birmingham Heartlands Hospital – Heart of England NHS Foundation Trust

◦ **Liverpool:** Link Clinic - Liverpool Women's Hospital

Algunos países europeos, como Bélgica, Francia, Italia, Suecia y Reino Unido han creado centros de salud para tratar a mujeres mutiladas, según EIGE⁽²¹⁾.

*Ilustración página siguiente “La rosa cortada”, Eusebio de Frutos Bravo.
7º Accésit Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.*



Declaración Conjunta de la Comisión Europea en el Día Internacional de la Mutilación Genital Femenina, 2015

Federica Mogherini, Vicepresidenta de la Comisión y Alta Representante de la Unión para Asuntos Exteriores y Política de Seguridad, Věra Jourová, Comisaria de Justicia, Consumidores e Igualdad de Género, y Neven Mimica, Comisario de Cooperación Internacional y Desarrollo, han emitido el siguiente comunicado hoy, 6 de febrero, Día Internacional contra la mutilación genital femenina:

En el día de hoy, así como durante todo el año, aunamos nuestras voces para decir: tolerancia cero frente a la mutilación genital femenina en Europa y en el mundo.

Al igual que otras prácticas nocivas, la mutilación genital femenina aprisiona a las mujeres y a las niñas en un sistema de valores desigual y deletéreo para su desarrollo y dañino para el conjunto de la sociedad. Se considera que en todo el mundo hay unos 125 millones de víctimas, 500 000 de ellas solo en la UE. Esta práctica tiene profundas repercusiones en la salud y el bienestar, que duran toda la vida, y puede incluso causar la muerte.

Estamos permanentemente comprometidos para poner fin a la mutilación genital femenina, que constituye una violación de los derechos humanos y de los derechos de los niños. Condenamos firmemente toda forma de violencia contra las mujeres y las niñas: no pueden invocarse las costumbres, ni la tradición, ni la cultura, ni el derecho a la vida privada, ni la religión, ni el supuesto «*honor*», para justificar ninguna forma de violencia contra las mujeres y las niñas. Tampoco pueden servir de pretexto a los Estados para eludir sus obligaciones de

prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres y enjuiciar a quienes la practican.

La UE lucha contra la mutilación genital femenina en muchos frentes, como parte de una estrategia global para fomentar la igualdad de género. La Comisión apoya el trabajo que realizan las ONG activas en comunidades en las que se practica la mutilación genital femenina, que están en contacto con mujeres, niñas, hombres, niños y jefes religiosos y tradicionales. Además de la actual financiación a escala de Estados miembros de la UE y sobre el terreno, este mismo año se pondrán otros 4,5 millones de euros a disposición de proyectos destinados a prevenir y combatir la violencia relativa a prácticas nocivas en la Unión Europea.

También estamos creando una plataforma web de la UE sobre mutilación genital femenina para profesionales, que son quienes primero toman contacto con las víctimas y con las niñas en situación de riesgo. Queremos llegar a los puntos de contacto principales, como enfermeras, jueces, administración de los refugiados, personal docente, médico y policial, y prestarles apoyo para contribuir a erradicar esta práctica.

A escala mundial, la UE insta a todos los países a que prohíban, sancionen y modifiquen, tomando las medidas oportunas, las normas sociales que subyacen a la mutilación genital femenina, haciendo de esta un tema prioritario del diálogo político y sobre los derechos humanos que la UE mantiene con sus interlocutores. La UE fomenta la mejora de la legislación nacional sobre mutilación genital femenina, la sensibilización, la educación de calidad e igualitaria, y apoya la labor de las organizaciones de base.

Por ejemplo, en Liberia apoya a los sectores de la sociedad civil que propugnan el acceso de las mujeres a la justicia y trabajan por reducir la mutilación genital femenina, y en Guinea-Bissau contribuye a crear un entorno protector de los derechos de las mujeres, promoviendo el cese de la mutilación genital femenina y que se preste apoyo a las víctimas. También da su apoyo a acciones en muchos otros países, como Malí, Sierra Leona, Uganda, Yibuti, Egipto, Yemen, Mauritania, Senegal, Benín y Togo.

Seguiremos mejorando la recogida de datos y nuestro conocimiento de la mutilación genital femenina, en cooperación con el Instituto Europeo de la Igualdad de Género. También seguiremos en contacto con los expertos que participan directamente a nivel comunitario, nacional o académico en los esfuerzos por eliminar esta práctica. Nuestro

objetivo es que ninguna mujer o niña, en ningún lugar del mundo, sea víctima de mutilación genital femenina. Celebramos la reciente entrada en vigor del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, que establece un valioso marco para combatir eficazmente la violencia contra las mujeres y las niñas, incluida la mutilación genital femenina, a escala nacional y en toda Europa.

La UE sigue plenamente comprometida, tanto en la UE como en sus relaciones exteriores, con la lucha contra todas las formas de violencia de género. Proseguiremos nuestros esfuerzos comunes para prohibir la mutilación genital femenina en la UE y fuera de ella, y para hacer realidad la igualdad de género.

Plataforma e-learning para erradicar la MGF, www.uefgm.org

La Comisión Europea ha creado una plataforma web (e-justice) de la UE sobre mutilación genital femenina para la formación de los profesionales que primero toman contacto con las víctimas de mutilación genital femenina y con las niñas en situación de riesgo, es decir, personal sanitario y del ámbito legal. La dotación presupuestaria es de 1 millón de euros.

Imparte un curso de formación en materia de MGF, titulado *United against Female Genital Mutilation (Unidos contra la mutilación genital femenina), "UEFGM"*.

El curso tiene como objetivo fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud y asilo para apoyar a las mujeres y niñas afectadas por la MGF. Hacia el final del curso, el estudiante deberá ser capaz de:

- ✓ describir los tipos y efectos de la MGF;
- ✓ comunicar sobre la MGF de una manera sensible a género y cultura;
- ✓ ser capaz de enmarcar la MGF como una violación de los derechos humanos;
- ✓ la identificación de las normas europeas e internacionales en materia de asilo y de los tratados;
- ✓ adoptar un enfoque transcultural a las necesidades de salud de las mujeres y las niñas afectadas.

El curso consta de 2 módulos principales y 4 módulos especializados (2 en el ámbito sanitario y 2 en el de asilo):

- ✓ *Módulo 1:* Introducción a la MGF
- ✓ *Módulo 2:* MGF, identidad de género, roles y dinámicas de poder en el contexto de la migración.
- ✓ *Módulo 3:* Las consecuencias de la MGF en la salud de la mujer.
- ✓ *Módulo 4:* MGF como objeto de protección internacional.
- ✓ *Módulo 5:* El contexto sanitario: técnicas de comunicación para apoyar a las mujeres afectadas por la MGF.
- ✓ *Módulo 6:* La solicitud de asilo: comunicación y técnicas de entrevista.

Sensibilización

Se pondrá en marcha una nueva convocatoria de propuestas, dotada de 4,5 millones de euros, para proyectos transnacionales destinados a prevenir, informar y combatir la violencia contra las mujeres, los jóvenes y los niños, y las relacionadas con prácticas nocivas, a través de la Comisión de Derechos e Igualdad y el Programa Ciudadanía (*Commission's Rights, Equality and Citizenship Programme*).

La Comisión Europea ha destinado en 2015 alrededor de 8 millones euros a proyectos de prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y las niñas en la UE y 20 millones de euros para combatir las prácticas perjudiciales en el extranjero.

Desde 2014 se ha creado esta red a nivel europeo en el marco de la campaña homónima, END FGM de Amnistía Internacional (*consultar pág. 64*). Pretende posicionar la MGF en la agenda europea, especialmente en la del Parlamento Europeo.

Es una organización europea compuesta por 14 entidades miembro y 2 asociadas, de ámbito nacional, que trabajan para asegurar una acción europea sostenible con el objetivo de poner fin a la mutilación genital femenina .

Pretende asegurar un enfoque europeo coordinado basado en los Derechos Humanos para erradicar la MGF.

La componen 14 ONG's, de 10 países:

✓ **Akina Dada wa Africa (AkiDwa)**, (*hermandad africana*, en swahili) creada en Irlanda en 2001. Red nacional de mujeres africanas que viven en Irlanda para abordar el aislamiento, el racismo y la violencia de género, promoviendo la igualdad y la justicia para las mujeres.

✓ **Federation of the Somali Associations in the Netherlands (FSAN)**. Fundada en los Países Bajos en 1994. Su objetivo es apoyar y asesorar a las organizaciones de refugiados de Somalia, así como a las instituciones que trabajan en estrecha colaboración con la comunidad somalí-holandesa en los Países Bajos.

✓ **Grupo contra la mutilación sexual y las prácticas perjudiciales para las mujeres y los niños (GAMS)**. GAMS Bélgica es un grupo de mujeres y hombres africanos y europeos que luchan por la abolición de la MGF, para prevenir la MGF entre las niñas y mujeres que residen en Bélgica, así como reducir el impacto sanitario, psicológico y social con una atención integral a las víctimas.

✓ **FORWARD**, ONG de Reino Unido creada en 1985 por la diáspora africana. Su trabajo responde a la necesidad de salvaguardar la dignidad y promover la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos de mujeres y niñas africanas en Reino Unido y África.

✓ **Mediterranean Institute of Gender Studies (MIGS)**, ONG independiente, radicada en Chipre, que promueve y colabora en proyectos de temas sociales, políticos y económicos relacionados con el género y los derechos de la mujer a nivel nacional, regional y europeo.

Objetivos:

1. Aumentar la conciencia de la MGF y la violencia contra las mujeres y las niñas en Europa.
2. Aumentar la comprensión de la MGF en la UE.
3. Aumentar la prevención y la potenciación de las mujeres, niñas y comunidades.
4. Mecanismos de protección más fuerte y mejor prestación de servicios integrales.
5. Mejor protección de los solicitantes de asilo afectado por MGF.
6. Iniciar discusiones sobre el mejor interés del niño en el procesamiento.
7. Coordinación de las actividades en Europa y más allá.
8. Coordinación y apoyo a las organizaciones miembros.
9. Desarrollo de la Red.

✓ **Équilibres & Populations (Equipop)**, ONG nacida en Francia en 1993, compuesta por doctores y periodistas para promover un mejor uso de la ayuda al desarrollo mediante la movilización de la opinión pública francesa, europea y francófona, y de toma de decisiones sobre las prioridades y las iniciativas a favor de la salud y la educación en general, y de mujeres y niñas en particular. Con el proyecto "*Protección de la nueva generación*" pretende eliminar la MGF y defender los derechos y la salud de las mujeres en el distrito de Kayes (Mali).

✓ **Female Integrity Kvinnointegritet (FI-KI)**, creada en 1995 en Uppsala (Suecia) realiza campañas contra las prácticas nocivas llevadas a cabo en las mujeres, en particular la mutilación genital femenina, a través de la formación e información de las consecuencias perjudiciales en la niña y mujer. También traduce leyes nacionales en *amárico* (lengua de los etíopes).

✓ **INTACT**, ONG de Bélgica que emprende acciones legales para combatir la práctica de la MGF y apoya a las personas y profesionales en los procedimientos legales o judiciales (consultas jurídicas, judiciales, seguimiento de las solicitudes de asilo, el apoyo a profesionales que se enfrentan a los niños víctimas o niños en situación de riesgo, formación, etc).

✓ **Lebendige Kommunikation mit Frauen in ihren Kulturen (LebKom e.v)**, ONG alemana con el *Proyecto de Mosocho Fulda* desde 2002 demandado por la población indígena de la región Mosocho de Kenia. Su objetivo es la cesación sostenible de la mutilación genital femenina en la región keniana de Mosocho, y para ello realizan seminarios y disponen de una guía para la formación de profesionales locales en Kenia, trabajando específicamente con los hombres en la erradicación de esta práctica.

✓ **Associação para o Planeamento da Família (APF)**, ONG nacida en 1967 en Portugal para promover la salud sexual y reproductiva y la parentalidad positiva. Fue pionera en trabajar en la MGF, y lo lleva haciendo desde los años 90, promoviendo leyes y publicando materiales educativos y formativos sobre MGF. Actualmente tiene activos cuatro programas para erradicar la MGF, que son CAMBIO PLUS; CHAT (cambio de actitudes y la promoción del diálogo para prevenir la MGF); Plan de trabajo para hacer referencia a las prácticas tradicionales nocivas; UEFGM (unidos para poner fin MGF).

*Ilustración página siguiente "Manchas de dolor", Mercedes María Lombardo Lendinez.
8º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".*



✓ **Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (AIDOS)**, ONG italiana fundada en 1981, que trabaja para construir, promover y proteger los derechos, la dignidad, el bienestar, la libertad de elección y la autonomía de las mujeres y las niñas. Lleva dedicada a la MGF más de 30 años. Está llevando a cabo proyectos que involucran a periodistas de radio de Tanzania, Kenia, Uganda, Burkina Faso, Mali y Senegal. En Italia y Europa lleva a cabo actividades de promoción, y proporciona formación en MGF a diferentes profesionales.

✓ **Médicos del Mundo**, ONG en España que trabaja en el derecho a la salud. Tiene mediadores culturales que trabajan con las comunidades inmigrantes (*consultar pág. 66*).

✓ **Health Disparities (PHAROS)**, ha sido designado por el gobierno holandés para ser miembro del centro nacional de conocimientos para la MGF y trabaja en la lucha contra la MGF desde 1993. El programa contra La Mutilación Genital Femenina se centra en tres prioridades: la atención médica y psicosocial a las mujeres circuncidadas; datos y cifras sobre la MGF; y la investigación sobre la aplicabilidad de los enfoques internacionales en los Países Bajos y Europa.

✓ **TERRE DES FEMMES (TDF)**, ONG alemana que lleva más de 20 años trabajando para erradicar la MGF en África, Asia y América Latina, con tres objetivos: crear conciencia sobre la MGF; calcular y publicar las estadísticas de las niñas y las mujeres afectadas y en riesgo en Alemania; y sensibilizar y crear presión política en países que todavía aceptan la continuación de la MGF, como por ejemplo, Egipto e Indonesia.

Y como miembros asociados:

✓ **International Centre for Reproductive Health (ICRH)**, Instituto de investigación multidisciplinar dentro de la Universidad de Gante (Bélgica). Está activo en África, América Latina, Asia y Europa. Desde 1997 ha trabajado en dicha materia, y se designa como Centro Colaborador de la OMS, manteniendo una red internacional de expertos e instituciones asociadas que trabajan sobre la MGF, tanto en Europa, como en África.

✓ **Excision, Parlons En!**, radicada en Francia tiene por objeto movilizar a la sociedad civil en la erradicación de la MGF en Francia, Europa y todo el mundo, constituyéndose como plataforma de asociaciones y personas en contra de la mutilación.

www.endfgm.eu

ESPAÑA

En España, a pesar de que no somos un país propio MGF, estamos desde hace unos años, especialmente desde 2014, muy comprometidos con erradicar la mutilación genital femenina en todo el mundo. Es por ello que en nuestro país también se están realizando cirugías reconstructivas de manera social desde hace varias décadas, e institucionalmente desde 2015, año en el que se ha publicado un *Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la MGF*⁽¹⁹⁾ por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como se están instaurando un hospital de referencia en cada comunidad autónoma.

En cuanto a la información y formación, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicó en 2015 un estudio llamado *La Mutilación Genital Femenina en España* realizado por Adriana Kaplan Marcusán, Nora Salas Seoane y Aina Mangas Llompert (Fundación WASSU UAB).

En España, según el estudio *Mapa de Mutilación Genital Femenina en España 2012*⁽⁶²⁾ elaborado por Adriana Kaplan Marcusán y Antonio López Gay (Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), en el año 2012 el número niñas y mujeres procedentes de países MGF era de 57.251, un aumento de 16.361 respecto a la población de riesgo censada en 2008.

Específicamente del grupo de edad de 0 a 14 años la cifra era de 16.869, con un aumento de 6.418 personas respecto al año 2008. El 31,65% del total femenino residía en Cataluña, seguido de la Comunidad de Madrid con un 13,20%, y Andalucía con el 10,82%. Los principales países de procedencia eran Nigeria (33,37%), Senegal (21,54%) y Gambia (8,96%).

Una vez hecha una revisión de los datos del Instituto Nacional de Estadística a fecha 1 de enero de 2015, originarias de los 29 países propios MGF un total de 55.600 niñas y mujeres residen en España, de las que 18.806 son menores de 14 años. Por comunidades autónomas, el 31,65% de las niñas y mujeres procedentes de países MGF residen en Cataluña, el 12,09% en la Comunidad de Madrid y el 11,11% en Andalucía.

Si soy padre o madre, y me estoy planteando realizar la MGF a mis hijas,... debo saber

¿Puedo practicar la mutilación genital femenina a mis hijas si resido en España?.

No, es un delito, y la relación de parentesco se considera un agravante de la responsabilidad penal.

Si soy residente de España, ¿puedo practicar la MGF a mis hijas durante mis viajes a mi país de origen?.

No, es igualmente un delito, según artículo 23 de la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal.

1. En el orden penal corresponderá a la jurisdicción española el conocimiento de las causas por delitos y faltas cometidos en territorio español o cometidos a bordo de buques o aeronaves españoles, sin perjuicio de lo previsto en los tratados internacionales en los que España sea parte.

2. También conocerá la jurisdicción española de los delitos que hayan sido cometidos fuera del territorio nacional, siempre que los criminalmente responsables fueren españoles o extranjeros que hubieran adquirido la nacionalidad española con posterioridad a la comisión del hecho y concurrieren los siguientes requisitos:

a) Que el hecho sea punible en el lugar de ejecución, salvo que, en virtud de un Tratado internacional o de un acto normativo de una Organización internacional de la que España sea parte, no resulte necesario dicho requisito, sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados siguientes.

b) Que el agraviado o el Ministerio Fiscal interpongan querrela ante los Tribunales españoles.

c) Que el delincuente no haya sido absuelto, indultado o penado en el extranjero, o, en este último caso, no haya cumplido la condena. Si sólo la hubiere cumplido en parte, se le tendrá en cuenta para rebajarle proporcionalmente la que le corresponda.

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

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

1.º el procedimiento se dirija contra un español;

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

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

¿Qué pena me pueden imponer por realizar la MGF a mis hijas si resido normalmente en España, la realice fuera o dentro de las fronteras españolas?.

Tanto si se realiza en España, como fuera, me impondrán una pena privativa de libertad de 6 a 12 años, y si la víctima fuera menor o incapaz será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz, conforme al artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal modificado por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.

El desconocimiento de la Legislación exime del delito?.

El desconocimiento de la ley nunca es eximente del hecho delictivo.

Y si además soy ilegal en España...

Si me imponen una pena privativa de libertad inferior a 6 años, seré expulsado de España, y si es superior a 6 años si accedo al tercer grado o cumpla tres cuartas partes de la pena seré igualmente expulsado, no pudiendo regresar en 10 años, y si por cualquier circunstancia intentara regresar a España antes de los 10 años y fuera detenido, nuevamente seré expulsado empezando desde esta última fecha los 10 años de prohibición de entrada.

Si no quiero realizar la MGF a mis hijas, pero igualmente no lo impido siendo conector del riesgo de la niña, ¿es delito?.

Sí, debido a la ausencia de protección de la menor, y está penado por la ley.

¿Pueden prohibir la salida de España de mis hijas si es conocido el riesgo de sufrir MGF?.

Sí, el Ministerio de Interior, a título individual, o un Juez, si creen que puede poner en riesgo a la menor, y también puede retirarle el pasaporte a la menor para evitar su salida.

Excepcionalmente, el Ministro del Interior podrá prohibir la salida del territorio español por razones de seguridad nacional o de salud pública. La instrucción y resolución de los expedientes de prohibición tendrá siempre carácter individual, art. 28.2 de Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

¿Estoy obligado a firmar el compromiso preventivo antes de salir de viaje? (consultar pág. 109).

No es obligatorio⁽¹⁹⁾, es voluntario.

¿Estoy obligado a llevar a mi hija al Centro de Salud para la revisión médica post-viaje acordada antes del viaje? (consultar pág. 106).

Sí⁽¹⁹⁾, de lo contrario se le comunicará a la Entidad Pública de Protección de Menores.

Si tuviera sospecha de que una menor estuviera en riesgo de sufrir MGF.

El personal sanitario⁽¹⁹⁾ debe estar alerta para prevenir que se practique la MGF a niñas y mujeres migrantes procedentes de países MGF, siendo sintomático que su madre, tías o primas tengan practicada la mutilación. Para evitarlo debe ser un trabajo común de medicina y enfermería de pediatría; consultas de medicina y enfermería de familia; medicina, enfermería y matrona de atención obstétrica y ginecológica, etc.

Momentos clave son los viajes al país de origen por vacaciones o para casarse, momento en el que se debe dar una actividad preventiva pre-viaje.

Entre las actividades que debo realizar, desglosadas en el *Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante MGF⁽¹⁹⁾*, se encuentran:

- ✓ la información sobre las consecuencias para la salud (riesgos y problemas físicos y psicoafectivos asociados a la práctica de la MGF), así como las consecuencias legales (riesgos y problemas legales/penales asociados a la realización de la MGF). Le hará una exploración que se anotará en su historia clínica, y se le preguntará sobre su posicionamiento al respecto de la MGF.
- ✓ ofrecer a la familia la firma de un *Compromiso Preventivo (consultar pág. 109)* para no realizar ni permitir la práctica de la MGF durante su estancia en el país de origen. Este documento el Protocolo Común de Actuación Sanitaria en MGF lo concibe como un *documento de apoyo en su decisión de que su hija no sea mutilada*, es voluntario y *confidencial*. Igualmente este trámite permite conocer la opinión del padre y la madre acerca de la MGF, así como informarles de las consecuencias físicas en la niña, y penales para los padres o tutores legales.
- ✓ antes de la firma del compromiso, el personal sanitario deberá explorar y constatar la integridad de los genitales de la niña, haciéndolo constar en el compromiso, y acordar una nueva fecha de consulta de revisión con su pediatra o médico en su Centro de Salud a la vuelta del viaje, fecha que se les comunicará por escrito a los padres. Copia de este documento se anexará al historial clínico de la niña, que servirá como registro de intervención del profesional sanitario de referencia.

Si tuviera sospecha de que una menor hubiera sufrido MGF⁽¹⁹⁾.

Si como personal médico creo que una niña ha sufrido MGF, pero no me es permitido ratificarlo visualmente con una exploración, debo comunicarlo a la Entidad Pública de Protección de Menores emitiendo un parte de lesiones (*consultar pág. 110*).

Principios básicos de personal sanitario⁽¹⁹⁾ en MGF:

- ✓ Principio de beneficencia: velar por la vida y beneficio de la salud.
- ✓ Evitar perjuicios con intervenciones.
- ✓ Principio de no maleficencia: minimizar los daños.
- ✓ Compromiso de confidencialidad (no obligación absoluta, eximido en caso de sospecha de MGF o en declaración en proceso judicial).
- ✓ Respeto a la autonomía del paciente.

¿Qué ocurre si a la vuelta del viaje no acude a la fecha de consulta de revisión?.

Se realizará una acción coordinada⁽¹⁹⁾ con otros profesionales, con los servicios sociales, para localizar a la familia y que la niña acuda al Centro Sanitario.

- ✓ si se localiza a la familia, se actuará como en el siguiente caso (*acude a la consulta*).
- ✓ si no se localiza, lo comunicaré a la Entidad Pública de Protección de Menores.

¿Qué ocurre si a la vuelta del viaje acude a la fecha de consulta de revisión?.

Se le practicará un examen completo⁽¹⁹⁾ de salud de la menor, incluyendo la exploración de los genitales.

- ✓ si no ha sido mutilada, se reforzará positivamente a los padres.
- ✓ si ha sido mutilada, se valorarán las consecuencias, el tipo de mutilación, y se realizarán las acciones terapéuticas necesarias para paliarla, además de emitir un parte de lesiones (*consultar pág. 110*) junto a la hoja de notificación (*consultar pág. 111*).
- ✓ si no se permite la exploración, se comunicará a la Entidad Pública de Protección de Menores con el mismo parte de lesiones antes descrito.

¿Debo comunicar a la autoridad judicial si soy conocedor de esta práctica a una paciente, a pesar del secreto profesional y de mi Código Deontológico?.

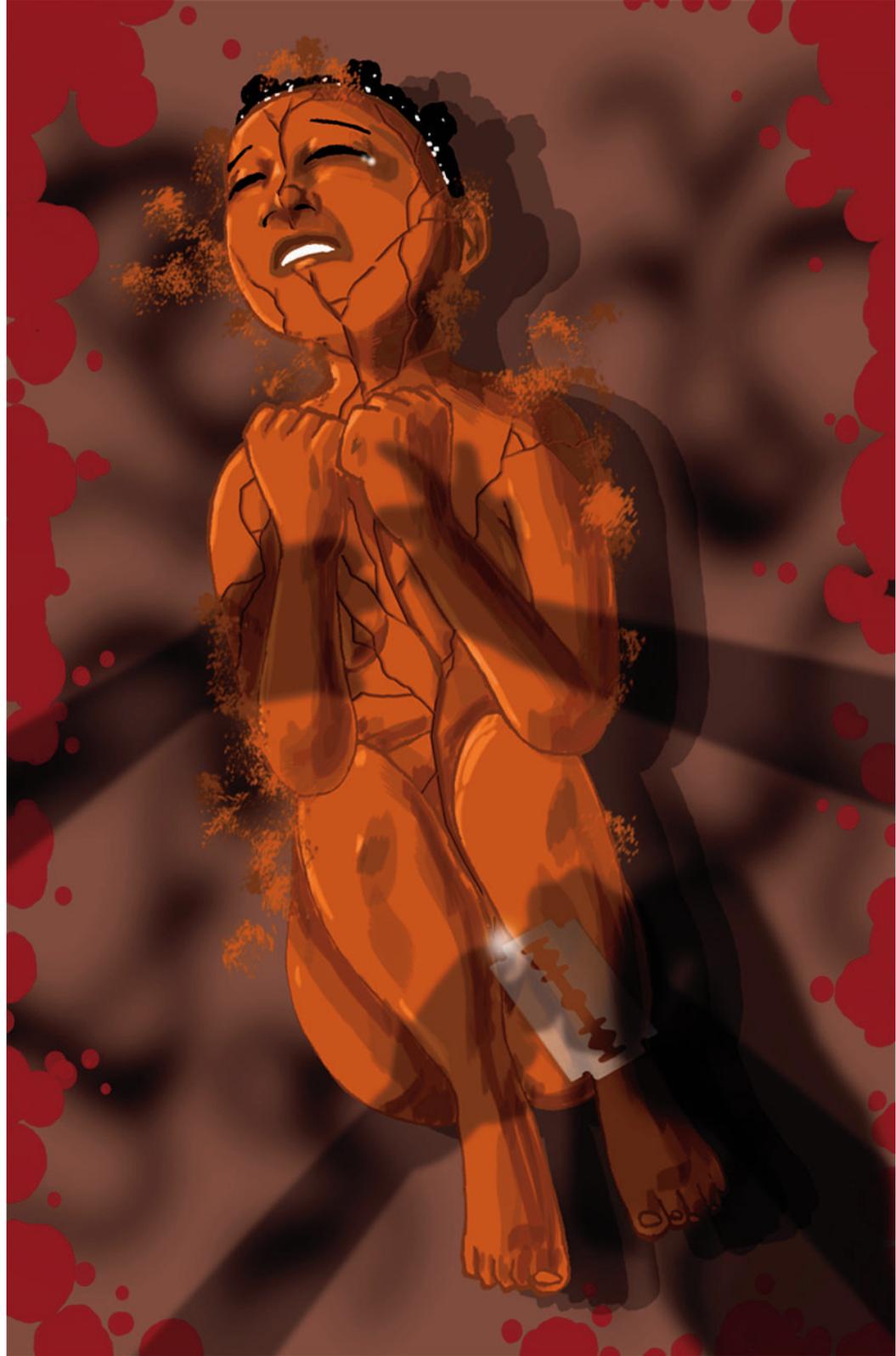
Sí, existe el deber general de denuncia, además de emitir un parte de lesiones.

Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de Instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante, art. 262 de Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los Médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquiera novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor, art. 355 de Ley de Enjuiciamiento Criminal.

*Ilustración página siguiente "Mutilas mi alma por nacer mujer", Javier César Niño de Frutos.
9º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".*

Fuentes consultadas: Protocolo Común de Actuación Sanitaria en Mutilación Genital Femenina (MSSSI)⁽¹⁹⁾



El parte de lesiones es un documento sanitario mediante el que se traslada a la autoridad judicial el conocimiento o sospecha de MGF por parte del personal sanitario, no constituye una denuncia.

Las Partes tomarán las medidas necesarias para que las normas de confidencialidad impuestas por sus legislaciones internas a ciertos profesionales no impidan, en condiciones apropiadas, hacer una denuncia a las organizaciones u autoridades competentes si tienen razones serias para creer que se ha cometido un acto grave de violencia incluido en el ámbito de aplicación del presente Convenio y que hay riesgo de que se produzcan nuevos actos graves de violencia,
art. 28 del Convenio de Estambul.

¿Puedo solicitar la opinión de un experto forense ante un posible caso de MGF en consulta?.

Sí, puedes solicitar al Juzgado de Guardia por escrito o telefónicamente una Unidad de Valoración Forense Integral.

Es preciso solicitar el consentimiento para la realización de fotografías y para ser reconocida por el equipo forense.

Si siendo personal sanitario, denuncio un caso de MGF, ¿deberé acudir al juicio?.

Sí, puedes ser solicitado a declarar como testigo o perito.

El artículo 2 de la Ley Orgánica 19/1994, *de Protección a Testigos y Peritos en causas criminales*, establece las medidas necesarias para preservar la identidad de los testigos y peritos, su domicilio, profesión y lugar de trabajo, sin perjuicio de la acción de contradicción que asiste a la defensa del procesado, pudiendo adoptar las siguientes decisiones:

- a) Que no consten en las diligencias que se practiquen su nombre, apellidos, domicilio, lugar de trabajo y profesión, ni cualquier otro dato que pudiera servir para la identificación de los mismos, pudiéndose utilizar para ésta un número o cualquier otra clave.
- b) Que comparezcan para la práctica de cualquier diligencia utilizando cualquier procedimiento que imposibilite su identificación visual normal.
- c) Que se fije como domicilio, a efectos de citaciones y notificaciones, la sede del órgano judicial interviniente, el cual las hará llegar reservadamente a su destinatario.

Desde el Centro de Salud:

Se certifica que, hasta este momento, en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Nombre	Fecha de nacimiento de la niña	País al que viaja

Por ello se informa a los familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

✓ Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.

✓ El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.

✓ La práctica de la mutilación genital se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años (es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).

✓ El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.

✓ La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

Por todo ello:

✓ DECLARO haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.

✓ CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

✓ ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En, a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña.

Firma: Pediatra/ Médico.

Datos de la persona que realizó la mutilación:

- ✓ Relación de parentesco/vínculo con la NIÑA (abuela/tía/otra persona de la comunidad del país de origen/ desconocida):
- ✓ Nombre y apellidos:
- ✓ Dirección y/o teléfono:

Datos de la niña:

- ✓ Nombre y Apellidos:
- ✓ DNI/NIE/Pasaporte:
- ✓ Fecha de nacimiento, Edad:
- ✓ País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- ✓ Etnia:
- ✓ Estado Civil:
- ✓ Dirección, Municipio (código postal):
- ✓ Teléfono:

Datos de filiación de la madre:

- ✓ Nombre y Apellidos:
- ✓ DNI/NIE/Pasaporte:
- ✓ Fecha de nacimiento, Edad:
- ✓ País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- ✓ Etnia:
- ✓ Estado Civil:
- ✓ Dirección, Municipio (código postal):
- ✓ Teléfono:

Datos de filiación del padre:

- ✓ Nombre y Apellidos:
- ✓ DNI/NIE/Pasaporte:
- ✓ Fecha de nacimiento, Edad:
- ✓ País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- ✓ Etnia:

Otros datos relativos a la madre:

- ✓ Si tiene practicada una MGF:
- ✓ Tipo (I, II, III):
- ✓ Si tiene más hijas (Nº y edades):

Nombre	Edad

Datos del personal facultativo responsable de la asistencia:

- ✓ Centro Sanitario:
- ✓ Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre, apellidos y CNP:

LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTÓNOMA

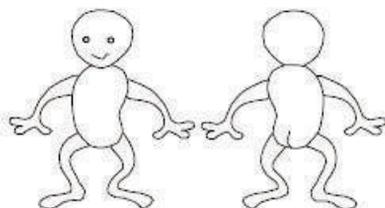
HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

L = Leve M = Moderado G = Grave
Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha
Maltrato

MALTRATO FÍSICO

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Magulladuras o moratones ¹ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Quemaduras ² |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Fracturas óseas ³ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Heridas ⁴ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Lesiones viscerales ⁵ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Mordeduras humanas ⁶ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Intoxicación forzada ⁷ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Síndrome del niño zarandeado ⁸ |



Señale la localización de los síntomas

NEGLIGENCIA

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Escasa higiene ⁹ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Falta de supervisión ¹⁰ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Cansancio o apatía permanente |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | No va a la escuela |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Ha sido abandonado |

Otros síntomas o comentarios:

MALTRATO EMOCIONAL

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Maltrato emocional ¹³ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Intento de suicidio |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵ |

ABUSO SEXUAL

- | | |
|-------------------------|---|
| <input type="radio"/> S | Sin contacto físico |
| <input type="radio"/> S | Con contacto físico y sin penetración ¹⁶ |
| <input type="radio"/> S | Con contacto físico y con penetración |
| <input type="radio"/> S | Dificultad para andar y sentarse |
| <input type="radio"/> S | Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada |
| <input type="radio"/> S | Dolor o picor en la zonal genital |
| <input type="radio"/> S | Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal |
| <input type="radio"/> S | Cerviz o vulva hinchados o rojos |
| <input type="radio"/> S | Explotación sexual |
| <input type="radio"/> S | Semen en la boca, genitales o ropa |
| <input type="radio"/> S | Enfermedad venérea ¹⁷ |
| <input type="radio"/> S | Apertura anal patológica ¹⁸ |

Configuración del himen¹⁹

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> SI	
Apellidos <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>		
Domicilio <input type="text"/>	Localidad <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>		
Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="text"/>			
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>	
Centro: <input type="text"/>		Servicio / Consulta: <input type="text"/>	
Nombre: <input type="text"/>		Área sanitaria <input type="text"/>	
Profesional	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Trabajador Social
	<input type="checkbox"/> Matrona	<input type="checkbox"/> Psicólogo	N.º Colegiado <input type="text"/>

Punto 16. Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado "Otros síntomas o comentarios" (16, 19).

En España está la *Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria*, en la que, en sus artículos 2 y 3, se define solicitante de asilo y la condición de refugiado, respectivamente.

Art. 2. El derecho de asilo: El derecho de asilo es la protección dispensada a los nacionales no comunitarios o a los apátridas a quienes se reconozca la condición de refugiado en los términos definidos en el artículo 3 de esta Ley y en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951, y su Protocolo, suscrito en Nueva York el 31 de enero de 1967.

Art. 3. La condición de refugiado: La condición de refugiado se reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él, y no esté incurso en alguna de las causas de exclusión del artículo 8 o de las causas de denegación o revocación del artículo 9.

¿Cómo se solicita la protección internacional?

El procedimiento se inicia con la presentación de la solicitud, que deberá efectuarse mediante comparecencia personal de los interesados que soliciten protección, o en caso de imposibilidad física o legal, mediante persona que lo represente. En este último caso, el solicitante deberá ratificar la petición una vez desaparezca el impedimento (art. 17.1 Ley 12/2009).

La solicitud se formalizará mediante entrevista personal que se realizará siempre individualmente. De forma excepcional, podrá requerirse la presencia de otros miembros de la familia de los solicitantes, si ello se considerase imprescindible para la adecuada formalización de la solicitud (art. 17.4).

Las personas encargadas de efectuar la entrevista informarán a los solicitantes sobre cómo efectuar la solicitud, y les ayudarán a cumplimentarla, facilitándoles la información básica en relación con aquélla. Asimismo, colaborarán con los interesados para establecer los hechos relevantes de su solicitud (art. 17.6). Igualmente podrá requerir, si así lo desea, que el personal que le acompañe en el proceso sea una mujer (art. 17.5).

¿Cuáles son los lugares reglamentarios para presentar la solicitud en España?

El Ministerio del Interior informa que se podrá presentar la solicitud en:

- ✓ Oficina de Asilo y Refugio (C/ Pradillo, 40, 28002 - Madrid);
- ✓ Puestos fronterizos de entrada al territorio español;
- ✓ Oficinas de Extranjeros;
- ✓ Comisarías de Policía autorizadas;
- ✓ Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE).

¿Cuándo debo solicitar la protección?

La comparecencia deberá realizarse sin demora, en el plazo máximo de un mes desde la entrada en el territorio español o, en todo caso, desde que se produzcan los acontecimientos que justifiquen el temor fundado de persecución o daños graves. A estos efectos, la entrada ilegal en territorio español no podrá ser sancionada cuando haya sido realizada por persona que reúna los requisitos para ser beneficiaria de la protección internacional prevista en esta Ley (art. 17.2 Ley 12/2009).

¿Qué derechos tendré durante la solicitud y tramitación?

Para su ejercicio, los solicitantes de protección internacional tendrán derecho a asistencia sanitaria y a asistencia jurídica gratuita, que se extenderá a la formalización de la solicitud y a toda la tramitación del procedimiento, y que se prestará en los términos previstos en la legislación española en esta materia, así como derecho a intérprete en los términos del artículo 22 de la Ley Orgánica 4/2000. La asistencia jurídica referida en el párrafo anterior será preceptiva cuando las solicitudes se formalicen de acuerdo al procedimiento señalado en el artículo 21 de la presente Ley (art. 16.2 Ley 12/2009).

Los menores solicitantes que hayan sido víctimas de cualquier forma de abuso, negligencia, explotación, tortura, trato cruel, inhumano, o degradante, o que hayan sido víctimas de conflictos armados recibirán la asistencia sanitaria y psicológica adecuada y la asistencia cualificada que precisen (art. 47).

¿Qué derechos tendré a partir de presentar la solicitud de asilo? (art. 18.1).

- ✓ a ser documentado como solicitante de protección internacional;
- ✓ a asistencia jurídica gratuita e intérprete;
- ✓ a que se comunique su solicitud al ACNUR;
- ✓ a la suspensión de cualquier proceso de devolución, expulsión o extradición;
- ✓ a conocer el contenido del expediente en cualquier momento;
- ✓ a la atención sanitaria en las condiciones expuestas;
- ✓ a recibir prestaciones sociales específicas en los términos que se recogen en esta Ley.

¿Qué obligaciones tendré como solicitante de asilo? (art. 18.2).

- ✓ cooperar con las autoridades españolas en el procedimiento para la concesión de protección internacional;
- ✓ presentar, lo antes posible, todos aquellos elementos que, junto a su propia declaración, contribuyan a fundamentar su solicitud: edad, pasado propio o el de parientes relacionados, identidad, nacionalidad o nacionalidades, anterior residencia, solicitudes de protección internacional previas, itinerarios de viaje, documentos de viaje y motivos por los que solicita la protección;
- ✓ proporcionar sus impresiones dactilares, permitir ser fotografiados y, en su caso, consentir que sean grabadas sus declaraciones previo consentimiento;
- ✓ informar sobre su domicilio en España y cualquier cambio que se produzca en él;
- ✓ informar, asimismo, a la autoridad competente o comparecer ante ella, cuando así se les requiera con relación a cualquier circunstancia de su solicitud.

¿Me pueden devolver a mi país de origen?

No, y así lo establece el artículo 61 del Convenio de Estambul, y el artículo 5 Ley 12/2009. Una vez realiza la solicitud no me podré ser objeto de retorno, devolución o expulsión hasta que termine el proceso (art. 19.1).

Además suspenderá, hasta la decisión definitiva, la ejecución del fallo de cualquier proceso de extradición de la persona interesada que se halle pendiente (art. 19.2).

¿Qué órgano decide sobre mi solicitud de asilo en España?

La Oficina de Asilo y Refugio, dependiente del Ministerio del Interior, es el órgano competente para la tramitación de las solicitudes de protección internacional. La Comisión Interministerial de Asilo y Refugio es un órgano colegiado adscrito al Ministerio del Interior, que está compuesto por un representante de cada uno de los departamentos con competencia en política exterior e interior, justicia, inmigración, acogida de los solicitantes de asilo e igualdad (art. 23.1-2), y es quien realiza la formulación de propuesta de concesión o denegación, pero será el Ministerio del Interior quien tenga la última palabra (art. 24.2).

¿Qué plazo hay para resolver?

6 meses. De no obtener respuesta en dicho plazo, se entenderá como denegada (art. 24.3).

¿Se puede tramitar de urgencia?

Sí, reduciendo los plazos a la mitad (art. 25).

¿Qué derechos sociales tendré? (art. 30).

Si carezco de recursos económicos: los servicios sociales y de acogida necesarios con la finalidad de asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas en condiciones de dignidad, sin perjuicio, en tanto que extranjeros, de lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y en su normativa de desarrollo.

Si tuviera recursos en el momento de la solicitud de protección, deberé reembolsar los costes de servicios y prestaciones recibidas reservadas a personas sin recursos.

¿Dispondré de autorización para trabajar?

Sí, en los términos que reglamentariamente se establezcan (art. 32).

¿ACNUR intervendrá?

Sí, se comunicará a ACNUR la entrada de cualquier solicitud de asilo, así como tendrán derecho a entrevistarse personalmente con el solicitante. En el caso de que la solicitud se reciba en un puesto fronterizo, ACNUR tendrá derecho a una audiencia previa a la resolución. Igualmente un representante de ACNUR estará presente en las reuniones de la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio, y en el caso de la denegación de una solicitud de asilo dispondrán de 10 días para que recurra.

Si me conceden el asilo, entonces...

La concesión del derecho de asilo o de la protección subsidiaria implicará el reconocimiento de los derechos establecidos en la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados, en la normativa vigente en materia de extranjería e inmigración, así como en la normativa de la Unión Europea, y, en todo caso (art. 36):

- ✓ la protección contra la devolución en los términos establecidos en los tratados internacionales firmados por España;
- ✓ el acceso a la información sobre los derechos y obligaciones relacionados con el contenido de la protección internacional concedida, en una lengua que le sea comprensible a la persona beneficiaria de dicha protección;
- ✓ la autorización de residencia y trabajo permanente, en los términos que establece la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social;
- ✓ la expedición de documentos de identidad y viaje a quienes les sea reconocida la condición de refugiado, y, cuando sea necesario, para quienes se beneficien de la protección subsidiaria;
- ✓ el acceso a los servicios públicos de empleo;
- ✓ el acceso a la educación, a la asistencia sanitaria, a la vivienda, a la asistencia social y servicios sociales, a los derechos reconocidos por la legislación aplicable a las personas víctimas de violencia de género, en su caso, a la seguridad social y a los programas de integración, en las mismas condiciones que los españoles;
- ✓ el acceso, en las mismas condiciones que los españoles, a la formación continua u ocupacional y al trabajo en prácticas, así como a los procedimientos de reconocimiento de diplomas y certificados académicos y profesionales y otras pruebas de calificaciones oficiales expedidas en el extranjero;
- ✓ la libertad de circulación;
- ✓ el acceso a los programas de integración con carácter general o específico que se establezcan;
- ✓ el acceso a los programas de ayuda al retorno voluntario que puedan establecerse;
- ✓ el mantenimiento de la unidad familiar en los términos previstos en la presente Ley y acceso a los programas de apoyo que a tal efecto puedan establecerse.

¿El asilo se extiende a los demás miembros de mi familia?.

Sí, en los siguientes casos (art. 40):

- ✓ Los ascendientes en primer grado que acreditasen la dependencia y sus descendientes en primer grado que fueran menores de edad, quedando exceptuado el derecho a la extensión familiar en los supuestos de distinta nacionalidad.
- ✓ El cónyuge o persona ligada por análoga relación de afectividad y convivencia, salvo los supuestos de divorcio, separación legal, separación de hecho, distinta nacionalidad o concesión del estatuto de refugiado por razón de género, cuando en el expediente de la solicitud quede acreditado que la persona ha sufrido o tenido fundados temores de sufrir persecución singularizada por violencia de género por parte de su cónyuge o conviviente.

✓ Otro adulto que sea responsable del beneficiario de protección internacional, de acuerdo con la legislación española vigente, cuando dicho beneficiario sea un menor no casado.

✓ Podrá también concederse asilo o protección subsidiaria por extensión familiar a otros miembros de la familia de la persona refugiada o beneficiaria de protección subsidiaria siempre que resulte suficientemente establecida la dependencia respecto de aquellas y la existencia de convivencia previa en el país de origen.

La Oficina de Asilo y Refugio tramitará las solicitudes de extensión familiar presentadas. Una vez instruidas se procederá, previo estudio en la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio, a elevar la propuesta de resolución al Ministro del Interior, quien resolverá.

Existen desde hace años protocolos de actuación sanitaria a nivel autonómico, hasta el año 2015 cuando se publicó y entró en vigor un protocolo a nivel estatal elaborado por el Sistema Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

- ✓ *Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Cataluña, 2002, actualizado en 2007*
- ✓ *Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón, 2011, actualizado en 2016*
- ✓ *Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra, 2013*
- ✓ *Protocolo Interinstitucional de Prevención de la Mutilación Genital Femenina del País Vasco, 2015*
- ✓ *Protocolo de Actuación Sanitaria ante la MGF de la Comunidad Valenciana⁽⁶⁴⁾, aprobado en noviembre de 2016*

El Protocolo de Atención Sanitaria a las Víctimas de Violencia de Género, aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud el 20 de Diciembre de 2012, contempla otras formas de violencia contra las mujeres, como la mutilación genital femenina, pero en 2015 se aprobó uno específico en materia de mutilación genital femenina.

Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF)⁽¹⁹⁾, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

- *Aspectos previos: prevención, formación y coordinación.*
 - Prevención: informar, sensibilizar y anticipar; dirigido a las familias.
 - Formación: dirigido a los profesionales sanitarios (Profesionales implicados en Atención Primaria: pediatras y enfermeras de pediatría, matronas, medicina de familia y enfermería de familia, trabajo social; Profesionales más implicados en Atención Especializada: personal médico y de enfermería de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Urología, Pediatría salud mental, urgencias); otros profesionales implicados (personal de los centros de vacunación internacional, Personal administrativo/admisión).
 - Coordinación.
- *Detección e intervención con mujeres que han sufrido una MGF: abordaje preventivo y terapéutico.*
 - Prevención para evitar que se practique la mutilación a sus hijas.
 - Atención durante el embarazo.
 - Tratamiento de las secuelas en la mujer embarazada con MGF.
 - Cuidados tras el parto.
 - Complicaciones obstétricas y postparto.
 - Tratamiento quirúrgico de las secuelas de la MGF.
 - Técnica de la desfinfibulación.

- *Detección e intervención con mujeres jóvenes, mayores de 18 años, en riesgo de sufrir una MGF.*
- *Detección e intervención con niñas en riesgo de sufrir una MGF.*
 - *Actividad preventiva general.*
 - *Actuación ante una situación de riesgo inminente: actividad preventiva pre-viaje.*
- *Detección e intervención con niñas que han sufrido una MGF: aspectos éticos y legales.*

¿Dónde se realizan las cirugías?.

Se debe realizar en el hospital de referencia de la comunidad autónoma, y teniendo que ser consideradas pacientes preferentes para que sean operadas de urgencia, o en los Hospitales (*consultar pág. 121*) gestionados por Fundaciones donde se realiza como responsabilidad social corporativa.

¿En qué momento se aconseja la cirugía?.

El Protocolo Común del Sistema Nacional de Salud ⁽¹⁹⁾ aconseja realizar la cirugía reconstructiva lo antes posible. En el caso de mujeres embarazadas mutiladas, lo más aconsejable es entre la semana 20 y 28 de embarazo (5 y 7 meses de gestación), siendo muy desaconsejable realizarla durante el parto.

¿En qué se diferencia sanitariamente una cirugía de reconstrucción de una mutilación genital femenina?.

De las diferencias importantes con la mutilación genital practicada en la niña o mujer, es que la cirugía reconstructiva tiene preoperatorio, se usa material clínico desinfectado, se le pone anestesia a la paciente, se realiza en un quirófano aséptico, se practica por cirujanos profesionales, a las pacientes tras la operación se le dan pautas y rutinas de higiene y limpieza, así como se realiza seguimiento ambulatorio durante 12-18 meses tras la operación.

¿Se usa Anestesia?.

Se usa anestesia⁽¹⁹⁾, dependiendo de la situación de la mujer, embarazada o no, se utilizará una anestesia específica.

Si no estuviera embarazada, se utilizará anestesia general para evitar flashback de cuando fue mutilada. Si estuviera embarazada se usaría anestesia local, y si se le practicara durante el parto, se utilizará anestesia epidural.

Tras la operación, ¿cuánto tiempo debe transcurrir para poder mantener relaciones sexuales?.

El Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la MGF (2015)⁽¹⁹⁾, aconseja no mantener relaciones sexuales hasta la 4ª o 6ª semana tras la operación, y se aconseja el uso de lubricantes vaginales.

✓ **Dr. Barri Soldevilla** (Barcelona)⁽⁶⁵⁾, trabaja en la Fundación Dexeus del Hospital Dexeus de Barcelona. Empezó a operar de manera gratuita a principios del 2007, y hasta ahora ha operado a más de 80 mujeres, la mayoría nacidas en Gambia, Senegal o Guinea, y todas ellas residentes en España. Es una eminencia en esta materia en España.

✓ **Dr. Iván Mañero** (Barcelona)⁽⁶⁶⁾. En 2004 fundó la Asociación Médica por la Infancia (AMIC) y en 2007, la Fundación Dr. Iván Mañero (DrIM). Dirige el Programa de Lucha contra la Mutilación Genital Femenina (MGF) que la Fundación Dr. Iván Mañero realiza desde enero de 2015 en España. Durante los diez años anteriores ha trabajado en un proyecto en Guinea Bissau.

✓ **Dra. Melisa Darocas González** (Valencia), Coordinadora de la Unidad de Referencia en Reconstrucción Genital Femenina de la Comunidad Valenciana, ubicado en el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia. Desde hace años lucha, no sólo por instaurar el abordaje quirúrgico, sino principalmente para preparar a las mujeres y a su entorno psicológica y sexualmente para una correcta recuperación funcional-global, no física.

Desde hace años, incluso décadas, varios hospitales realizan cirugías reconstructivas como parte de su proyectos de responsabilidad social corporativa o como cooperación al desarrollo, y por otra parte igualmente hospitales públicos lo realizan desde hace años, y de manera institucionalizada desde 2015 cuando entró en vigor el Protocolo Común de Actuación Sanitaria en Materia de Mutilación Genital Femenina. En ambos casos, dichas operaciones son gratuitas para las pacientes, tanto el preoperatorio, la operación, como el seguimiento.

Social:

✓ **Hospital Universitari Dexeus-Fundación Dexeus Salud de la Mujer**⁽⁶⁵⁾ en Barcelona, a través del Programa de Reconstrucción Genital Post Ablación realiza la operación de manera gratuita a residentes en Europa desde el año 2007. Son realizadas las operaciones por el Dr. Barri Soldevilla y su equipo.

✓ **IM CLINIC**⁽⁶⁶⁾, en Sant Cugat del Vallès (Barcelona), donde el Dr. Iván Mañero realiza las cirugías reconstructivas a través del proyecto de su fundación homónima.

Público:

✓ **Hospital Universitario Doctor Peset**⁽⁶⁴⁾, de Valencia, realizan las operaciones de reconstrucción desde el año 2009. Es el hospital de referencia en MGF en la Comunidad Valenciana, aprobación otorgada en julio de 2016. La Dra. Melisa Darocas (*consultar pág. 120*) es la Coordinadora de la Unidad, y actualmente también colabora en la Unidad el Psicólogo-Sexólogo Felipe Hurtado-Murillo, muy reconocido en el campo de la Sexología, que dirige la psicología dual (Sexólogo-para la pareja y el entorno familiar; Sexóloga para la mujer y el entorno familiar). Hasta febrero de 2016 se habían realizado 5 operaciones de reconstrucción genital.

✓ **Hospital Clínico de Barcelona**⁽⁶⁷⁾, desde 2012 hasta febrero de 2016⁽⁶⁴⁾ se han firmado en dicho hospital 380 compromisos parentales de no practicar la MGF a sus hijas residentes en Cataluña (120 en el año 2012, 144 en 2013 y 116 en 2014) . Centro de referencia en MGF del Servicio Catalán de la Salud, desde octubre de 2015 realiza cirugías reconstructivas y hasta febrero de 2016 había realizado 5 consultas. En febrero de 2016 realizó la primera cirugía de reconstrucción⁽⁶⁸⁾.

La primera Declaración institucional por el Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina la realizó el Gobierno de España, por acuerdo del Consejo de Ministros, en el año 2014. Desde entonces, cada año, publican una declaración institucional.

A continuación la transcripción literal de la primera y la última hasta la fecha.

6 de febrero de 2014, primera Declaración institucional.

Expresa su compromiso con la erradicación de la mutilación genital femenina y aboga por prevenir y eliminar esta práctica que, además de lesionar gravemente los derechos de quienes la padecen, casi siempre menores, ocasiona importantes secuelas emocionales.

El Consejo de Ministros ha aprobado a propuesta de los ministros de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y de Asuntos Exteriores y de Cooperación, la siguiente Declaración del Gobierno con motivo del Día Mundial de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, declarado por la Organización Mundial de la Salud el 6 de febrero:

Con motivo del Día Mundial de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, el Gobierno español expresa su rechazo y el de toda la sociedad a la mutilación genital femenina y manifiesta su firme compromiso por su erradicación, impulsando para ello todas las medidas que resulten necesarias.

La mutilación genital femenina es practicada casi siempre en menores, constituye una violación de los derechos de la niña y es una práctica extremadamente dañina y una manifestación especialmente cruel de la violencia que se ejerce contra las mujeres y las niñas por el hecho de serlo. La mutilación es un acto criminal por el que se impide a las mujeres el pleno disfrute de sus derechos fundamentales y se generan graves consecuencias físicas y psicológicas tanto a corto

como a largo plazo. El respeto a las tradiciones culturales debe tener como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos por lo que prácticas como ésta no pueden, en ningún caso, contar con amparo o legitimación por tales motivos.

Reformas legislativas

España, en consonancia con las orientaciones internacionales en esta materia, ha promovido a lo largo de los últimos años distintas reformas legislativas orientadas a promover la sanción y persecución de la mutilación genital femenina. Asimismo, el trabajo realizado por la sociedad civil, profesionales y organizaciones especializadas públicas y privadas, sensibilizando acerca de la existencia y gravedad de este problema y promoviendo la detección y el trabajo cooperativo con las comunidades con mayores tasas de prevalencia del problema, son valiosas aportaciones en la imprescindible toma de conciencia de la sociedad acerca del problema.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados es necesario seguir trabajando para prevenir, detectar y finalmente, eliminar esta práctica. Los factores culturales profundamente arraigados en las comunidades donde se lleva a cabo esta práctica son obstáculos que desde una perspectiva intercultural y el respecto a las tradiciones es necesario cambiar, para promover su deslegitimación social y por tanto su erradicación.

Estrategia Nacional

A este respecto, la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, aprobada por el Consejo de Ministros del 26 de julio de 2013, contiene un eje específico denominado "*visibilización de otras formas de violencia sobre la mujer*", dado que, junto a la violencia de género, los malos tratos sufridos por las mujeres a manos de sus parejas o ex parejas, es importante avanzar también en el afrontamiento de otras formas de violencia sobre la mujer para, progresivamente, visibilizarlas y conocerlas, y actuar así eficazmente contra ellas.

Por ello, se está trabajando en colaboración con organizaciones especializadas, en promover acciones que den a conocer a la sociedad la gravedad de la mutilación genital femenina y permitan a los profesionales, en el ámbito de sus funciones, incidir, desde una perspectiva interdisciplinar, en la

prevención, detección y tratamiento de la misma. Asimismo, se trabaja en su formación especializada con el fin de mejorar la respuesta profesional, poniendo a su disposición instrumentos que faciliten su labor, como el Protocolo común para la actuación sanitaria en relación con la mutilación genital femenina, en el que actualmente se trabaja en colaboración con las Comunidades Autónomas e instituciones del ámbito sanitario.

El Gobierno colabora activamente con las instituciones de la Unión Europea en la adopción de instrumentos normativos y el desarrollo de acciones en materia de lucha contra la Mutilación Genital Femenina y continuará trabajando, nacional e internacionalmente, para que todas las mujeres y niñas, con independencia de su origen, raza, religión o cualquier otra circunstancia personal y social, disfruten plenamente de su dignidad y los derechos que les son inherentes.

6 de Febrero de 2016, última Declaración a fecha de publicación del Manual.

El Consejo de Ministros ha aprobado una Declaración con motivo del Día Mundial de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina.

La Organización Mundial de la Salud declaró el 6 de febrero Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina. La mutilación genital femenina es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos y es un reflejo de la desigualdad entre mujeres y hombres. Asimismo, viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometida a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la

vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte.

El texto de la Declaración es el siguiente:

"La mutilación genital femenina constituye una grave violación de los derechos humanos y es, además, una manifestación de violencia contra la mujer y la niña. Por ello, un año más, en el Día Mundial de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, el Gobierno de España quiere mostrar su rechazo y el de toda la sociedad española hacia esta práctica, renovando un compromiso decidido en aras de su eliminación.

Porque la mutilación genital femenina es una práctica especialmente dañina para la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas y 17.000 de ellas de acuerdo con los estudios más recientes corren riesgo dentro de España de ser víctimas de mutilación genital. España, en consonancia con las recomendaciones y obligaciones internacionales en esta materia, impulsa desde hace tiempo medidas y acciones necesarias no sólo para perseguir esta práctica, sino también para prevenirla y atender a quienes la sufren.

Acciones legislativas y otras medidas

En el ámbito de la persecución del delito, la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en vigor desde el 1 de julio de 2015, introdujo una circunstancia agravante por razón de género que podrá resultar de aplicación al delito de mutilación genital femenina, sancionado en el artículo 149.2 del Código Penal, lo que implica un mayor rigor de la sanción penal y una mejora de la protección penal de mujeres y niñas.

Por su parte, el 28 de julio de 2015 se promulgó la Ley 26/2015, *de protección a la Infancia*, en cuyo artículo 11 se incluye, dentro de los principios rectores de la actuación administrativa, la protección de los menores contra cualquier forma de violencia, incluida la mutilación genital femenina. Al amparo de este artículo, los poderes públicos desarrollarán actuaciones de sensibilización, prevención, asistencia y protección frente a cualquier forma de maltrato infantil, estableciendo los procedimientos que aseguren la coordinación entre las Administraciones Públicas competentes.

Siguiendo la senda iniciada por el "*Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar*", del Pleno del Observatorio de la Infancia el 9 de junio de 2014, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el 14 de enero de 2015 el "*Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en el Sistema Nacional de Salud*", un documento básico que pretende mejorar la salud de las mujeres y las niñas que ya han sufrido esta práctica, y prevenir la mutilación genital femenina en niñas y jóvenes que corren el riesgo de ser sometidas a la misma.

Por su parte, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género ha elaborado el estudio "*La Mutilación Genital Femenina en España*" (2015), cuyo objetivo principal es conocer la situación de la mutilación genital femenina en España y proponer recomendaciones para el desarrollo de acciones encaminadas a la atención, detección y prevención de la misma. Asimismo, en colaboración con Médicos del Mundo participó en la difusión de la exposición "*Un viaje con compromiso: el valor de la prevención en la lucha contra la mutilación genital femenina*", que se expuso en la sede de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad del 6 al 13 de febrero de 2015.

Acciones internacionales

A nivel internacional, este firme compromiso de nuestro Gobierno se ve reflejado en la activa participación del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación en la lucha contra la mutilación genital femenina en los diferentes foros internacionales de los que España forma

parte, tales como el Consejo de Derechos Humanos o la Asamblea General de Naciones Unidas.

En este último, destaca el apoyo de España a la Resolución 67/146, de 20 de diciembre de 2012, en la cual se exhorta a los Estados miembros, al sistema de la ONU, a la sociedad civil y a todas las partes implicadas a seguir observando el 6 de febrero como el Día Internacional de la Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina, y a aprovechar la ocasión para mejorar las campañas de sensibilización y tomar medidas concretas contra esta odiosa práctica.

Destaca, asimismo, la actuación de la Cooperación española que, junto a otros donantes, financia el Programa Conjunto de UNICEF y el Fondo Mundial de Población contra la mutilación genital femenina, cuyo objetivo es impulsar en aquellos países en los que aún se practica de forma habitual, las transformaciones sociales y legales necesarias para su erradicación.

Junto a estas actuaciones impulsadas desde el Gobierno, es oportuno destacar la labor que llevan a cabo la sociedad civil y las organizaciones especializadas públicas y privadas, a través de la formación de los profesionales que intervienen en estas situaciones y la promoción de la toma de conciencia y la sensibilización de toda la sociedad y, en particular, de aquellas comunidades con mayor riesgo, con el fin de implicar activamente a todos en su prevención y erradicación.

Las previsiones de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, y en particular las actuaciones orientadas a la erradicación de la mutilación genital femenina, continuarán siendo la hoja de ruta de este Gobierno, hasta el logro final del compromiso de acabar con cualquier forma de violencia contra la mujer y las niñas, desde la premisa de que en la sociedad española de hoy esta grave forma de discriminación no tiene cabida”.

“Serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores: La protección contra toda forma de violencia, incluido el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, la realizada a través de las nuevas tecnologías, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, sanitario, social o educativo, incluyendo el acoso escolar, así como la trata y el tráfico de seres humanos, la mutilación genital femenina y cualquier otra forma de abuso”, art. 11.2.i de Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia.

Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016:

OBJETIVO 1. Ruptura del silencio cómplice del maltrato

O.E. 1. Reforzar la prevención. Medidas:

1. Realizar acciones de sensibilización que promuevan la ruptura del silencio y la implicación de la sociedad en la erradicación de la violencia contra la mujer.
2. Promover y facilitar el conocimiento de los recursos disponibles para el asesoramiento integral de mujeres víctimas de violencia de género, considerando especialmente aquellas que aún no han presentado denuncia.
7. Poner a disposición de las comunidades autónomas las campañas y materiales de sensibilización en materia de violencia contra la mujer.
10. Desarrollar acciones de comunicación utilizando instrumentos de la web 2.0

O.E. 2: Anticipar la detección.

46. Promover protocolos para la detección de casos de violencia de género en el ámbito escolar.
47. Difundir herramientas para la detección y prevención de violencia de género entre la población escolar.
48. Editar una guía dirigida a mujeres que sufren violencia y a la sociedad en general, en la que se describa cómo actuar frente a la violencia de género y los recursos disponibles.
52. Promover el conocimiento de los profesionales sanitarios del "*Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género*" y en especial los modelos de comunicación a Fiscalía y órganos judiciales y el parte de lesiones.
53. Elaborar material de sensibilización sobre violencia de género para Centros de Salud y de Atención Primaria que promueva la ruptura del silencio y la detección temprana.
68. Promover la formación y sensibilización de los profesionales del Turno especializado de Violencia de Género, en colaboración con el Consejo General de la Abogacía.
72. Impulsar la difusión entre las comunidades autónomas y operadores jurídicos del "*Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género*".
85. Fomentar que en la atención sanitaria de las mujeres víctimas de violencia de género se garantice un tratamiento de sus datos personales que impida el acceso a ellos de personas distintas de los profesionales sanitarios.

OBJETIVO 3: Atención a los Menores y a las Mujeres especialmente vulnerables a la violencia de género.

O.E.1. Menores.

110. Incluir la temática sobre menores víctimas de violencia de género en jornadas, ponencias y congresos relacionados con la materia.

111. Incorporar en la *Web de recursos de apoyo ante casos de violencia de género* información sobre recursos especializados para menores.

113. Actualizar el *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil* adaptándolo a los casos de violencia de género.

114. Establecer criterios homogéneos de determinación de situaciones de riesgo a través de protocolos uniformes para la intervención individualizada, integral y multidisciplinar en menores que sufren violencia de género.

116. Contemplar a los menores en la propuesta común para el desarrollo de la coordinación y la puesta en marcha del plan personalizado para las víctimas de violencia de género.

117. Considerar a los menores en el "*Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género*".

118. Considerar como víctimas de violencia a los menores expuestos a esta forma de violencia.

119. Considerar la protección de los menores contra toda forma de violencia, incluida la violencia de género, como principio rector de las actuaciones de las administraciones públicas.

120. Revisar los protocolos de coordinación interinstitucionales y de actuación ante la violencia de género, contemplando la situación específica de menores víctimas de violencia de género.

121. Elaborar un protocolo de atención a menores en los Institutos de Medicina Legal dependientes del Ministerio de Justicia.

122. Elaborar un protocolo de atención a menores en las Oficinas de Atención a la Víctima dependientes del Ministerio de Justicia.

123. Impulsar la prohibición de otorgar al agresor la guarda y custodia individual o compartida, en casos de violencia de género así declarados en virtud de una sentencia condenatoria o por la existencia de indicios racionales de tales delitos

OBJETIVO 4: Visibilización de otras formas de violencia sobre la mujer.

Contiene medidas para prevenir la mutilación genital en niñas y mujeres y para impulsar su erradicación, con las siguientes medidas:

166. Elaborar un documento informativo sobre la MGF: MSSSI y DGVG.

169. Promover actividades de sensibilización sobre otras formas de violencia contra la mujer, tanto en sede como en terreno.

176. Fomentar acciones para la conmemoración del Día Mundial de Tolerancia Cero contra la MGF (6 de Febrero): MSSSI, DGVG y CCAA.

185. Promover la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la MGF: MSSSI-DGVG, MSSSI-DGSP, CCAA.

EJE TRANSVERSAL 1. Formación y sensibilización de Agentes.

213. Fomentar la formación y el conocimiento de las distintas manifestaciones de la violencia psicológica.

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades. PEIO 2014-2016, en el eje 3 de Erradicación de la Violencia contra la mujer:

67. Organizar campañas de sensibilización y conocimiento de este tipo de violencia, que ayuden a su prevención.
68. Reforzar la prevención, formación en igualdad y respeto de los derechos fundamentales en todas las etapas educativas. Realizar actuaciones de visibilización del problema de sensibilización, de formación de agentes implicados en la erradicación de la violencia de género y formación en igualdad y respeto de los derechos fundamentales en todas las etapas educativas.
69. Mejorar la detección, anticipando la identificación de las primeras señales, la detección de supuestos concretos y mejorando la respuesta institucional, tanto en los casos ya conocidos como ante los posibles casos ocultos, pasando de una actuación reactiva a una actuación proactiva, por parte de cualquier agente implicado del ámbito educativo, sanitario, y social.
70. Mejorar la respuesta de la Administración de Justicia y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, garantizando la máxima protección y la debida reparación del daño causado.
71. Asegurar un mínimo de presencia femenina ente las dotaciones de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, incluidas las unidades situadas en el ámbito rural.
72. Fomentar la coordinación, para la protección a las víctimas de violencia de género, a través del *Sistema de seguimiento integral de los casos de violencia de género (Sistema VdG o VIOGÉN)*.
73. Garantizar la respuesta asistencial dirigida a las mujeres que sufren violencia, reforzando la atención personalizada y la actuación en red de los distintos recursos públicos dispuestos para la atención integral y recuperación de las mujeres e impulsando la formación especializada de los profesionales que intervienen en la asistencia a mujeres que sufren violencia de género y sus hijos e hijas.
74. Aprobar un protocolo de actuación en el ámbito de la Administración General del estado, en relación con las situaciones de especial protección que afectan a las víctimas de violencia de género, especialmente en materia de movilidad y en el marco del Plan para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en la AGE y en sus organismos públicos.
75. Atención específica a los hijos e hijas de las mujeres que sufren violencia; a las mujeres con discapacidad; a las mujeres del medio rural; a las mayores de 65 años; y a las mujeres inmigrantes, en colaboración con las administraciones competentes.
76. Avanzar en la coordinación y el efectivo trabajo en red entre recursos estatales y recursos autonómico que mejore la respuesta profesional de los agentes implicados en la asistencia y protección de las mujeres víctimas de violencia de género.
77. Reforzar el conocimiento y la visibilidad de estas formas de violencia, sensibilizando a la población y a los profesionales sobre su existencia y sobre la necesidad de actuar sobre ellas.

*Ilustración página siguiente "We are not just a piece of meat", Cristina Rosique Gómez.
10º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".*

your body
your freedom



Plan Integral de Apoyo a la Familia. PIAF 2015-2017

Línea Estratégica 5. Apoyo a familias con necesidades especiales.

O.E.j: Ayudar en el proceso de inclusión en la sociedad de acogida de personas solicitantes y beneficiarias de protección internacional, y sus familias, en situación de especial vulnerabilidad y riesgo de exclusión social, así como a personas víctimas de violencia o en riesgo de sufrirla, como en los casos de mutilación genital femenina.

Medidas de prevención, apoyo e intervención a familias en situación de conflictividad o víctimas de violencia

210. Potenciar el Plan Director para la Convivencia y Seguridad Escolar incentivando la participación de centros educativos y de profesionales implicados en la erradicación de la violencia de género, implicando a la familia a través de las asociaciones de madres y padres de alumnos en el conocimiento de las distintas manifestaciones de violencia contra la mujer, con el fin de prevenir su aparición y en su caso facilitar la detección de estas formas de violencia: mutilación genital femenina, agresiones sexuales, trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual y matrimonios forzados.

Medidas de prevención, apoyo e intervención a familias en situación de conflictividad o víctimas de violencia.

211. Considerar de manera específica la violencia de género, la mutilación genital femenina y matrimonios forzados como formas de maltrato infantil, a través de su inclusión en los protocolos de actuación contra el maltrato infantil, a fin de promover entre profesionales la atención especializada y el conocimiento de estas específicas formas de violencia que pueden sufrir los menores en sus entornos familiares detectándolas y minimizando las consecuencias negativas de dichas prácticas, mediante el establecimiento de mecanismos de coordinación y derivación a recursos socio asistenciales especializados.

“Establecer en los casos de atención e intervención con los niños en cuyo entorno se sufre violencia de género, así como en los casos de mutilación genital femenina y en los matrimonios forzados, la correspondiente coordinación entre los Servicios de Protección a la Infancia y los organismos competentes de atención a las situaciones de violencia contra la mujer de las Comunidades Autónomas”,
Medida general X del Protocolo Básico de Intervención
contra el Maltrato Infantil en el Ambito Familiar, 2014.

Ganadores del Concurso de Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”

Las ilustraciones, tanto de la portada, como de página interiores, han sido las ganadoras, 3 premios y 10 accésits, de entre las 75 ilustraciones postuladas al *Concurso de Ilustración “Campaña de Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”* convocado del 1 de marzo al 14 de abril de 2016 por la Confederación Nacional Mujeres en Igualdad.

El Jurado lo compusieron Carmen Fúnez de Gregorio (Ciudad Real), en calidad de Secretaria General de la entidad organizadora del Concurso; María Paz García Bueno (Madrid), Licenciada en Psicología especialidad Clínica y autora del *Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas Prácticas*; Nuria Frago Cañellas (Barcelona), Licenciada en Bellas Artes e ilustradora que colabora con distintas publicaciones; Pencil Ilustradores (Valladolid), primera agencia de ilustradores creada en España, que representa a artistas de diversos países como España, Italia, México, Chile, Guatemala); Inmaculada Renedo Gómez (Burgos), Licenciada en Psicopedagogía y Animadora Sociocomunitaria; Blanca Pérez García (Cádiz), Trabajadora Social y especialista en mujeres con riesgo de exclusión social; y Visitación Cruces Mesa (Cádiz), Integradora Social & social media y especialista en formación y prevención de violencias basadas en el género.

Cada autor tituló su obra, nos explicó en la memoria descriptiva lo que quería transmitir con su ilustración, y nos detalló la técnica utilizada.

Quiero agradecer a todos los artistas, profesionales y noveles, que han decidido comprometerse con los fines de nuestro proyecto de sensibilización con el objetivo de erradicar la mutilación genital femenina, y han aportado su talento y creatividad a visibilizar la lucha contra esta práctica tradicional que atenta contra la libertad, los derechos y la integridad de niñas y mujeres en todo el mundo.

Portada: ¡Es una niña!, Laura Oliver Velasco, Madrid.

1º Premio Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.

MEMORIA DESCRIPTIVA: La mutilación genital femenina es una práctica que afecta a millones de mujeres en el mundo y un bebé, por el hecho de haber nacido mujer, está condenado a sufrir esta violación a su integridad física, antes o después en su vida. Por ello he reflejado un móvil de cuna, rosa, color culturalmente impuesto a lo femenino. Se cierce sobre la pequeña como una amenaza camuflada bajo la forma de rito de paso de niña a mujer.

El título escogido alude a la típica frase que suele decirse ante la llegada de un bebé en nuestra sociedad, siendo motivo de alegría. Sin embargo, en este caso, señala lo terrible que puede ser en tantos lugares.

TÉCNICA UTILIZADA: tinta china, acuarela, lápiz y retoque digital.

Pág. 11: Inocencia Perdida, Grupo Mirada Social, Sevilla.

2º Premio Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

Grupo compuesto por alumnos del IES Pino Montano de Sevilla. Del Ciclo Formativo Superior de Animación Socio-Cultural y Turística: María Roldán Romasanta, Ana Palanco Pevidad, Ana Pellón Luque, Minerva Sánchez Rodríguez, y del Ciclo Formativo Medio de Sistemas Microinformáticos y Redes: Carlos E. Domínguez Serrano, Ignacio Pizarro Ortego, Sergio Olivera.

MEMORIA DESCRIPTIVA: Esta imagen simboliza la prueba de la pérdida de la inocencia y del futuro de una niña ya que ellas después, serán esclavas del hombre toda su vida. Escogimos dos imágenes superpuestas, la mitad de la cara de una joven adulta y la otra mitad de una niña donde refleja como la mujer es destruida interior y exteriormente desde su infancia. Esta violencia marcará el resto de su vida.

TÉCNICA UTILIZADA: Fotomontaje y retoque fotográfico.

Pág. 25: Camino sesgado, Amelia Sales Mira, Barcelona.

3º Premio Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

MEMORIA DESCRIPTIVA: Quería crear un ambiente de sordidez, ansiedad y soledad. Un sentimiento en el que al ver la imagen, junto con la técnica de rasgado nos hiciese una introducción al mundo ardido y negado de la mujer.

TÉCNICA: Grattage/Scraper.

Pág. 35: Inocencia, Jaime de la Torre Naharro, Badajoz.

1º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

MEMORIA DESCRIPTIVA: Representación de la inocencia infantil relacionada con la edad a la que son sometidas a la mutilación genital y como símbolo de oposición, los utensilios utilizados en esta acción, en forma de "X" como prohibición.

La colocación de este símbolo ha sido puesto en la frente a modo de concienciación.

TÉCNICA UTILIZADA: Dibujo a Bolígrafo y retoque digital.

Pág. 47: Rosa Truncada, José Vicente Santamaría Monsoríu, Valencia.

2º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

MEMORIA DESCRIPTIVA: La ilustración nos muestra una niña de raza negra llorando al fondo de la imagen, a la que evidentemente le han infringido algún tipo de dolor o abuso. Sobre la misma, una rosa roja, cuyo capullo queda a la altura de la boca de la niña, es cortada por

su tallo por una mano anónima con una navaja vieja y oxidada sobre la que cae una gota de sangre procedente del tallo de la rosa roja. La rosa tapa la boca de la niña para atestiguar que las niñas no tienen voz en este tema.

La elección de la rosa no es casual. Es una rosa porque se trata de una flor bella y al truncarla simboliza la vida sexual de la niña, cuyo nombre bien podría ser Rosa, que está siendo truncada de mala forma siendo testigo mudo de la barbaridad que ella sufre en lo más íntimo.

La rosa no tiene púas, porque con ello también he querido simbolizar la pureza de alma de la niña. Es bella y no nos hace ningún daño, ¿Por qué provocárselo entonces?.

Finalmente la mano ejecutora está difuminada, no es de raza negra, ni blanca, ni asiática, porque es anónima.

TÉCNICA UTILIZADA: Lápiz y digital (Photo-shop) Formato A5 - 300 dpi.

Pág. 61: Descubriendo el rostro, Lorena Cuenca Ramón, Valencia.

3º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

MEMORIA DESCRIPTIVA: Representación de unos labios cerrados que metafóricamente hacen referencia a los labios menores y mayores del órgano genital femenino.

Este cierre de la boca, la cual cumple funciones importantes en diversas actividades como el lenguaje y en expresiones faciales como la sonrisa, se compara a la infibulación, el estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, acto que tiene grandes consecuencias, tanto inmediatas como a largo plazo, que afectan a la salud psicológica y sexual. En términos generales, las mujeres mutiladas genitalmente sufren sentimientos de inferioridad, ansiedad y depresión.

De esta manera, el elemento visual clave de la imagen, el cierre de los labios, denota la privacidad de libertad a la que se ven sometidas millones de mujeres del mundo.

A nivel compositivo cabe destacar como partiendo del elemento simbólico y centro de atención de los labios, se ha propuesto una composición dinámica en la que la línea curva es predominante, haciendo referencia a la acción de coser que implica este tipo de tortura.

El esquema de color utilizado tiende hacia la gama cromática de los rojos, el rojovioleta, con el uso puntual del azul para establecer un ligero contraste y diferenciar la figura del fondo. Esta gama cálida produce un efecto agresivo y de acercamiento, los labios se aproximan sugiriendo la lucha de las mujeres silenciadas que quieren ser escuchadas.

La composición sigue una orientación horizontal distribuyendo los elementos de manera equilibrada, pues la boca que es de mayor tamaño se encuentra al lado izquierdo,

mientras que la aguja está en el lado de mayor peso visual, inducido por el sentido de lectura occidental, de izquierda a derecha, que marca el recorrido visual.

En su conjunto, la representación, de un modo irónico, manifiesta la vulneración de derechos universales protegidos por el Derecho Internacional: el derecho de expresión, el derecho a la igualdad de oportunidades, a la salud, a la lucha contra la violencia y el derecho a decidir acerca de la propia reproducción.

TÉCNICA UTILIZADA: Para su realización se optó por utilizar una técnica mixta que permitiera representar, mediante la acuarela y la tinta china, la fluidez y soltura del trazo opuesta a la contundencia del rotulador rojo en la zona de los labios, zona clave de la representación que refleja la dureza con la que se vulneran los derechos de la mujer.

Pág. 71: Alegoría de Mujer, Gennaro Ciccimarra, Madrid.

4º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

MEMORIA DESCRIPTIVA: Representación del estado de padecimiento categórico de la mujer a consecuencia de las prácticas de mutilación genital femenina.

Primer plano de un rostro femenino con rasgos africanos y predominancia de tonos rojizos. Se juega con la dualidad en los ojos de la mujer, aludiendo a secuelas físicas y emocionales derivadas de esta práctica. Composición con dos interpretaciones respecto a la imagen de la mujer: con ojos cerrados y extensas pestañas en alusión al ámbito emocional/personal, o bien, con ojos abiertos y vacíos en llanto aludiendo al plano físico.

TÉCNICA UTILIZADA: Acuarela, lápiz y rotuladores sobre papel 24 x 32 cm.

Pag. 79: Miedo, Mercedes María Lombardo Lendinez, Jaén.

5º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

MEMORIA DESCRIPTIVA: En esta obra he representado el miedo que pasan las niñas antes de la ablación, el no querer ver lo que les espera, ellas van engañadas y las recompensan con regalos pero aún así ellas tienen miedo, van obligadas sin poder negarse, en ese momento son marionetas que las usan como quieren, haciéndolas sufrir.

La mancha que he creado simboliza esa mancha que se les quedan a las niñas dentro de ellas que nunca olvidaran, el dolor que pasan, esas lágrimas derramadas, el trauma que permanecerá en su cabeza para toda su vida. El color azul en las manos representa la frialdad y la fuerza de las niñas para evitar que le realicen la mutilación y aun así solo les queda una cosa y es aguantar, cerrar los ojos y esperar que pase todo lo antes posible.

TÉCNICA UTILIZADA: Acuarela S/papel.

Pág. 83: “Don’t hurt me” (NO me hagas daño), Marina Álvarez Sánchez, Madrid.

6º Accésit Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.

MEMORIA DESCRIPTIVA: He querido crear una imagen metafórica y estética y no tan explícita de una práctica horrible que sufren alrededor de 140 millones de mujeres en todo el mundo y cerca de 90 millones de mujeres en los países de África, y en menor medida de Oriente Medio y Asia.

En esta obra no he querido agredir visualmente, pues al mundo ya le sobran imágenes de espanto, sino crear una imagen que te haga sentir cosas y reflexionar al verla.

Unas manos mueven hilos creando un doble sentido: el juego infantil de los hilos rojos (color de la sangre) se convierte en algo inquietante al cortar y coser a una niña que aparece seria en el centro, inmóvil. La imagen que aparece atrapada en el centro de esas ataduras es la de una niña a la que no se identifica con una nacionalidad o cultura concretas puesto que la ablación es una práctica que se da en muchos países diferentes; es una niña que simboliza a todas las víctimas que sufren esta práctica, a la vez que sirve para hacer una denuncia de otro tipo de agresiones a la figura femenina como puede ser la manipulación, el control, el abuso o el acoso.

Las manos gigantes simbolizan a aquellas personas ejecutoras de la ablación que destrozan la infancia y ante las cuales, la víctima, se siente impotente y empequeñecida.

TÉCNICA UTILIZADA: Collage con Photoshop CS6.

Pág. 93: La rosa cortada, Eusebio de Frutos Bravo, Valladolid.

7º Accésit Concurso Ilustración “Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina”.

MEMORIA DESCRIPTIVA: La obra es una metáfora sobre la ablación representando esta con el corte de una rosa que ya no volverá nunca a vivir. El corte de la rosa se realiza con una cuchilla, método utilizado para la mutilación genital femenina.

He tratado de representar este brutal hecho con esta metáfora omitiendo imágenes escabrosas que podrían dañar la sensibilidad, haciendo de esta ilustración perfecta para cualquier tipo de público, tanto adulto como infantil.

TÉCNICA UTILIZADA: Acuarela digital.

Pág. 99: Manchas de dolor, Mercedes María Lombardo Lendinez, Jaén.

8º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

MEMORIA DESCRIPTIVA: En este dibujo se puede ver ese dolor, la humillación a la que se enfrentan, la negación. Hay niñas que no sobreviven y a las que ese dolor se les queda permanente con distintas secuelas.

La mancha creada en la zona genital demuestra que una vez que pasan por ese sufrimiento, les espera una lucha constante por superar ciertas enfermedades, el dolor al mantener relaciones sexuales y el temor que nunca olvidaran.

Al colocar las manos en cruz quiero representar el fin a la mutilación genital.

TÉCNICA UTILIZADA: técnica mixta S/papel (lápiz y tinta china).

Pág. 107: Mutilas mi alma por nacer mujer, Javier César Niño de Frutos, Valladolid.

9º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

MEMORIA DE LA ILUSTRACIÓN: La angustia de pasar por ese momento de la ablación, por haber nacido con sexo femenino, verse privada de disfrutar de la sexualidad como algo consustancial del ser humano, por cánones "culturales" machistas. Impotente de hacer nada, sujeta por esas manos, esas sombras que una vez pasaron por el mismo trauma. Sentir como se rompe como persona a causa de esa nefasta experiencia.

TÉCNICA UTILIZADA: Coloreado a mano a través de los pinceles de AdobePhotoshop, efectos con el mismo programa.

Pág. 129: We are not just a piece of meat, Cristina Rosique Gómez, Toledo.

10º Accésit Concurso Ilustración "Campaña Erradicación de la Mutilación Genital Femenina".

MEMORIA DESCRIPTIVA: Privarte de tu libertad en general y la sexual en particular desde que naces, es algo que ninguna niña debería experimentar.

Un cuerpo, un corte es lo que define el valor de esa mujer y de ser aceptada.

TÉCNICA UTILIZADA: Collage (Photoshop).

1. OMS (Febrero 2014). Mutilación genital femenina. Nota descriptiva N°241. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
2. Koroma, H. (30/09/2013). Mutilación Genital femenina o ablación. La Mutilación Genital Femenina. Sierra Leona. En: <https://edukavital.blogspot.com.es/2013/09/mutilacion-genital-femenina-o-ablacion.html>
3. OMS (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. En: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>
4. Sequi, A.; Touray, I.; Piniella, Z. (2013). La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo. O'DAM. En: http://www.mujeresparalasalud.org/IMG/pdf/ERRADICACION_MGF_ODAM13.pdf
5. Amnistía Internacional (1998). La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación. En: <http://amnistiainternacional.org/publicaciones/12-refugiados-los-derechos-humanos-no-tienen-fronteras.html>
6. EUROPAPRESS (707/09/2016). El Parlamento de la Unión Africana aprueba la prohibición de la mutilación genital femenina. En: <http://www.europapress.es/internacional/noticia-parlamento-union-africana-aprueba-prohibicion-mutilacion-genital-femenina-20160807231441.html>
7. Caño Aguilar, Á.; Fernández Caballero, A.; Martínez García, E.; Ochoa Rodríguez, M^a D.; Oliver Reche, M.; Sánchez Robles, C.; Torrecilla Rojas, L.; Velasco Juez, C. (2008). Mutilación Genital femenina. Más que un problema de salud. Medicus Mundi Andalucía. Andalucía. En: http://www.medicusmundi.es/index.php/andalucia/publicaciones/guias/lucha_contra_la_mutilacion_genital_femenina_vol_i
8. Castañeda Reyes, J.C. (23-25/03/2011). Fronteras del placer, fronteras de la culpa... Nuevas reflexiones sobre el problema de los orígenes de la mutilación femenina en Egipto. Asociación Latinoamericana de Estudios de Asia y África XIII. Congreso Internacional de ALADAA. Colombia. En: http://ceaa.colmex.mx/aladaa/memoria_xiii_congreso_internacional/images/castaneda.pdf
9. Casellas Serra, S.; Mayoral Simon, J.; Ruiz Enríquez, R.; De las Heras García, M.; Martí Arau, S.; Negre Costa, R.; Olivé Morros, L.; Vidal Ginjaume, J.; Campasol Torra, S.. (actualizado febrero 2006). Protocolo de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la demarcación de Girona. Gerona.
10. Wikipedia
11. Rodríguez Quiroga, M.L. (10/02/2010). El Islam debe enfrentarse a la Mutilación Genital Femenina. En: <https://mlaurerodriguezquiroga.wordpress.com/2010/02/10/el-islam-debe-enfrentarse-a-la-mutilacion-genital-femenina/>
12. Carrión, F. (24/07/2014). El Estado Islámico ordena la ablación de todas las mujeres y niñas en el norte de Irak. EL MUNDO. En: <http://www.elmundo.es/internacional/2014/07/24/53d0fc2ae2704eb3108b457e.html>
13. Sistemas, Mundo y más allá (29/10/2012). Mutilación Genital Femenina y Dominación Masculina. En: <http://smya.blogspot.com.es/2012/10/ablacion-m-utilacion-genital-femenina-y.html#!/2012/10/ablacion-m-utilacion-genital-femenina-y.html>
14. Discurso de su Santidad El Papa Francisco a los participantes en la Asamblea Plenaria del Consejo Pontificio de la Cultura (07/02/2015). Consejo Pontificio de Cultura. Vaticano. En: <http://www.cultura.va/content/cultura/es/magistero/papa/franciscum/plenary2015.html>
15. Cárdenas López, H.M. (28/09/2008). La ablación, una herencia chamí. EL PAÍS. Puerto Rico. En: <http://historico.elpais.com.co/paionline/notas/Septiembre282008/nal6.html>

16. Caballero, Ch. (24/02/2016). Esta es una zona libre de mutilación genital femenina. EL PAÍS. Looksuk (Kenia). En: http://elpais.com/elpais/2016/02/23/planeta_futuro/1456232360_630587.html
17. Case Study: Cultural Identities and FGM in Ethiopia (2014). Royal Geographical Society with IBG. En: https://www.rgs.org/NR/rdonlyres/4E71185B-2765-4AD5-9662-73011C4B6171/0/2014_Ebola_CaseStudySheetCulturalIdentitiesandFGMinEthiopia.pdf
18. González Domínguez, G. (2013). Mutilación Genital Femenina. Trabajo de Fin de Master. Master Universitario en Cooperación Internacional y Políticas de Desarrollo. Curso Académico 2012/2013, Universidad de Málaga. Málaga. En: <http://master.cooperacion.uma.es/documentos/masteroficial/d029dc6d6ada3ba636af594a56ac2ca5.pdf>
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid. En: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
20. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (27/03/2015). A/HRC/29/20. Informe: Buenas prácticas y principales dificultades en la prevención y eliminación de la mutilación genital femenina. Naciones Unidas. En: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/065/62/pdf/G1506562.pdf?OpenElement>
21. EIGE (21/08/2014). Situation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. En: <http://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report>
22. UNICEF (Julio 2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. En: http://www.unicef.org/publications/index_69875.html
23. Budiharsana, Meiwita, Lila Amaliah, Budi Utomo and Erwinia (2003). Research Report: Female Circumcision in Indonesia. Extent, Implications and Possible Interventions to Uphold Women's Health Rights. Population Council Jakarta y USAID. Jakarta En: http://www.taskforcefgm.de/wp-content/uploads/2012/11/FGM_in-Indonesien.pdf
24. Escobedo Saiz, Marta (septiembre 2012). Mutilación Genital Femenina e Inmigración, Implicaciones para el personal sanitario en general y el profesional de enfermería en particular. Trabajo de Fin de Grado. Enfermería. Universidad de Cantabria. Santander. En: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/882/EscobedoSaizM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Checa y Olmos, F.; Checa Olmos, J.C.; Arjona Garrido, A. (2004). Inmigración y derechos humanos. La integración como participación social. Icara. Sociedad y Opinión.
26. Bilotti, E. The practice of female genital mutilation. Revista semestral MEDiterranean Un mare di Done. revista nº. 3, art. 2. En: <http://www.medmedia.it/review/numero3/en/art2.htm>
27. IRIN NEWS (15/09/2006). Proposed law to ban female genital mutilation. Bafata (Guinea Bissau). En: <http://www.irinnews.org/report/61089/guinea-bissau-proposed-law-ban-female-genital-mutilation>
28. Kaplan Marcusan, A.; Bedoya, M.H. (2004). Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica. En: http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/MGF-Aprox-interdiscipl.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
29. Canal de noticias RT (14/11/2014). Estremecedora práctica en Kenia: la tragedia de las niñas sometidas a mutilación genital. En: <https://actualidad.rt.com/sociedad/view/146894-ninas-fotos-kenia-circuncision-femenina>

30. Jiménez-Ruiz, I.; Almansa Martínez, P.; Pastor Bravo, M.M. (2016). Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gaceta Sanitaria* vol. 30, Issue 4, July–August 2016, Pags. 258–264, En: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300371>
31. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006; 367: 1835–1841. En: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68805-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68805-3/fulltext)
32. Lobo, R. (21/01/2007). La muerte lenta tiene nombre de mujer en Somalia. *EL PAÍS*. Galcayo (Somalia) En: http://elpais.com/diario/2007/01/21/internacional/1169334006_850215.html
33. Bangré, H. (13/01/2004). Le Clitoris retrouvé. *AFRIK*. En: <http://www.afrik.com/article6941.html>
34. Balduzzi, F. (4/09/2013). Médico francés es la salvación para la mutilación genital femenina. *BELLELU.COM*. En: <https://www.belelu.com/2013/09/medico-frances-es-la-salvacion-para-la-mutilacion-genital-femenina/>
35. Foldès, P.; Dr. Cuzin, B.; Andro, A. (14/07/2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet*. Vol. 380, No. 9837, pp. 134–141. En: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)60400-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60400-0.pdf)
36. Informe Respuesta de España al cuestionario sobre la Resolución 27/22, aprobada el 26 de septiembre de 2014, de “Intensificación de los esfuerzos mundiales e intercambio de buenas prácticas para la eliminación efectiva de la mutilación genital femenina”. En: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/FGM/Governments/Spain2.docx>
37. Respuesta al cuestionario 27/22 “Intensifying global efforts and sharing good practices to effectively eliminate female genital mutilation” por países. *ACNUDH*. En: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/EliminateFGM.aspx>
38. Saleema Initiative. *Saleema.net*. En: http://saleema.net/saleema_initiative.php
39. PLAN INTERNACIONAL (4/02/2011). Diez pueblos de Guinea Conakry se declaran 'comunidades libres de mutilación genital femenina'. En: <https://plan-international.es/news/2015-09-09-diez-pueblos-de-guinea-conakry-se-declaran-comunidades-libres-de-mutilaci%C3%B3n-genital>
40. Worldvision (2014). Informe: Vínculos entre Mutilación Genital Femenina/Ablación y Matrimonio Infantil. Londres. En: http://dona.worldvision.es/stopablacion//descargas/informa_ablacion2015.pdf
41. Médicos del Mundo. Una voz contra la Mutilación Genital Femenina. En: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/reلمenu.111/id.4371
42. Díaz Gazán, Y. (25/02/2013). Mutilación genital femenina: la otra violación en Indonesia. *The Prisma*. En: <http://theprisma.co.uk/es/2013/02/25/ablacion-o-mutilacion-genital-femenina-a-otra-violacion-en-indonesia/>
43. Bosch, R.M. (22/04/2014). Y ellas crearon el club de las chicas sin mutilar. Etiopía. *La Vanguardia*. En: <http://www.lavanguardia.com/vida/20140422/54406017237/club-chicas-mutilar.html>
44. Web Clitoraid. En: <HTTP://WWW.CLITORAID.ORG>
45. Web Saacid. En: <https://saacid.org/Anti-FGM.html>
46. Stanley Yoder, P.; Abderrahim, N.; Zhuzhuni, A. (Septiembre 2004). Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis. Programa de Encuestas de Demografía y Salud de USAID. DHS Comparative Reports Nº. 7. En: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/cr7/cr7.pdf>

47. EFE (16/12/2015) La bloguera que puso en pie a una minoría para tumbar la ablación en al India. Nueva Delhi. En: <http://www.efe.com/efe/espana/sociedad/la-bloguera-que-puso-en-pie-a-una-minoria-para-tumbar-ablacion-india/10004-2791246>
48. Carrión, F. (28/08/2016). Egipto endurece las penas por mutilación genital femenina. EL MUNDO. En: <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/08/28/57c32493ca4741f9108b4570.html>
49. Walton. K. (05/10/2015). Cutting the clitoris: Indonesia continues practice to prevent women from having sex. Rappler.com. En: <http://www.rappler.com/world/regions/asia-pacific/indonesia/bahasa/englishedition/108186-clitoris-female-genital-cutting>
50. Moore, J. (13/12/2015). Meet The Two People Risking Everything To End This Crime Against Women. BuzzFeed. En: https://www.buzzfeed.com/jinamoore/meet-the-two-people-risking-everything-to-end-this-crime-aga?utm_term=.jgjlM0k83#.rrZ3GxKbP5
51. Naciones Unidas (2011). Suplemento del Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. “Prácticas perjudiciales” contra la mujer. Nueva York. En: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Supplement-to-Handbook-Spanish.pdf>
52. Mouzo Quintáns, J. (05/02/2016). Gambia aprueba su primera ley contra la ablación. EL PAÍS. En: http://elpais.com/elpais/2016/02/05/planeta_futuro/1454693799_953731.html
53. Comité Inter-Africano. (24-26/04/2014). International conference on female genital mutilation and child marriage “Strengthening the Bridge between Africa and the World to Accelerate Zero Tolerance to FGM and Child Marriage”. Ouagadougou (Burkina Faso). En: http://www.iac-ciaf.net/index.php?option=com_content&view=article&id=3:welcome-page
54. ACNUR (Mayo 2009). Guía sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina. Ginebra. En: http://www.acnur.es/PDF/solicitudes_relativas_mutilacin_genital_20130218112611.pdf
55. SCOTLANDS’S NATIONAL NEWSPAPER (07/05/2014) Dr. Foldes and the women. En: <HTTP://WWW.SCOTSMAN.COM/LIFESTYLE/DR-FOLDES-AND-THE-WOMEN-1-529993>
56. Ratificaciones Convenio de Estambul. En: HTTP://WWW.COE.INT/EN/WEB/CONVENTIONS/FULL-LIST/-/CONVENTIONS/TREATY/210/SIGNATURES?P_AUTH=ZYNYBWI CONVENIO DE ESTAMBUL RATIFICACIONES
57. Pérez Vaquero, C. (1/12/2011). La mutilación genital femenina en España y la Unión Europea. En: <http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4721-la-mutilacion-genital-femenina-en-espana-y-la-union-europea/>
58. ACNUR (Febrero 2013). Demasiado Dolor. Mutilación Genital Femenina y Asilo en la Unión Europea. Panorama Estadístico. En: http://www.acnur.es/PDF/demasiadodolor_web_20140206134744.pdf
59. Pigaglio, R. (11/03/2014). Dr Pierre Foldès, au service des femmes excisées. LE CROIX. En: <HTTP://WWW.LA-CROIX.COM/ETHIQUE/MEDECINE/LE-DR-PIERRE-FOLDES-AU-SERVICE-DES-FEMMES-EXCISEES-2014-03-11-1118542>
60. Web Fundación Desert Flower. <http://www.desertflowerfoundation.org/es/desert-flower-center.html>
61. NHS Specialist Services for Female Genital Mutilation. En: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/sexual-health-services/Documents/List%20of%20FGM%20Clinics%20Mar%2014%20FINAL.pdf>

62. Kaplan Marcusan, A; López Gay, A. (2013). Mapa de Mutilación Genital Femenina en España 2012. Fundación Wassu-UAB y Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Barcelona. En: http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publicacions/MapaMGF2012.pdf
63. Observatorio Infancia. Grupo de Trabajo sobre maltrato infantil (2006). Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid
64. Conselleria de Sanitat Universal de la Generalitat Valenciana (05/02/2016). Carmen Montón: “Casi 2.700 niñas de la Comunitat proceden de países donde se practica la mutilación genital y pueden estar en riesgo de padecerla”. En: http://www.san.gva.es/web/comunicacion/notas-de-prensa/-/journal_content/56/151322/6418028/292581
65. Web Fundación Dexeus de Barcelona. En: <http://campus.dexeus.com/quienes-somos/fundacion-dexeus-salud-de-la-mujer>
66. Web Fundación Iván Mañero. En: <http://www.fundacionivanmanero.org/>
67. Generalitat de Catalunya (6/02/2016). La Generalitat intensifica la prevenció i reparació a les víctimes de mutilacions genitals femenines. En: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/290588/ca/generalitat-intensifica-prevencio-reparacio-victimes-mutilacions-genitals-femenines.do
68. EUROPA PRESS (04/02/2016). El Hospital Clínic celebra la primera reconstrucción de clítoris por el sistema público. Barcelona. En: <http://www.europapress.es/catalunya/noticia-hospital-clinic-celebra-primera-reconstruccion-clitoris-sistema-publico-20160204171811.html>

Ejemplar gratuito. Prohibida su venta.



Confederación Nacional Mujeres en Igualdad
C/ Génova 15, entresuelo
Madrid - 28004
Telf. 915 577 334

Subvencionado por:



SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE MIGRACIONES

Cofinanciado por:



UNIÓN EUROPEA
FONDO DE ASILO,
MIGRACIÓN E
INTEGRACIÓN

Por una Europa plural