



LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género



© Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
Centro de Publicaciones
Pº del Prado, nº 18 - 28014 – MADRID

Este informe ha sido encargado y coordinado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y realizado por Adriana Kaplan Marcusán, Nora Salas Seoane y Aina Mangas Llompart (Fundación WASSU UAB)

NIPO: 680-15-002-4
:

Correo electrónico: publicaciones@msssi.es
<http://www.publicacionesoficiales.boe.es>

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. La Mutilación Genital Femenina (MGF)	5
3. Cronología y Geografía de la MGF en España	13
4. Escenarios, Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Familias Africanas Migrantes	24
5. Conocimientos, Actitudes y Prácticas entre Profesiones de la Atención Primaria	31
6. Legislación Específica.	35
7. Protocolos Existentes.	42
8. Sentencias y Análisis de Casos de MGF	55
9. El Abordaje Preventivo y Agentes Clave en la Prevención	63
10. Abordajes Preventivos de la MGF en España	88
11. Hacia Abordajes Preventivos, Respetuosos y Eficaces.	102
12. Bibliografía	106
 ANEXO:	
Sentencias y Prensa sobre casos de MGF	112

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas tres décadas, España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de diversos países del África Subsahariana. No emigran los continentes ni los colores, sino las personas y sus culturas. Para los profesionales de atención primaria esto ha supuesto descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales, en el marco de complejos procesos de aculturación e integración social¹.

En 28 países africanos la realización de la MGF es una práctica habitual en el contexto cultural de los ritos de paso a la edad adulta y como elemento de socialización de las niñas. Existe un entramado de creencias culturales, tradiciones y gerontocracias que perpetúan estas intervenciones contra la integridad física de las mujeres.

La incorporación a nuestra sociedad de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde la realización de la MGF tiene un fuerte arraigo identitario, nos enfrenta a este tipo de prácticas tradicionales que son perjudiciales para las mujeres y niñas de aquellas comunidades que viven en nuestro país.

El creciente peso demográfico de estos colectivos, cuyas altas tasas de masculinidad va a propiciar numerosas reagrupaciones familiares, unido a la elevada tasa de fecundidad de las mujeres africanas, auguran un fuerte incremento en nuestras consultas y escuelas de niñas en riesgo de ser sometidas a una MGF.

La MGF es una cuestión de derechos humanos y de violencia contra la mujer, con implicaciones sanitarias y psicosociales: viola el derecho de niñas y mujeres a la integridad física y afecta directamente a su salud y a su salud sexual y reproductiva, resultando en la perpetuación de las desigualdades de género. Se trata, por tanto, de un problema de salud que trasciende el marco puramente asistencial, en el que confluyen la vulneración de derechos humanos, la necesidad de un

¹ KAPLAN, A.; TORAN, P.; BEDOYA, M.H. et al (2006) "Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la Atención Primaria" en Atención Primaria 38(2) pp. 122-6.

abordaje transcultural de cuestiones íntimamente ligadas a la identidad de las personas y el compromiso moral de evitar unas prácticas tradicionales que implican el trato discriminatorio, violento, degradante y doloroso de las mujeres.

El presente estudio consta de 12 capítulos, incluida la presente introducción. En los cinco primeros capítulos se exponen la problemática de la MGF, su distribución geográfica y tipología, las consecuencias de esta práctica para la salud de las mujeres y las niñas, el origen de la práctica y las razones para su perpetuación y las nuevas tendencias, así como la cronología y geografía de la MGF en España, los mapas de la MGF, los escenarios de la práctica en nuestro país y los primeros casos registrados. En los capítulos sexto y séptimo se describen la legislación vigente en relación con la MGF y los protocolos desarrollados en España y en el octavo se realiza una selección de casos de MGF tratados y juzgados en territorio español para su posterior análisis. En el capítulo noveno se describen lo que entendemos por abordaje preventivo y sus agentes clave en la prevención de la MGF, con recomendaciones para la intervención desde los servicios de salud, los servicios sociales y los servicios educativos, y en el capítulo décimo se exponen dos casos de abordajes preventivos llevados a cabo en nuestro país y se ofrecen propuestas y recomendaciones para trazar caminos hacia un abordaje preventivo respetuoso y eficaz en la atención y prevención de la MGF en España.

Este elemento, fundamental para la comprensión y abordaje de la MGF, ha sido abordado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la redacción del *Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género* (MSSSI, 2012), ampliándose el concepto de violencia de género para incluir la MGF y otras prácticas de violencia de género y señalándose que estos casos requieren un protocolo específico, por las propias particularidades del fenómeno.

El objetivo general de este estudio es conocer la situación de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en España, así como reflexionar, desde un abordaje interdisciplinar, sobre sus implicaciones legales, asistenciales y preventivas y proponer recomendaciones para el desarrollo de acciones encaminadas a la atención, detección y prevención, a través de la formación y transferencia del conocimiento.

2. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

La Mutilación Genital Femenina (MGF)² es una práctica tradicional con fuertes y ancestrales raíces socioculturales. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO)³ como "todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos". UNICEF⁴ estima que más de 125 millones de mujeres han padecido la práctica y más de 30 millones de niñas se encuentran en riesgo de ser mutiladas durante la próxima década.

TIPOLOGÍA

En 1995, la OMS estableció cuatro tipos de MGF:

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

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

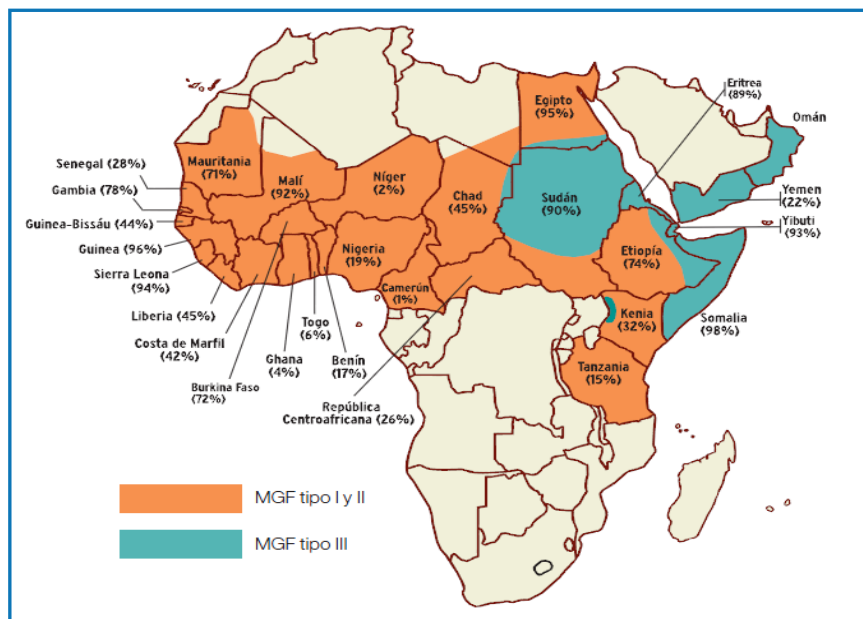
² En este informe, nos referiremos a Mutilación Genital Femenina (MGF) por ser el término utilizado en las agendas internacionales.

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS/WHO (2013) Mutilación genital femenina, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/> (consultado: 17.02.2014).

⁴ UNICEF (2013) Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Nueva York, UNICEF.

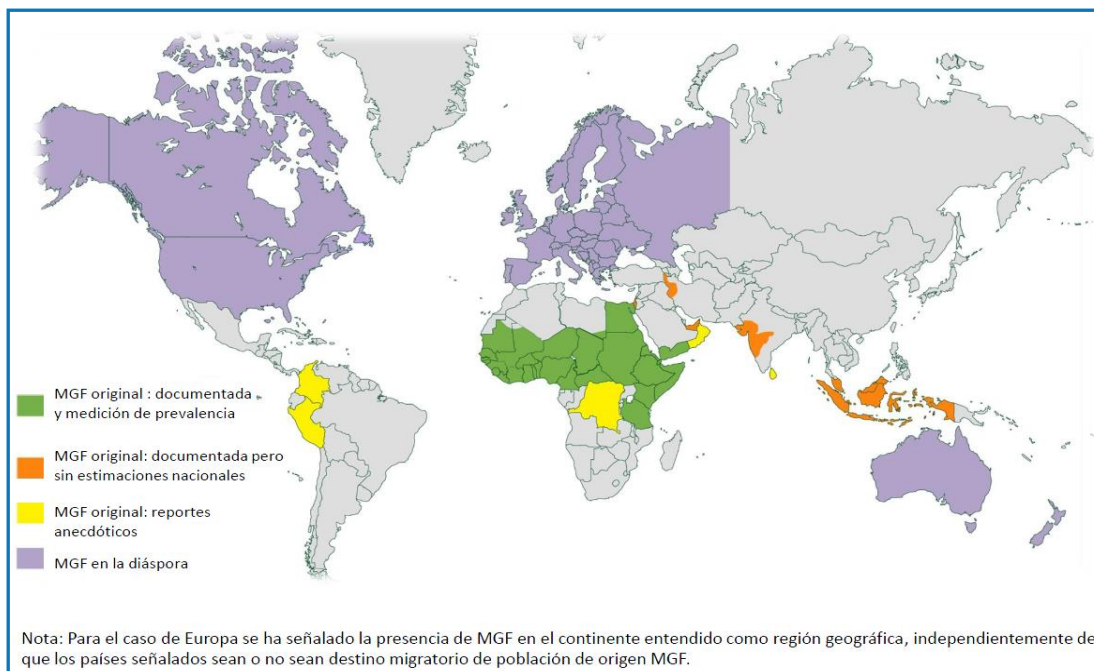
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

La MGF se practica en 28 países del África Subsahariana y algunos de Oriente Medio y Asia. En el mapa siguiente se ilustra la geografía de la MGF y la prevalencia por países. Es importante tener en cuenta que no todos los grupos étnicos habitantes de un país practican la MGF y que no todas las etnias que la practican lo hacen de la misma forma.



Fuente: Elaboración propia según compilación de datos provenientes de encuestas DHS (Macro), Yoder&Khan, 2007 y MICS (UNICEF)

Con la globalización y los movimientos migratorios, hoy lo local es global y la MGF está en diáspora. Los movimientos migratorios transnacionales y el aumento de la población refugiada, intensificados a partir de los años 70 a causa de las diversas crisis que afrontaban los países africanos, ha implicado que la MGF sea una realidad presente en los países europeos, Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda.



Fuente: Elaborado por el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

IMPACTO Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La MGF presenta consecuencias negativas, inmediatas y a largo plazo para la salud de las mujeres y las niñas. Entre las complicaciones agudas destacan dolor severo, shock y hemorragias o infecciones, con posible riesgo vital para la niña. Entre sus consecuencias a largo plazo, que se desarrollan generalmente en la edad adulta, aumenta el riesgo de complicaciones durante el parto y puede producir sufrimiento fetal y muerte del recién nacido, afectando gravemente a la salud materno-infantil. También tiene consecuencias para la salud psicosexual de la mujer. Como implica la resección y daño del tejido genital femenino normal y sano, interfiere con la función natural del organismo.

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

COMPLICACIONES AGUDAS

- Dolor severo
- Shock
- Hemorragia
- Retención urinaria
- Infecciones de la herida
- Tétanos, sepsis, gangrena
- Llagas abiertas y otras lesiones de los tejidos genitales adyacentes
- Fracturas
- Stress traumático

COMPLICACIONES SUBAGUDAS

- Anemia
- Contagio Hepatitis B y C
- Contagio VIH/SIDA
- Infecciones urinarias de repetición
- Retraso en el crecimiento en niñas con déficit nutricional de base
- Abscesos, úlceras, escarificaciones
- Retraso en la cicatrización de la herida
- Miedo, angustias, stress post-traumático

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO (MANIFESTACIÓN EN LA EDAD ADULTA)

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

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

Todos estos factores asociados a la práctica de la MGF perjudican gravemente a la salud, ponen en riesgo la supervivencia de mujeres y niñas, afectan a su salud psicosexual y perpetúan la desigualdad y discriminación de género.

ORIGEN, CREENCIAS Y RAZONES PARA LA PRÁCTICA

A pesar de que su origen es impreciso, la MGF parece remontarse al antiguo Egipto. El historiador José Carlos Castañeda⁵ sitúa el origen de esta praxis en el siglo V a. C. Probablemente

5 CASTAÑEDA REYES, J.C. *Fronteras del placer; fronteras de la culpa. A propósito de la mutilación femenina en Egipto*. México, 2003. Primera edición.

formaba parte de un rito de paso practicado entre egipcias, fenicias, hititas y etíopes y, desde Egipto, esta costumbre fue llevada a Sudán y al cuerno de África. Las primeras referencias en papiro datan del siglo II a. C, donde se habla de una niña que se encuentra en edad de sufrir una ablación a la manera egipcia. A partir de este punto, diversos autores relacionan la práctica con grupos africanos que tenían contacto con los egipcios. Parece ser que se realizaba una fiesta con un banquete organizado por los padres en honor a la jovencita, *therapeuteria*, que fue común en el periodo romano como se sabe por documentos procedentes de Oxirrínco (s. III d. C).

La práctica de la mutilación se relaciona también con el grupo camito-semita (lenguas afroasiáticas) en general y pudo practicarse inicialmente entre los masai de Kenya a partir de los cusitas, que entraron a Kenya desde Etiopía. Pero los kikuyu, influidos por los cusitas, pudieron adoptarla como resultado de la influencia bantú. El papiro Harris habla de que las diosas Anat y Astarté debían ser *cerradas* de su vulva, Horus las sellaba y Set las abría. Las diosas así “conciben pero no dan a luz”. Como tales divinidades son asiáticas, tal vez de esas áreas llegó la costumbre a Egipto.

Según Xhantús de Lidia, las lidias fueron las primeras mujeres que desarrollaron esta práctica llamada εὐνυχίζω. Tal vez estuviera asociada con un ritual para adolescentes en el templo, efectuado dentro la menarquia o antes del matrimonio. Quizás así habría llegado a Egipto.

Castañeda considera más factible que el contacto egipcio con el interior africano tuviese lugar durante un periodo de marcada influencia nubia (pueblo matriarcal y de liderazgo femenino) y se presentase en Egipto durante las últimas dinastías, particularmente, a lo largo de la Dinastía XXIV y, específicamente, en la XXV, con la conquista del Peye.

Se ha escrito también que el motivo básico para realizar la MGF era la creencia de que *el alma femenina* del hombre se encuentra en el prepucio y *el alma masculina* de la mujer, en el clítoris. Con la ablación ambos se convierten en verdaderos hombres y verdaderas mujeres. Esta convención, que puede proceder de la androginia de los dioses egipcios, se ha mantenido hasta nuestros días y es una de las razones que explican la supervivencia de este uso.

En la actualidad, la MGF ha adquirido un fuerte significado simbólico entre las comunidades que la practican, con una gran presión cultural y una estructura social que la mantienen. Es una práctica altamente valorada en los lugares en los que persiste, se considera una actividad dentro del ciclo vital de cada individuo y tiene el consentimiento de la comunidad e incluso de la mayoría de las

familias de las niñas. En algunas sociedades forma parte de las ceremonias de iniciación que otorgan identidad étnica y de género.⁶

Las propias mujeres africanas no dan una justificación explícita a la acción, sino que se someten a ella, perpetuando la práctica. Cuando se indagan los motivos para continuar con la MGF, aparecen diversas razones: la tradición, la religión o la preservación de la identidad étnica y de género. Mencionan cuestiones de higiene ("es más limpio") y estéticas ("puede crecer demasiado, como el pene") y creen que protege la feminidad, la pureza y la virginidad, evita la promiscuidad y garantiza el "honor de la familia", asegurando el matrimonio. En muchas sociedades, se ha convertido en la prueba física que confirma la feminidad de una niña y que ha sido iniciada mediante un rito de paso a la edad adulta, asegurando que ha recibido las enseñanzas necesarias para ser digna de pertenecer a la comunidad y a la sociedad secreta de las mujeres. También se dice que promueve la fertilidad y previene el nacimiento de niños muertos en las primigrávidas, ya que es una creencia extendida que, si el recién nacido ha tocado con su cabeza el clítoris al nacer, puede morir o padecer algún trastorno mental (Kaplan, 1998).

La MGF es considerada un componente crucial del proceso de socialización, ligada a los dos valores fundamentales que conforman la vida social africana: sentimiento de pertenencia a la comunidad y complementariedad de sexos. En algunas comunidades musulmanas se practica por motivos religiosos, siendo considerada una *sunna* (tradición), a diferencia de la circuncisión masculina, que es obligatoria. Sin embargo, la MGF no se asocia necesariamente con el Islam, ya que numerosos musulmanes no la practican, como en países del Magreb o Arabia Saudita, mientras que sí lo hacen ciertas comunidades cristianas coptas y judías falashas de Etiopía.

Las niñas son circuncidadas desde edades tan tempranas como los 7 días de nacimiento y hasta la pre-pubertad. Existen variaciones en función de los grupos étnicos, aunque la intervención es realizada antes de la primera menstruación. Esta dinámica ritual queda enmarcada dentro de un entorno familiar y comunitario en el que las mujeres mayores y las ancianas ocupan la centralidad. Son las madres y las abuelas las que organizan y protagonizan el ritual de sus hijas y nietas, ya que consideran que es lo mejor que deben hacer para educarlas adecuadamente y prepararlas para la edad adulta y el matrimonio.

Paralelamente, existen consecuencias derivadas de la no realización del ritual, por las que la niña será víctima de la marginación, la humillación y la exclusión.

⁶ Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales que afectan a la salud de mujeres y niñas, en Mutilación Genital Femenina, Manual para Profesionales. Barcelona, GIPE/PTP (2010).

Todos estos elementos también se encuentran presentes en las niñas y mujeres de las comunidades inmigradas, ya que representan no sólo la identidad étnica y de género sino también el nexo con sus orígenes familiares y culturales. Negarse a su realización supone cuestionar la autoridad de sus mayores en las sociedades fuertemente gerontocráticas de origen, produciendo un conflicto de lealtades.

A través de estudios antropológicos en los países de origen donde se practica la MGF se puede llegar a un mayor y mejor entendimiento de los entramados socio-culturales complejos que perpetúan la MGF, tanto en África como en la diáspora. Este conocimiento es necesario para construir enfoques preventivos y de atención respetuosos con la cultura de origen.

Desde 1989, la profesora Adriana Kaplan lleva a cabo una investigación etnográfica en Gambia, país que presenta una prevalencia del 76,3% de MGF. En 2008 se creó el *Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina* con el objetivo de implementar una metodología holística, culturalmente respetuosa, basada en la evidencia y orientada al logro de resultados, que permita prevenir la MGF y contribuir al bienestar de mujeres y niñas que padecen sus consecuencias. La metodología desarrollada, innovadora, combina la investigación aplicada y la transferencia del conocimiento “en cascada”. Se realiza investigación aplicada sobre la realidad sociocultural de la práctica de la MGF y sus consecuencias para la salud, en el terreno. Este conocimiento es posteriormente transferido, de manera culturalmente respetuosa, a instituciones y agentes sociales clave, para que sean ellos y ellas quienes, a su vez, transfieran el conocimiento a la sociedad, promoviendo acciones preventivas y de empoderamiento de las mujeres, que eviten la MGF. La investigación sobre el terreno ha permitido un gran conocimiento y entendimiento de la práctica de la MGF para crear metodologías preventivas adecuadas y respetuosas en los países de la diáspora.

NUEVAS TENDENCIAS EN LA PRÁCTICA DE LA MGF

Las nuevas tendencias en la práctica de la MGF muestran una reducción en la edad de la intervención. La MGF se practica a las menores de 0 a 14 años, pudiéndose realizar desde el séptimo día de su nacimiento hasta la pre-pubertad. La edad varía según los grupos étnicos, aunque siempre se realiza antes de la primera menstruación. En este sentido, aunque los datos sugieren que la edad

del corte se ha mantenido bastante estable en la mayoría de los países, se observa que en los lugares donde se ha producido un cambio en su prevalencia se apuesta por la realización de la intervención en edades más tempranas. En esta línea, la MGF tiende a convertirse en un procedimiento puramente físico y es posible que para algunos pierda su sentido cultural y social más amplio. También se percibe en los países que han variado su prevalencia una tendencia hacia la MGF tipo I, de menor extensión anatómica.

Otra tendencia es la medicalización de la práctica, que es promovida y ejercida por profesionales de la salud en centros públicos y privados, sustituyéndose a las circuncidadoras tradicionales y “asegurándose” que se realiza en condiciones sanitarias y haciendo uso de materiales desechables para prevenir una posible infección.

En el informe sobre el estado de la MGF, UNICEF 2013⁷, se apunta un patrón de disminución en la práctica de la MGF. Los cambios de tendencias auguran que la efectiva transmisión del conocimiento sobre sus consecuencias reduce su prevalencia.

El aumento del conocimiento y la realización de programas de prevención reducen perceptiblemente la prevalencia de la MGF, hacen que disminuya el interés por la realización de esta práctica y se observa que, a menos prevalencia en un país, más interacción entre las mujeres que no han padecido la MGF. Siendo así, estas mujeres muestran a las demás que ellas no son socialmente sancionadas, reduciéndose así la marginalización del colectivo en su proceso de socialización.

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

⁷UNICEF (2013) Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Nueva York, UNICEF.

3. CRONOLOGÍA Y GEOGRAFÍA DE LA MGF EN ESPAÑA

LAS MIGRACIONES SUBSAHARIANAS EN ESPAÑA

En España, la llegada de flujos migratorios internacionales comenzó a incrementarse a partir de los años 90, superándose en 2012 los 6 millones de habitantes de origen extranjero. África es el tercer continente de origen de la inmigración, después de Europa y América, habiendo experimentado las nacionalidades del continente africano un incremento constante a lo largo de la década de 2000 y los primeros años de 2010 y superando en la actualidad los 1,1 millones de migrantes africanos. Un importante porcentaje proviene del área Subsahariana, donde se practica la MGF (Kaplan y López, 2013).

En la migración proveniente de este origen geográfico se han identificado tres oleadas: se inicia a mediados de los años 70, se incrementa en los años 80 y se consolida a través de la reagrupación familiar de los años 90 (Kaplan, 2004, 2007). Si bien no se trataría de una oleada migratoria, actualmente se está dando un cuarto estadio correspondiente a las nuevas generaciones nacidas en España. Las migraciones subsaharianas se caracterizan por ser migraciones básicamente masculinas, si bien el patrón se va modificando con la reagrupación familiar. Se trata de una migración asimétrica en términos de género, autónoma para los varones e inducida para las mujeres. Debido a esto, las mujeres de esta procedencia comienzan a llegar a España en los 80 y el fenómeno se consolida en los 90 (Kaplan, 2007). Con la llegada de las primeras mujeres subsaharianas, la MGF llega a los consultorios médicos, siendo el personal sanitario el primero en tomar contacto con el fenómeno a través de las exploraciones médicas.

MAPAS DE LA MGF EN ESPAÑA

En el estudio recientemente publicado por el Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE)⁸ se diagnostica la situación de la MGF en veintisiete Estados miembros de la Unión Europea (UE) y Croacia, señalándose la preocupación respecto a la inexistencia de criterios comunes para medir las prevalencias a nivel europeo, ya que las metodologías utilizadas así como las fuentes de información han sido muy diferentes, imposibilitando la comparación de los datos. Actualmente, EIGE

⁸ EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (EIGE) (2013) Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

promueve una discusión a nivel de expertos para definir un criterio y una metodología comunes para estimar la cantidad de mujeres afectadas por la práctica y en riesgo de padecerla en Europa.

En España se han elaborado desde 2001⁹ *Mapas de la Mutilación Genital Femenina en España* basados en datos censales regularmente actualizados (2005¹⁰, 2008¹¹, 2012¹²). El objetivo de estos mapas es caracterizar demográficamente (sexo y edad) y localizar territorialmente a la población proveniente de los países donde se practica la MGF que reside en España. Esta población está clasificada por comunidades autónomas, provincias y municipios y los mapas permiten localizar en el territorio la población proveniente de estos orígenes y, en concreto, a las mujeres por un lado y a las niñas de 0 a 14 años, por el otro. Además, comparando las distintas ediciones, se puede observar la evolución migratoria de la población objeto de estudio y es una herramienta útil para la implementación de políticas públicas para la prevención de la práctica en la diáspora.

Actualmente, según los datos del *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*, residen en España más de 200.000 habitantes provenientes de países en los que se practica la MGF, población que ha aumentado en un 90% respecto a 1998. Mientras que en la década de los noventa los inmigrantes provenían mayoritariamente de Senegal y Gambia, en los últimos años se han diversificado las nacionalidades de origen. A excepción de la población de Guinea Ecuatorial, que está vinculada a España por lazos coloniales, la migración que llega a España desde el África subsahariana no comparte lazos coloniales, lingüísticos o religiosos. Con la incorporación a nuestra sociedad de familias provenientes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde la realización de la MGF tiene un fuerte arraigo identitario, aparecen este tipo de prácticas tradicionales, que tendrán repercusiones perjudiciales para las mujeres y niñas de aquellas comunidades que emigran, nacen y viven en nuestro país (Kaplan y Bedoya, 2002). Esta población ha resultado un aporte significativo al aumento demográfico experimentado por España en los últimos años y ha influido en los indicadores de fecundidad y de nupcialidad (Kaplan y López, 2013).

Por países, Senegal sigue siendo el que presenta un mayor volumen de población residente en España, con 64.000 habitantes, seguido por Nigeria con 46.000. Ambos acumulan casi la mitad de la población con nacionalidad del grupo de países que practican la MGF. Malí es la tercera nacionalidad con más población, 25.000 habitantes, y ha crecido a un ritmo anual del 6,3% durante el período 2008-2012. Gambia, que es la cuarta con 22.000 habitantes, crece desde 2004 a un ritmo más lento que la mayoría de las otras nacionalidades. Siguen Ghana, Guinea Conakry, Mauritania,

⁹ KAPLAN, A.; MERINO, M. y FRANCH, M. (2002) Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas. Barcelona, IDIL.

¹⁰ GRUPO INTERDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN Y EL ESTUDIO DE LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES PERJUDICIALES-GIPE/PTP (2006) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España. Barcelona [informe sin publicar]

¹¹ KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2010) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009 Antropología Aplicada 1. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.

¹² KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundació Wassu-UAB.

Camerún y Guinea Bissau, destacando en los últimos años el crecimiento de Kenia y Somalia, que han doblado sus poblaciones, y Burkina Faso y Costa de Marfil, que ya cuentan con más de 3000 residentes en España. En cambio, Sierra Leona, Sudán y Eritrea han experimentado un descenso del volumen de población.

En cuanto a la población femenina, actualmente viven en España 55.000 mujeres y niñas provenientes de países donde se practica la MGF, lo que supone un incremento del 40% respecto a 2008. Gambia y Senegal vuelven a aparecer como las dos nacionalidades que primero establecieron una relación migratoria con España, sobre todo en el caso de las mujeres gambianas. En el caso de Gambia el crecimiento se ha estabilizado, mientras que el número de mujeres de Senegal sigue creciendo intensamente y se eleva hasta 12.000. No obstante, y al contrario de lo que sucede en el caso de la población total, Nigeria es con diferencia la principal en número de mujeres entre los países que practican la MGF, aproximándose a las 20.000.

En la tabla siguiente se observa la evolución en España de la población femenina proveniente de los países que practican la MGF desde 1998 a 2012:

Evolución en España de la población femenina procedente de países donde se practica la MGF, 1998-2012

Nacionalidad	1998	2004	Crecimiento anual 1998-2004 (%)	2008	Crecimiento anual 2004-2008 (%)	2012	Crecimiento anual 2008-2012 (%)
Nigeria	286	7.668	430,2 %	14.273	21,5 %	19.109	8,5 %
Senegal	976	4.185	54,8 %	7.490	19,7 %	12.337	16,2 %
Gambia	1.816	4.004	20,1 %	4.678	4,2 %	5.135	2,4 %
Guinea	923	1.991	19,3 %	2.886	11,2 %	3.575	6,0 %
Ghana	216	1.020	62,0 %	1.910	21,8 %	3.317	18,4 %
Malí	135	624	60,4 %	1.351	29,1 %	2.671	24,4 %
Mauritania	208	1.676	117,6 %	1.951	4,1 %	2.623	8,6 %
Camerún	246	1.027	52,9 %	1.672	15,7 %	2.279	9,1 %
Guinea- Bissau	111	629	77,8 %	1.205	22,9 %	1.295	1,9 %
Egipto	233	497	18,9 %	679	9,2 %	958	10,3 %
Kenia	176	307	12,4 %	424	9,5 %	826	23,7 %
Costa De Marfil	65	258	49,5 %	476	21,1 %	765	15,2 %
República Democrática del Congo	245	290	3,1 %	382	7,9 %	491	7,1 %
Etiopía	76	186	24,1 %	345	21,4 %	465	8,7 %
Burkina Faso	37	67	13,5 %	187	44,8 %	310	16,4 %
Sierra Leona	58	652	170,7 %	284	-14,1 %	260	-2,1 %
Togo	33	63	15,2 %	90	10,7 %	146	15,6 %
Benín	35	49	6,7 %	95	23,5 %	102	1,8 %
Liberia	127	220	12,2 %	133	-9,9 %	100	-6,2 %
Sudán				112		100	-2,7 %
Tanzania				57		88	13,6 %
Somalia				35		77	30,0 %
Níger				47		58	5,9 %
Uganda				29		52	19,8 %
Eritrea				36		35	-0,7 %
República Centroafricana				34		27	-5,1 %
Chad				13		26	25,0 %
Yemen				12		20	16,7 %
Djibouti				4		4	0,0 %
Total general				40.890		57.251	10,0 %

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

Datos de población a 1 de enero de 1998, 2004, 2008 y 2012. Tan solo se muestran los datos de 1998 y 2004 referentes a las nacionalidades disponibles en www.ine.es.

Respecto a la edad, existe una gran representación de la franja de edades adultas-jóvenes. Casi el 60% de la población tiene entre 20 y 39 años, aunque en los últimos años esta franja de edad ha ido en retroceso, experimentándose un fuerte aumento en la población infantil, que ya representa el 16% del conjunto de estas nacionalidades. Aproximadamente el 8% de las residentes, unas 17.000 niñas, constituyen la población femenina de 0 a 14 años, franja de edad de mayor riesgo de padecer la MGF y que ha crecido en un 60% respecto a 2008. El 60% de las niñas son de nacionalidad nigeriana (5.000), senegalesa (3.500) y gambiana (2.100), seguidas por Guinea, Malí y Ghana. Entre estas nacionalidades, se observan altas prevalencias de MGF, entre ellas, un 78% en Gambia, un 92% en Malí, y un 96% en Guinea.

En la tabla siguiente se observa la población femenina procedente de países donde se practica la MGF, según nacionalidades y grandes grupos de edad:

Población femenina procedente de países donde se practica la MGF, según nacionalidad y grandes grupos de edad, 2012

Nacionalidad	0-14	15-24	25-34	35-49	50-64	65 y más	Total
Nigeria	5.056	1.204	8.789	3.900	127	33	19.109
Senegal	3.583	1.403	3.672	3.134	502	43	12.337
Gambia	2.108	689	1.163	1.098	64	8	5.135
Guinea	1.197	642	1.077	508	97	54	3.575
Ghana	978	316	906	1.014	99	4	3.317
Mali	1.076	447	908	225	12	3	2.671
Mauritania	824	294	608	691	183	23	2.623
Camerún	539	303	762	549	96	30	2.279
Guinea-Bissáu	351	244	300	343	41	16	1.295
Egipto	321	90	275	186	49	37	958
Kenia	18	161	370	259	18	0	826
Costa de Marfil	174	110	284	174	18	5	765
República Democrática del Congo	142	54	126	147	17	5	491
Etiopía	166	43	117	122	9	8	465
Burkina Faso	96	45	85	77	7	0	310
Sierra Leona	72	37	84	60	5	2	260
Togo	30	9	45	55	4	3	146
Benin	30	9	25	34	2	2	102
Sudán	29	13	34	19	3	2	100
Liberia	19	13	28	33	7	0	100
Tanzania	5	17	40	24	2	0	88
Somalia	8	29	25	13	2	0	77
Niger	19	7	25	7	0	0	58
Uganda	6	3	29	13	0	1	52
Eritrea	2	5	11	15	2	0	35
República Centroafricana	2	8	11	5	0	1	27
Chad	8	3	10	3	0	2	26
Yemen	9	1	5	4	1	0	20
Djibouti	1	0	2	1	0	0	4
Total general	16.869	6.199	19.821	12.713	1.367	282	57.251
Diferencia 12-08	6.418	494	3.148	5.764	475	62	16.361

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

Datos de población a 1 de enero de 2012.

En cuanto a la distribución territorial en España, un tercio de la población del grupo de nacionalidades que practica la MGF reside en Cataluña, con más de 70.000 habitantes. Le sigue Andalucía (33.000), la Comunidad de Madrid (24.000), la Comunitat Valenciana (19.000) y Aragón (12.000).

La mayoría de la población femenina reside en Cataluña (18.000), seguida de la Comunidad de

Madrid (7.500) y Andalucía (6.000). Asimismo se observan más de 6.000 niñas de 0 a 14 años en Cataluña, 2.000 en la Comunidad de Madrid, 1.500 tanto en la Comunitat Valenciana como en Andalucía, y en Aragón, Canarias, Illes Balears y País Vasco, alrededor de 1.000 niñas.

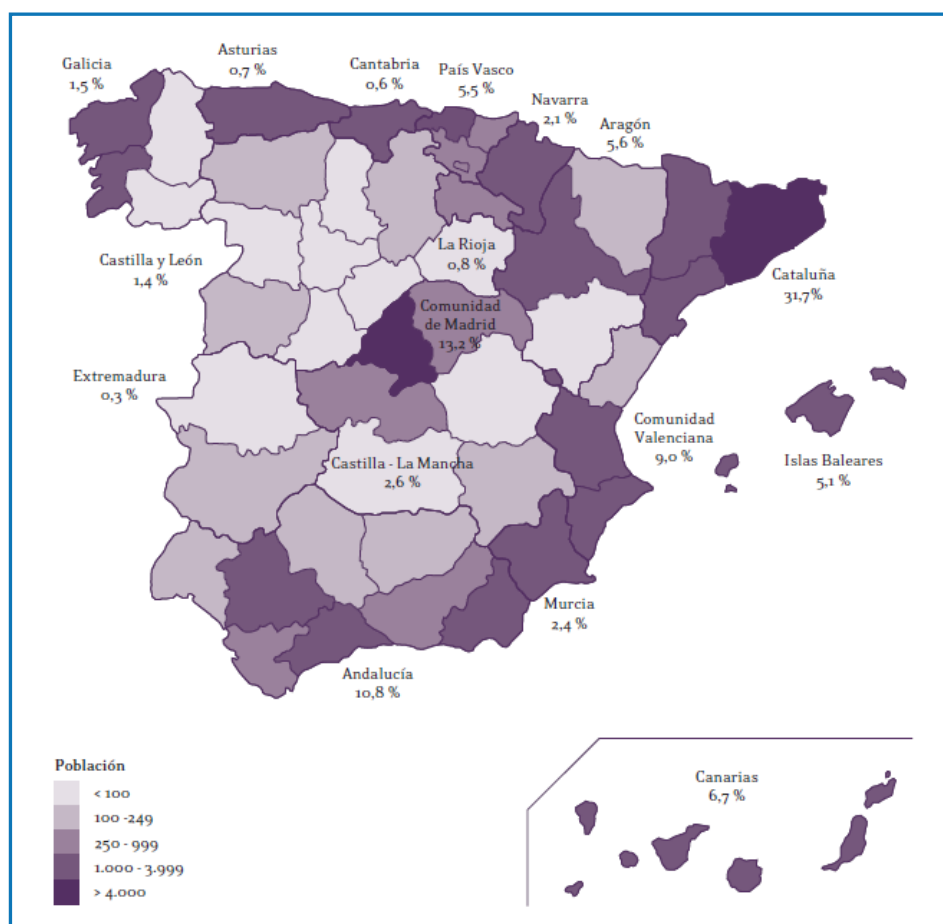
Población procedente de países donde se practica la MGF, según comunidad autónoma de residencia y sexo, 2008-2012

	Población total MGF	Diferencia 2012-2008	Crecim. relativo (%)	Población femenina MGF	Diferencia 2012-2008	Crecim. relativo (%)	Población femenina 0-14 MGF	Diferencia 2012-2008	Crecim. relativo (%)
Cataluña	71.115	12.998	22,40%	18.122	5.133	39,50%	6.182	1.826	41,90%
Andalucía	33.533	11.983	55,60%	6.197	2.285	58,40%	1.501	612	68,80%
C. de Madrid	24.786	-532	-2,10%	7.558	784	11,60%	2.059	779	60,90%
C. Valenciana	19.882	2.131	12,00%	5.135	948	22,60%	1.477	633	75,00%
Aragón	12.245	1.869	18,00%	3.195	726	29,40%	1.074	258	31,60%
Canarias	11.220	978	9,50%	3.860	813	26,70%	1.000	342	52,00%
País Vasco	11.066	5.564	101,10%	3.171	1.861	142,10%	818	544	198,50%
Balears (Illes)	10.165	2.291	29,10%	2.921	975	50,10%	937	477	103,70%
Reg. de Murcia	7.831	964	14,00%	1.399	397	39,60%	403	211	109,90%
Cast.-La Mancha	5.916	2.386	67,60%	1.512	868	134,80%	422	264	167,10%
Galicia	4.159	1.407	51,10%	832	331	66,10%	168	82	95,30%
Com. F. Navarra	3.589	832	30,20%	1.185	427	56,30%	321	148	85,50%
Castilla y León	2.991	945	46,20%	784	279	55,20%	179	73	68,90%
Princ. de Asturias	2.136	708	49,60%	380	183	92,90%	64	50	357,10%
Rioja (La)	1.438	148	11,50%	459	137	42,50%	156	60	62,50%
Cantabria	1.410	534	61,00%	372	158	73,80%	86	56	186,70%
Extremadura	539	147	37,50%	159	51	47,20%	19	1	5,60%
Ceuta y Melilla	119	105	750,00%	10	5	100,00%	3	2	200,00%
Total general	224.140	45.458	25,40%	57.251	16.361	40,00%	16.869	6.418	61,40%

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

Datos de población a 1 de enero de 2012.

Distribución territorial de la población femenina procedente de países donde se practica la MGF



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

Datos de población a 1 de enero de 2012.

Los Mapas de la MGF en España son herramientas clave para conocer la magnitud y la geografía de la MGF. Permiten discernir entre país de procedencia, edad, género y distribución de la población en comunidades autónomas, provincias y municipios más relevantes de España. Son las herramientas vigentes y necesarias para orientar políticas y acciones de prevención y atención a las mujeres y niñas que padecen las consecuencias de la práctica o están en riesgo de padecerla.

EL REGISTRO DE CASOS DE LA MGF EN ESPAÑA

Actualmente, no existe a nivel estatal un registro de casos unificado del número de mujeres y niñas mutiladas que viven en territorio español. Tampoco existe un registro de las niñas residentes en España que han padecido la práctica en viajes a sus países de origen o que han llegado ya mutiladas a través de un proceso de reagrupación familiar o adopción.

En algunas comunidades autónomas sí que existen registros de casos a cargo de los servicios de salud, servicios sociales y educación, normalmente registrados en el curso de la historia clínica. Por ejemplo, algunos proveedores de salud de Cataluña han diseñado códigos diagnósticos específicos para registrar en la historia clínica que permiten una explotación cuantitativa que permita hacer una estimación de mujeres y niñas que han padecido la MGF garantizando el anonimato de la persona.

Los códigos utilizados en Cataluña pueden verse en el cuadro siguiente:

CÓDIGO UTILIZADO	(De procedimiento) PREVENCIÓN MGF	(De diagnóstico) MGF DETECTADA		Ejemplos de PROVEEDORES DE SALUD
Código Internacional de Enfermedades (CIE 10). Utilizado en atención primaria.	Z.6081 Riesgo de Mutilación Femenina ¹³	N.9081 Mutilación Genital Femenina		Instituto Catalán de Salud (ICS)
Código Internacional de Enfermedades (CIE9). Utilizado mayoritariamente en atención terciaria. Raíz: 629 (Otras enfermedades del aparato genital femenino)	Z.65.43 Asesoramiento prevención de lesión	629.20	MGF inespecífica	Instituto Catalán de Salud (ICS)
		629.21	MGF tipo I. Clitoridectomía	
		629.22	MGF tipo II. Clitoridectomía con excisión de labios menores.	
		629.23	MGF tipo III. Estado de infibulación.	
		629.29	Otras mutilaciones genitales femeninas. Mutilaciones genitales femeninas tipo IV.	
		Fuente: Departamento de Salud, ed. (1991 [2011]) "Clasificación Internacional de Enfermedades 9 (CIM-9-MC) 9a revisión. Modificación Clínica". Barcelona, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. Título de la obra original: <i>The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification</i> 1978, Commission on Professional and Hospital Activities, Ann Harbor, Michigan 48705.		Servicios de Salud Integrados Baix Empordà (SSIB)
		Consorcio Sanitario del Maresme		
Código Internacional de Atención Primaria (CIAP2) Raíz: X 82 (lesiones genitales femeninas)	X.82.1 Prevención de la MGF	X.82.2 MGF detectada		Badalona Servicios Asistenciales (BSA)

Fuente: MANGAS, A. [2011-2015] "Una mirada caleidoscópica de la mutilación genital femenina en Cataluña". Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. [Tesis doctoral en curso]

¹³ El término "riesgo" es ambiguo, ya que tanto puede referirse a una familia de origen subsahariano, o a un viaje inminente, dependiendo de qué profesional lo codifique. Se recomienda usar el término "prevención" como en el caso del código utilizado por BSA.

Sin embargo, existe una infracodificación de la MGF por varias razones. En primer lugar, debido a la escasez de revisiones genitales que se realizan a niñas, a diferencia de las de los varones, que sí se realizan con más periodicidad para detectar una fimosis. En segundo lugar, la no detección de ésta práctica en las mujeres y niñas debido a la falta de formación de los profesionales de la salud. Y en tercer lugar, la no codificación por razones éticas de cada profesional, que ase exponen a continuación.

No existe un consenso entre los profesionales sobre si se debe codificar o no la MGF en la historia clínica, lo que constituye un dilema de primera magnitud, encontrándose argumentos en contra y a favor.

Argumentos en contra del registro y la codificación:

- El riesgo a la estigmatización de la niña o la mujer que la presenta.
- Las consecuencias que podrían tener a nivel legal las personas afectadas y los profesionales que la han atendido. Se dan casos en los que el profesional decide no codificar la MGF en la historia clínica de la usuaria para protegerla en el caso de que algún profesional decidiera denunciar el caso a la Fiscalía o Juzgados, ya que muchos profesionales desconocen en qué casos deberían hacer un parte de lesiones¹⁴, por lo no quieren exponer a sus usuarias a este riesgo.

Por otro lado, encontramos argumentos a favor del registro del antecedente de MGF y la intervención realizada:

- Las complicaciones de salud que pueden presentarse o se han presentado a lo largo de la vida de la niña o la mujer. Por ejemplo, en el caso de infecciones de repetición y/o de mujeres embarazadas, es importante tener en cuenta si hay un antecedente de MGF para realizar una buena intervención durante el embarazo y la preparación del parto y post-parto y para hacer una buena prevención en las niñas que nazcan. Además, esta información es de gran utilidad para que el profesional pueda valorar si las complicaciones que se presenten están relacionadas con la MGF y, si es así, abordar de forma integral el problema con la mujer, la niña y la familia. En caso de que las niñas sean menores para poder abordarlo directamente con ellas, se haría con la familia.
- Por las consecuencias legales que podrían sufrir las familias. Por ejemplo, si una niña reagrupada llega ya mutilada a nuestro país y no se detecta porque no se realiza una exploración física de los genitales completa ni se registra en la historia clínica y posteriormente la MGF es detectada por un profesional de salud, se puede pensar que la MGF se realizó durante un viaje al país de origen, residiendo ya en España, o que se haya realizado en nuestro país. Algunas sentencias de MGF muestran discrepancias entre la versión de las familias y las de los profesionales de la salud acerca del momento en que fue realizada la práctica. Hay que tener en cuenta que a menudo se revisa a

¹⁴ Por ejemplo, el protocolo catalán especifica: “Si la MGF ha sido realizada y ha habido intervención previa, (es decir, se ha realizado un abordaje preventivo previo, por lo que las niñas reagrupadas que vienen mutiladas quedarían al margen), se tendrá que hacer una denuncia y un parte de lesiones al juzgado correspondiente”

las niñas únicamente cuando son bebés y en revisiones posteriores, por ejemplo, para detectar pubertades precoces, y que las revisiones de los genitales son normalmente superficiales, cuando, para detectar una MGF, habría que separar los labios mayores de los genitales. Además, en la historia clínica de los niños y niñas atendidos por el mayor proveedor de salud en Cataluña, en sus historias clínicas aparece la casilla “genitales normales” marcada por defecto, a no ser que el profesional clique sobre ella y la cambie a “anormales” y realice un descriptivo explicando lo que ha detectado.

Por otro lado, en Cataluña hay varios proveedores de salud, como se ha visto en el cuadro anterior. Este hecho dificulta la explotación de códigos a nivel de comunidad autónoma, ya que habría que ver en cada uno de los proveedores de salud qué sistema se utiliza para realizar la explotación.

Encontramos un ejemplo de codificación y evaluación de este procedimiento en el municipio de Badalona (Barcelona), donde existen dos proveedores de salud, el Institut Català de la Salut (ICS)¹⁵ y Badalona Serveis Assistencials (BSA). El ICS utiliza el Código Internacional de Enfermedades (CIE) y creó un código de *riesgo de MGF*, el Z.6081, y otro para *MGF detectada*, el N.9081. Por su parte, el BSA utiliza la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP). Con este último, a raíz del convenio entre la Fundación Wassu-UAB y el Ayuntamiento de Badalona, se crearon en 2010 dos códigos diagnósticos, uno de *Prevención de MGF* X.82.1 y otro de *MGF detectada* X.82.2, ya que no tenían códigos específicos.

Esta codificación ha permitido disponer de información cuantitativa sobre el número de intervenciones preventivas realizadas, así como sobre el número de niñas y mujeres que tienen practicada la MGF. Paralelamente, la información que se extrae posibilita una mejora en la planificación sanitaria para destinar recursos humanos y materiales. En concreto, el Servicio de Salud Pública de Badalona lo ha utilizado para evaluar el *Programa de Prevención y Atención de la MGF* desplegado en Badalona entre 2010 y 2014 (véase *El Programa de Prevención y Atención de la MGF en la ciudad de Badalona, Cataluña: pág. 105*).

En el resto de comunidades autónomas, a diferencia de Cataluña, existe un solo proveedor de salud, por lo que sería más sencilla la explotación de estos códigos. Si además de crearse y presentarse esta herramienta, se acompaña de un plan formativo para profesionales, que unifique criterios de intervención y diagnóstico, podría haber en España una estimación de mujeres y niñas que han padecido la MGF y conocerse en cuántas niñas se ha realizado la prevención. Ganaríamos en eficiencia, eficacia y efectividad ya que se podrían planificar y desplegar los recursos necesarios para prevenir y atender la MGF.

¹⁵ El Instituto Catalán de Salud (ICS) es el mayor proveedor de salud en Cataluña.

4. ESCENARIOS, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS AFRICANAS MIGRANTES

El arraigo social y cultural de estas prácticas, unido al conflicto de lealtades con respecto al origen, condiciona la perpetuación de la MGF en las niñas hijas de estas migraciones.

ESCENARIOS DE LA MGF EN ESPAÑA

Mujeres que llegan a España con la MGF practicada.

Niñas que llegan a España con la MGF practicada.

Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF durante un viaje de vacaciones al país de origen de sus padres. Puede existir o no consentimiento de los padres.

Niñas nacidas en España, que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan al país de destino migratorio con la MGF practicada, generalmente por sus abuelas, con o sin consentimiento de los padres.

Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF en España o en otros países europeos. Familias en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no. Suelen ser niñas nacidas en origen que han venido por reagrupación familiar, con hermanas nacidas en España a las que sus padres, a partir de un trabajo de sensibilización, deciden no someter a esta práctica. Es una situación que suele crear culpabilidad por el daño causado.

Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada.

DIFICULTADES DE LAS FAMILIAS

- Conflictos de lealtades respecto a sus mayores en las sociedades gerontocráticas de origen, donde el poder lo ostentan los ancianos, que representan y legitiman la continuidad de la tradición.
- Debate entre estigmatización versus integración que daría lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de sus hijas.
- Incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa en España.

- Presencia del mito del retorno que incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género.
- Las familias consideran que no se tienen en cuenta otros problemas que para ellas son prioritarios, de carácter laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia de género, doméstica, escolar, etc.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS FAMILIAS

Con el objetivo de evidenciar los conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios de los servicios de atención primaria procedentes de países del África Subsahariana frente a la realización de la MGF, el GIPE/PTP (Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales) de la UAB (Universidad Autónoma de Barcelona) diseñó un estudio transversal descriptivo mediante encuestas en los Centros de Salud del Barcelonès Nord y Maresme (Barcelona) y de algunas comarcas de Girona, cuya metodología ha sido publicada¹⁶. El ámbito del estudio fueron 25 Centros de Atención Primaria, con 899 profesionales asignados, que daban cobertura a una población de unos 487.000 habitantes en el año 2007. Los criterios de elegibilidad para ser incluido en el estudio fueron: ser residente en Cataluña durante el último año, ser mayor de 18 años, acudir al centro de atención primaria por cualquier motivo de consulta y ser originario de alguno de los países en donde se practica la MGF.

Variables de estudio:

- Variables socio-demográficas: edad, género, país de procedencia, etnia, años de residencia en España, número de hijos, posicionamiento de los distintos miembros de la familia ante la MGF.
- Conocimiento de las consecuencias para la salud de las niñas que puede tener la realización de una MGF.
- Conocimiento de la legislación española y del país de origen sobre la MGF y de las consecuencias legales de su práctica.
- Posicionamiento (aceptación o rechazo) ante una posible acción preventiva por parte de los profesionales de la salud en España.

¹⁶ KAPLAN, A.; FERNÁNDEZ, N.; MORENO, J. et al. (2010) "[Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families](#)", in BMC Public Health No10: BioMed Central pp. 193.

- Expectativas ante la propuesta de una intervención preventiva dirigida a sus comunidades de origen y consecuencias para la mujer en España y en su país de origen de la no realización de la MGF africana.
- Exposición a situaciones o entornos de riesgo de sufrir una MGF, planteamiento del problema a profesionales del entorno sanitario o de educación.

Se elaboró un cuestionario de 22 preguntas que exploraban estos seis bloques de variables de interés. El cuestionario era administrado, mediante entrevista personalizada, por un profesional de la salud. Se disponía de mediadoras culturales procedentes de la comunidad cuya intervención podía ser requerida por las encuestadoras y que presentaban al entrevistador y le acompañaban en todo el proceso de la entrevista, para aclarar cualquier concepto o duda que pudiera surgir en el curso de la misma. Si era necesario, ejercían funciones de traducción. Se recogió también información sobre las familias a las que se les propuso la entrevista y no quisieron participar, así como sobre los motivos de dicho rechazo.

Finalmente, un cuestionario de 5 preguntas cumplimentado por el propio encuestador exploraba el clima en el que se había desarrollado la entrevista: comprensión global de la encuesta por parte del encuestado, sinceridad en las respuestas, dificultad para obtener las respuestas, incomodidad e inquietud generadas por abordar el tema de las MGF. Se realizó también un análisis bivalente entre el área de datos socio-demográficos y el resto de áreas del estudio para evaluar si existían diferencias, por ejemplo, en el conocimiento de las consecuencias para la salud que puede tener la realización de una MGF entre hombres y mujeres, jóvenes y mayores, según el país de procedencia, la etnia, los años de residencia en España y el número de hijos.

El 90,8% de los encuestados afirmaron que en su país se practicaba la MGF, porcentaje que aumentó hasta un 98,6% en la población procedente de Gambia. El 84,3% respondió que en su etnia se practicaba la MGF y este porcentaje aumentó hasta el 96,5% en la etnia sarahole, el 97,1% en la etnia mandinga y el 15,4% en la etnia wolof.

Las respuestas a las preguntas sobre el acuerdo o desacuerdo de los distintos miembros de las familias en relación con la MGF mostraron que las mujeres están más de acuerdo con la práctica que los hombres y también se observaron diferencias estadísticamente significativas entre países y etnias.

Un 90,5% de las personas encuestadas procedentes de Gambia afirmaron que su madre estaba de acuerdo con la práctica, frente a un 78,4% de los padres. El 91,3% de los encuestados procedentes de Mali afirmaron que sus hermanas estaban de acuerdo con la práctica, frente al 60,9%

de los hermanos. Por etnias, también se observaron diferencias importantes entre mandingas, fulas y saraholes, tanto para madres y padres como para hermanas y hermanos. En cuanto a los motivos para realizar la MGF, el 90,3% respondió que “porque lo dice la tradición”, el 85,9% porque “son costumbres de cada comunidad”, el 70,8% “por respeto a la autoridad”, el 64,3% porque “es un mandato religioso” y el 26,5% porque “es una obligación para los musulmanes”.

En relación con problemas de salud asociados a la MGF, un 51,4% de las personas encuestadas afirmaron que la práctica de una MGF no generaba problemas de salud, porcentaje que aumentaba hasta un 58,1% si quien respondía era una mujer. Sobre el conocimiento de la ley en relación con las MGF, un 80% sabía que en España está prohibida la práctica de la MGF, el 69,7% conocía que la realización de una MGF tiene penas de cárcel, el 15,7% que puede comportar la pérdida de custodia de los hijos, el 15,1% creía que está penalizada con una multa y el 11,3% creía que puede comportar la expulsión del país. El 69% respondió que en su país de origen la ley no penaliza la MGF, un 23,2% conocía que la ley en España castiga tanto a quienes la practican como a quienes la consienten y únicamente un 13% sabía que la ley penaliza tanto la MGF realizada en España como la que se realiza en el país de origen de residentes en España.

Cuando se les preguntó si habían comentado este tema con otras personas, el 35,1% respondió afirmativamente. Se encontraron diferencias según género (41,1% en mujeres), tiempo de residencia en España (51,3% en aquellos con residencia superior a 7 años) y composición de las familias (43,4% en familias con sólo hijas). La mayoría afirmaron haberlo hablado con amigas o amigos.

Un 28,6% afirmó haber hablado de este tema con profesionales de la salud o educadores y este porcentaje aumentó hasta un 34,1% en las mujeres, hasta un 43,2% en las personas que llevaban más de 7 años viviendo en España y hasta un 36,7% en las familias que tenían hijas. De quienes habían consultado con profesionales de la salud o educadores/as, un 35,1% lo habían hecho con un/a pediatra, un 22,8% con una enfermera pediátrica, un 15,8% con una mediadora, un 12,3% con un maestro/a, un 5,3 con un/a médico/a de familia, un 5,3 con un ginecólogo/a, un 1,7% con un trabajador/a social y un 1,7% con otro/a profesional.

En relación con actitudes preventivas de la MGF, un 53,5% se mostró predispuesto a firmar un documento de compromiso para no realizar la MGF a sus hijas, porcentaje que aumentó hasta un 74,1% cuando el que respondía era un hombre, un 76,3% y un 60,9% si era de Senegal o Mali, respectivamente, y un 84,6% si era de etnia wolof. No se encontraron diferencias estadísticamente

significativas en cuanto a la edad, el tiempo de residencia en España o la estructura familiar (sin hijos/as, con hijos, con hijas, con hijas e hijos). Un 33,5% creía que este documento les serviría para reforzar ante su familia en África la decisión de no realizar la MGF a las hijas. La aceptación del compromiso preventivo resultó significativamente más baja en quienes respondieron que se trataba de un mandato religioso (42%) o que era una obligación para los musulmanes (32,6%).

La aceptación del compromiso preventivo fue más alta en aquellos que pensaban que, al haber emigrado, la práctica había perdido importancia para ellos (82,2%) o para sus familias (87,8%); para los que creían que la MGF generaba problemas de salud (77,5%) y para los que afirmaban que en su país era una práctica prohibida (78,6%).

En cuanto a la pregunta sobre si en su país o comunidad de origen se aceptaría una ceremonia ritual alternativa sin cortes, el 57,8% respondió que sí, el 19,5% que no, el 15,1% no sabía y el 7,6% prefirió no contestar. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, edad, país de procedencia, etnia, años viviendo en España o con hijos o hijas.

El porcentaje de los que creían posible un ritual alternativo era mayor en aquellos que afirmaban que se trataba de un mandato religioso (67,6%), en los que creían que por el hecho de haber emigrado la práctica de la MGF tenía más importancia para su familia (66,7%) y en los que respondían que no era una práctica prohibida en su país de origen (66,9%).

En conclusión, los resultados muestran que la práctica de la MGF está muy presente en las comunidades de inmigrantes subsaharianos en nuestro país, que persisten estereotipos y asunciones equívocas y que existen vías abiertas a planteamientos preventivos aunque se generen dilemas de relación con las comunidades de origen. La mayoría asocia la MGF a la tradición o costumbres, pero el 64% también lo asocia a un mandato religioso y hasta una cuarta parte cree que es una obligación para los musulmanes. El 80% sabe que la MGF está prohibida en España y la asocian sobre todo a penas de cárcel para quien la realiza, desconociendo que la ley española también penaliza la MGF realizada en el país de origen.

Algo más de la mitad (53,5%) muestra predisposición a firmar un documento de compromiso preventivo antes de viajar con sus hijas al país de origen y casi el 60% cree que podría plantearse una ceremonia ritual alternativa de iniciación sin la mutilación. Las mujeres están más de acuerdo con la práctica que los hombres, están menos posicionadas a favor de intervenciones preventivas y asocian la práctica menos a problemas de salud que los hombres.

El perfil de persona más predispuesta a aceptar una intervención preventiva sería un hombre procedente de Senegal de una etnia diferente a la mandinga o fula, que cree que la MGF genera problemas de salud, que conoce que en su país está prohibida y que no piensa que se realice por ser una obligación islámica.

La presencia de la práctica de la MGF en las respuestas de los encuestados según su país de origen se corresponde e incluso sobreestima las prevalencias publicadas según estudios de organismos internacionales¹⁷. Así, mientras que para Gambia los últimos datos publicados hablan de una prevalencia del 78% y el 98,6% de los gambianos encuestados afirmaron que en su país se realiza la sunna, para Mali la última prevalencia publicada es del 91,6% y el 87% de los encuestados afirman que en su país se practica la MGF. Es llamativo el caso de Senegal, país de baja prevalencia (28.2%), pero del que el 78% de los encuestados declaran que se realiza la MGF. Esto podría estar relacionado con su origen étnico, ya que sólo 9 de ellos son de origen wolof, etnia que tradicionalmente no practica la MGF, aunque, según nuestros datos, el 15% de los wolof afirman que en su etnia se practica la MGF. Sabemos que las etnias mandinga, fula, sarahole y diola practican de manera mayoritaria la MGF en los países del África Occidental, no así los wolof; esta distribución queda perfectamente reflejada en los resultados obtenidos en la encuesta.

Los resultados apuntan la idea de que las mujeres actúan en cierta manera como guardianas de esta práctica: las mujeres de las familias están más de acuerdo con la práctica que los hombres, en mayor porcentaje que los hombres creen que no ocasionan problemas de salud y entre ellas hay menor porcentaje de aceptación del compromiso preventivo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Gage y Van Rossem¹⁸ en Guinea y con los de Briggs¹⁹ en Nigeria donde el 55.8% de las mujeres respondían que circuncidarían a sus hijas frente al 44% de los hombres. Seguramente esto guarda relación con el significado social de la práctica de la MGF, ya que, como rito de paso de la niñez a la edad adulta, el ritual es imprescindible para el acceso de las niñas al mundo de las mujeres adultas y la circuncisión es una “marca” permanente que simboliza que su unión al grupo será de por vida. Se trata, por tanto, de una cuestión de cohesión social y pertenencia.

Cabe resaltar la alta proporción de individuos que creen que la MGF viene de un mandato religioso o que es una obligación para los musulmanes, cuando se trata de una práctica pre-islámica y

¹⁷ UNICEF (2013) Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Nueva York, UNICEF.

¹⁸ GAGE, A.J & VAN ROSSEM, R. (2006) “Attitudes toward the discontinuation of female genital cutting among men and women in Guinea,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 92, no. 1: 92–96.

¹⁹ BRIGGS, L.A. (2002) “Male and female viewpoints on female circumcision in Ekpeye, Rivers State, Nigeria”. *African Journal of Reproductive Health* 6 [3]: 44–52.

el Corán no hace mención ni alusión a ella en ninguno de sus versículos. Vale la pena reseñar que quienes lo elaboran como un mandato religioso son menos permeables a la aceptación del compromiso preventivo y, por contra, aceptan con más facilidad, por las comunidades de origen, un ritual alternativo como rito de paso sin la mutilación.

El compromiso preventivo supone una estrategia de apoyo a las familias migrantes que deciden no realizar la MGF cuando vuelven a su país de origen. Se trata de un documento en el que los padres se comprometen a no someter a sus hijas a la MGF, argumentando los problemas de salud que ocasiona a las mujeres y que se trata de una práctica prohibida en el país de acogida que puede comportar penas de cárcel y la pérdida de la patria potestad de las hijas. Este documento los padres pueden utilizarlo en sus viajes al país de origen como argumentación ante su comunidad y sus mayores en la decisión de no mutilar a las hijas. Así, no son ellos los que cuestionan la autoridad de los mayores sino que se trata de respeto a la ley. Este punto es importante ya que, como se ve en los resultados de la encuesta, están muy presentes el respeto a la autoridad y a las costumbres de la comunidad como elementos que mantienen viva la práctica de la MGF y el compromiso preventivo permite reforzar la decisión de los padres y descargarlos de ciertas presiones del entorno familiar en el país de origen.

En este sentido vale la pena remarcar los ejes del perfil de creencias y conocimientos que influyen en un posicionamiento favorable a aceptar el compromiso preventivo: los hombres, los que creen que la MGF genera problemas de salud, tienen cinco veces más probabilidades de aceptar el compromiso preventivo al igual que los que saben que en su país está prohibida la práctica y los que no creen que sea una práctica que emane de una obligación religiosa. Seguramente estos colectivos serían los más permeables a participar en programas de sensibilización y posicionamiento contra la MGF.

5. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ENTRE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Además de un marco legislativo adecuado, es absolutamente necesaria una óptica preventiva que, desde el conocimiento y la sensibilización, permita que los profesionales de la salud, puedan aproximarse a la MGF y evitar, así, los conflictos ocasionados por la judicialización de aspectos tan ligados a la intimidad e identidad de las personas migrantes.

La Atención Primaria de Salud, por su proximidad a las familias y por el abordaje longitudinal de los problemas a lo largo de todo el ciclo vital, es uno de los niveles asistenciales mejor situados para el planteamiento de una intervención preventiva sobre las MGF²⁰.

El estudio “Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la Atención Primaria” (Kaplan *et al*, 2006) analizaba las percepciones, grado de conocimiento y actitudes profesionales de atención primaria en Cataluña en relación con la MGF, y exploraba la existencia de tendencias de cambio en estas percepciones y actitudes en dos cortes temporales realizados en 2004 y 2007.

Los profesionales encuestados pertenecían a los servicios de medicina general, pediatría, ginecología y trabajo social de 13 centros de salud de la red asistencial pública del Institut Català de la Salut. Estos profesionales de la salud formaban parte de la plantilla de los 13 equipos de atención primaria y del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva y el 79.8% atendía en sus consultas a población subsahariana.

El cuestionario recoge información sobre variables socio-demográficas (edad, género, profesión y especialidad); grado de conocimientos sobre las MGF (identificación y tipología, motivos por los que se realiza, países en los que se practica); grado de interés suscitado (necesidad o deseo de conocer más sobre el tema, realización de formación o conocimiento de protocolos o guías de actuación); experiencia previa (atención a pacientes procedentes de países donde se realiza la MGF, detección de algún caso) y actitudes frente a las MGF (ignorar, educar-sensibilizar, denunciar).

²⁰ KAPLAN, A.; TORAN, P.; BEDOYA, M.H. *et al* (2006) “Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la Atención Primaria” en *Atención Primaria* 38(2) pp. 122-6.

Casi el 18% de los encuestados expresó desinterés por el tema, siendo el interés significativamente más elevado entre las mujeres. El 98% de los hombres y el 96% de las mujeres dijeron saber en qué consistía la MGF, pero sólo alrededor del 40% identificó correctamente la tipología de las MGF y menos del 30% identificó bien los países de origen en los que esta práctica se realiza. Existe un incremento estadísticamente significativo entre los profesionales que detectaron algún caso el año 2001 (5.9%) y el año 2004 (16.3%), siendo las mujeres las que en ambos años refirieron mayores tasas de detección de MGF.

De los encuestados y encuestadas en 2004 y en 2007, respectivamente, el 49.8% y el 31% creían que la actitud de los profesionales de la salud ante las MGF debía ser de educación y sensibilización, el 17.8% y el 23.9% de denuncia ante la justicia y el 31.5% y el 45.1% afirmaba que debían combinarse ambas estrategias. En las comparaciones entre ambos años, las diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

Según grupo profesional, el 38.3% del personal de medicina general, el 55.1% de pediatría y el 68.2% de ginecología identificaban correctamente la tipología de la MGF. El 3.7% de los profesionales de medicina general, el 7.3% de pediatría y el 22.2% de ginecología declararon haber detectado alguna niña o mujer con problemas relacionados con la MGF en el año 2004. En 2007 estos porcentajes fueron del 12.1%, 18.5% y 80%, respectivamente. El personal de pediatría fue el que mostró mayor interés (91%) y mayor conocimiento de las guías y protocolos de actuación (42.3%).

En cuanto a las características de los profesionales que podrían haber estado influyendo en la correcta identificación de las MGF, en la detección de casos y en una buena actitud, aquellos que habían asistido a alguna actividad formativa sobre las MGF o conocían algún protocolo o guía de actuación tenían hasta 5 veces más probabilidades de identificar correctamente la tipología.

La detección de casos fue realizada fundamentalmente por mujeres de menos de 40 años de ginecología o pediatría. En las consultas de ginecología y pediatría había 8.5 y 2.3 veces más probabilidades de detectar una MGF que en la consulta de medicina general.

Si un caso era detectado por un profesional de pediatría, tenía menos probabilidad de ser denunciado y 3.2 veces más probabilidades de ser abordado con una actitud de sensibilización y educación que si ese mismo caso hubiese sido detectado por un profesional de medicina general. Las mujeres del grupo profesional de pediatría declararon un mayor interés por el tema de las MGF.

El porcentaje de profesionales que declararon haber detectado algún caso prácticamente se triplicó de 2004 a 2007, aunque éste queda lejos del 60% que se obtuvo en una encuesta realizada a profesionales de 4 ciudades suecas²¹. En este estudio sueco se obtuvo una tasa de respuesta muy baja (28%) y no puede descartarse que los profesionales que respondieron fueran mayoritariamente aquellos que, especialmente motivados o sensibilizados por el tema, hubieran tenido contacto con casos de MGF. En el presente estudio la tasa de respuesta ha sido muy superior, con lo que queda mejor representada la opinión de la mayoría de colectivos profesionales. Además, en la población estudiada hay una menor proporción de ginecólogos y matronas que en el estudio sueco, lo que puede explicar el menor porcentaje de profesionales en contacto con algún caso. El conocimiento sobre las MGF parece similar en las dos poblaciones, en la encuesta sueca el 35% de ginecólogos y ginecólogas y el 29% de las matronas, declararon tener un “conocimiento suficiente” sobre el tema. En el presente trabajo, un 45% identificó correctamente la tipología y un 24%, los países de origen. La diferencia está en que el dato se obtuvo de la emisión de respuestas correctas, casi como de un examen a dos preguntas formuladas que exploraban este tema, mientras que en la encuesta de Suecia se trataba de la percepción de “conocimiento suficiente” por parte de los profesionales.

En un estudio realizado en Suiza²² sólo un 8% de los 37 profesionales entrevistados referían haber desarrollado alguna intervención preventiva en la consulta. En la encuesta de 2007, el 31% de los profesionales creían necesario desarrollar actitudes de educación y sensibilización para evitar las MGF. Estas diferencias pueden ser debidas a la limitada muestra, mayoritariamente de profesionales especializados en ginecología, del estudio suizo, mientras que en el presente estudio el colectivo analizado eran profesionales de atención primaria, con una visión más general de los problemas de salud, teóricamente más cercana a actividades preventivas y de educación para la salud.

Se debe destacar la discrepancia entre la percepción de tener un conocimiento correcto (saber qué es, en qué países se hace y por qué motivos) y la identificación correcta de la tipología, los países y los motivos por los que se realiza. Esto indica que, en realidad, los profesionales tienen un grado de desconocimiento importante. Si se tiene en cuenta que el 80% de los encuestados afirmaron atender a población de origen subsahariano y que la detección de casos se triplicó entre 2004 y 2007, cabe deducir que existe un problema de salud emergente que se trata con gran desconocimiento de sus fundamentos sociales y culturales.

²¹ Tamaddon L, Johnsdotter S, Liljestrand J, Essén B. Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting. *Health Care Women Int.* 2006;27(8):709-22.

²² Thierfelder C, Tanner M, Kessler Bodiang CM. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *Eur J Public Health.* 2005; 15: 85-90.

Se da además la circunstancia de que las tasas de fecundidad de las mujeres africanas de origen gambiano duplican o triplican las de las mujeres procedentes de otras zonas²³. Para desarrollar intervenciones efectivas, sería necesario promover un conocimiento profundo de la realidad social y cultural de estas comunidades inmigradas²⁴ que permitiese una aproximación a la atención y prevención de la MGF, desde una mejor competencia profesional y con mayores posibilidades de éxito.

Un dato interesante son las diferencias detectadas en la percepción, las actitudes y detección del problema según el género de los profesionales. Las mujeres muestran más interés, tienen actitudes más orientadas a la educación y detectan la mayoría de casos. Habrá que tener en cuenta la diferente perspectiva, según el género, de los profesionales para evitar el incremento de ciertas desigualdades en salud en función de qué profesional sea el que atienda a las mujeres migrantes.

El hecho de haber recibido formación previa o conocer algún protocolo de actuación parece asociarse, con una mejor identificación de la tipología de las MGF, pero no con una mayor detección de casos.

Los resultados muestran que los profesionales de atención primaria en Cataluña se enfrentan a la MGF de manera muy similar a la de sus colegas de cinco países europeos estudiados por Leye²⁵: con algunas lagunas de conocimiento y contextualización cultural, con escasez de medios formativos y de apoyo a la toma de decisiones y con dilemas éticos importantes que hacen necesarios una aproximación profesional, no sólo clínicamente adecuada, sino también culturalmente respetuosa con las creencias y necesidades de las mujeres.

²³ Bledsoe C, Houle R, Sow P. High fertility Gambians in low fertility Spain: The dynamics of child accumulation across transnational space. *Demographic Res.* 2007; 16(12):375-412. (<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol16/12/>)

²⁴ Gruenbaum E. Socio-cultural dynamics of female genital cutting: Research findings, gaps, and directions. *Cult Health Sex.* 2005; 7(5): 429-41.

²⁵ Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation. *Health Care Women Int.* 2006; 27(4) :362-78.

6. LEGISLACIÓN ESPECÍFICA²⁶

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA...) y la propia Unión Europea, se ha pronunciado en diferentes foros, convenciones y declaraciones contra la MGF²⁷, que considera prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los de las niñas.

Al amparo de estas resoluciones internacionales, la mayoría de países occidentales han desarrollado leyes específicas. Algunos gobiernos africanos han prohibido estas prácticas ancestrales, aprobando en sus parlamentos leyes sancionadoras, entre ellos Senegal, Mali, Burkina Faso, Mauritania y Ghana, aunque por el momento no existe una legislación unificada al respecto. Legislar es un avance importante en el reconocimiento de los derechos fundamentales por parte de los gobiernos y crea un marco jurídico desde el que poder trabajar, si bien, hasta el momento su impacto sobre la reducción de la prevalencia de mujeres que han sufrido MGF es todavía reducido. Resulta paradigmático, por ejemplo, el caso de Etiopía, con una prevalencia del 85%, donde la propia Constitución prohíbe la práctica, o el de la República de Guinea, primer país africano en legislar la MGF en 1985, donde el 93% de mujeres y niñas siguen siendo mutiladas (Kaplan & Bedoya, 2009).

A continuación, se muestra la tabla de legislación de la MGF en el África Subsahariana: 24 de los 29 países donde la práctica está presente han emitido legislaciones específicas.

²⁶ Agradecemos la revisión de este apartado a María Helena Bedoya, jurista experta en extranjería, Doctora en Antropología Jurídica y miembro del Grupo Interdisciplinar para el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la Universitat Autònoma de Barcelona.

²⁷ 1. Convención para la eliminación de toda forma de violencia contra las mujeres, 54 período de Sesiones ONU (Resolución 54/133) Violencia contra la mujeres. (En el año 2000, eran 165 estados parte). El Comité de los Derechos del Niño, por ejemplo, ha recomendado que se aprueben, promulguen y apliquen las leyes para prohibir las Mutilaciones Genitales Femeninas.

2. Convención ONU sobre los Derechos del Niño. Adoptada el 20 de noviembre de 1989. El artículo 24 obliga a los Estados a: "asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres" y exhorta a los Estados a "Adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños" en referencia explícita a los efectos de la MGF.

Benin	2003
Burkina Faso	1996
Central African Republic	1966, 1996*
Chad	2003
Côte d'Ivoire	1998
Djibouti	1995, 2009*
Egypt	2008
Eritrea	2007
Ethiopia	2004
Ghana	1994, 2007*
Guinea	1965, 2000*
Guinea-Bissau	2011
Iraq (Kurdistan region)	2011
Kenya	2001, 2011*
Mauritania	2005
Niger	2003
Nigeria (some states)	1999-2006
Senegal	1999
Somalia	2012
Sudan (some states)	2008-2009
Togo	1998
Uganda	2010
United Republic of Tanzania	1998
Yemen	2001

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

LEGISLACIÓN PENAL EN ESPAÑA

La MGF, cualquiera que sea el tipo practicado, constituye un delito de lesiones tipificado en el Código Penal, de acuerdo con la reforma introducida en la *Ley Orgánica 11/2003*, de 29 de septiembre, de *medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros*, publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) N° 234 de martes 30 septiembre 2003.

“Artículo 149 del Código Penal”:

1. *El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años.*
2. *El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será*

aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz. ”

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

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

La aplicación en el ordenamiento penal español del principio de Justicia Universal en relación con la MGF²⁸

En cuanto a la persecución del delito, la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, legislación consolidada²⁹, introdujo en su redacción dada por Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, del

²⁸ Fundación Wassu-UAB se reunió el pasado 22 de abril de 2014 con el jurista Sr. D. Joan Merelo Barberá, Presidente de la Comisión de Justicia Penal Internacional del Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona (ICAB) para consultar sobre la modificación de la Ley relativa a la Justicia Universal en relación con la MGF.

²⁹ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-11863

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

Exposición de motivos de la Ley:

“La mutilación genital femenina constituye un grave atentado contra los derechos humanos, es un ejercicio de violencia contra las mujeres que afecta directamente a su integridad como personas. La mutilación de los órganos genitales de las niñas y las jóvenes debe considerarse un trato «inhumano y degradante» incluido, junto a la tortura, en las prohibiciones del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos.

Los Estados miembros de la Unión Europea, cuyas Constituciones reconocen el derecho a la integridad personal, tanto física como mental, como un derecho fundamental, se han visto enfrentados a un fenómeno de exportación de la práctica de mutilaciones genitales femeninas debido a la inmigración de personas procedentes de países donde estas prácticas constituyen una costumbre tradicional aún en vigor. El hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos. La OMS estima que en el mundo hay 130 millones de mujeres víctimas de mutilaciones genitales practicadas en nombre de culturas y tradiciones religiosas. La Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 2.f prevé que los Estados parte adopten medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan una discriminación contra las mujeres. Asimismo, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994) y el Programa de Pekín (1995) incluyen recomendaciones a los Estados a fin de erradicar las mutilaciones genitales femeninas y para modificar los comportamientos sociales y culturales y acabar así con los perjuicios y prácticas lesivos para las personas. En esta línea se inscribe la presente Ley Orgánica al posibilitar la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país. ”

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-7061#analisis

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

Poder Judicial, la competencia de la justicia española para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.

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

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

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

1.º el procedimiento se dirija contra un español;

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

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

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

“Artículo 38 – Mutilaciones genitales femeninas

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

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

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

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

De todos modos, hay que tener presente que en el artículo 149 del Código Penal continúa apareciendo la MGF como delito de lesiones. En la actualidad la MGF no aparece de forma explícita en la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, aunque a través de la letra l) del apartado 4 del artículo único, se llega a la MGF.

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

Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal.

Rango: Ley Orgánica

Fecha de disposición: 13/03/2014

Fecha de publicación: 14/03/2014

Entrada en vigor el 15 de marzo de 2014.

Es necesario hacerse una idea de cómo afectará la modificación expuesta cuando se aplica la ley a casos concretos. A continuación, se exponen los casos más frecuentes en España y cómo podría afectar la nueva ley:

- En el caso de una niña residente en España que viajase al país de origen y se le practicara la MGF, se continuaría aplicando la extraterritorialidad, ya que la víctima estaría residiendo en España (según el número 3 de la letra I)
- Si se imputa a los padres de la niña y estos residen en España o tienen nacionalidad española, también se los inculparía (según el número 1 y 2 de la letra I)
- Si se trata del caso de una familia de Gambia con nacionalidad española en el que la niña viaja a Gambia y vuelve mutilada, si el autor no está en España, no podría ser juzgado. Si la niña está en Gambia, la quieren mutilar y ella se niega, puede acudir al consulado español como ciudadana española.
- En el caso de una niña reagrupada que llega mutilada a España, se duda que se pueda juzgar el delito, ya que esta niña no era residente en España en el momento de los hechos.

Se produce, por lo tanto, una mejora. Las niñas que llegan mutiladas son doblemente víctimas, de la tradición y de la ley. En este caso, si el padre es residente en España y reagrupa a madre e hija, no tiene por qué saber que su hija llega mutilada (*presunción de inocencia*), aunque si lo sabe, tiene que conocer que, según la ley, la MGF es delito en España. La manera en que se juzguen casos similares dependería del juez que lleve el caso.

Queda una brecha cuando la madre manifiesta que no ha sido ella, sino la abuela, lo que supondría un *error de prohibición*. Si la abuela estuviera en España, sí se juzgaría con seguridad.

REFLEXIONES SOBRE LA LEGISLACIÓN DE LA MGF

El desarrollo legislativo es un primer paso en la erradicación de la MGF, pero no suficiente. No hay que olvidar que las estrategias planteadas comportan fundamentalmente una transformación social, religiosa y cultural más amplia, que necesariamente ha de ir a las propias raíces culturales y a las relaciones de género, y no sólo desarrollarse a través de prohibiciones legales o decretos. El uso del derecho penal tiene que ir acompañado al tratamiento social y al abordaje preventivo de un problema tan complejo. En todo caso, son elementos complementarios y el recurso a la justicia tiene

que ir acompañado de una aproximación preventiva. Actualmente la forma de presentación más habitual de la problemática asociada a las MGF es el anuncio, por parte de una familia con niñas en edad de iniciación, de un inminente viaje a su país de origen. Esta situación es detectada fundamentalmente por los profesionales de la salud así como por los servicios sociales de base y las escuelas. Las actuaciones judiciales practicadas ante el conocimiento de un viaje de niñas en riesgo a su país de origen consisten en la retención cautelar del pasaporte y en el compromiso de los padres de no mutilar a sus hijas. Además se impone la obligatoriedad de pasar una revisión médica al retorno. Un auto judicial dictado en Sant Feliu de Guíxols (Catalunya, mayo de 2004), prohíbe la salida del país a dos niñas de origen gambiano hasta los 18 años y las obliga a pasar revisiones de sus genitales cada seis meses hasta la mayoría de edad. Si bien la justicia debe ser custodia de los derechos humanos, también es imperiosa la necesidad de realizar un trabajo de información y prevención con las familias afectadas (Kaplan, 2002).

Como en otros ámbitos, la ley no será eficaz a largo plazo cuando se ejerce sin un despliegue de actuaciones sociales, pedagógicas y preventivas concretas. En el caso de la MGF se produce una compleja interacción entre derechos y valores culturales que impiden aplicar el castigo sin más (Kaplan, 2001; Fórum Mundial de las Mujeres, 2004). Pudiera ser que algunas de las medidas de control propuestas lesionaran la intimidad y la dignidad de las menores a proteger. No se trata de relativismo cultural, sino de responsabilidad y comprensión de un problema que debe ser abordado, con tiempo, desde una perspectiva de análisis de sus raíces profundas, desde el respeto y la educación. En esta línea apunta la *Declaración de Barcelona* sobre las MGF (2004), presentada en el Fórum Mundial de las Mujeres y suscrita por las organizaciones africanas y personalidades políticas, religiosas y académicas que luchan por la erradicación de esta práctica.

Si se conocen las razones que la propia población aduce para el mantenimiento de la MGF, es posible modificarlas y para ello hay que insistir en las consecuencias visibles y frecuentes que estas operaciones comportan, como la esterilidad, las infecciones y las hemorragias que puede causar la herida. Es aquí donde las mujeres pueden identificarse con la problemática porque la sufren. Otra estrategia debe tener como objetivo realizar una tarea comunitaria donde los hombres puedan participar, ser informados y tomar conciencia de su responsabilidad ante este tipo de problemas que afectan e inciden directamente en la salud de sus mujeres e hijas, que también repercute en el bienestar de la comunidad y que produce consecuencias socioeconómicas y psicológicas para el grupo

familiar. Involucrar a los hombres en la decisión está aportando grandes adelantos para la erradicación de esta práctica³⁰.

Algunas experiencias recientes en África, como por ejemplo en Gambia, están demostrando que es posible mantener la estructura ritual de la segunda y la tercera fases (marginación y agregación) y eliminar la primera parte, que es la física: la iniciación sin mutilación. De esta forma, se mantienen la transmisión cultural y la pertenencia social, que otorgan identidad étnica y de género a las niñas, incorporándolas a las sociedades secretas de las mujeres.

³⁰ KAPLAN, A.; CHAM, B.; NJIE, L.; SEIXAS, A.; BLANCO, S.; UTZET, M. (2013). *"Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men"*, in *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2013, Article ID 643780.

7. PROTOCOLOS EXISTENTES³¹

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad ha aprobado el día 14 de enero de 2015, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina”, para su aplicación a nivel estatal. De acuerdo con la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016, auténtico instrumento vertebrador de la actuación de los poderes públicos para acabar con la violencia que sufren las mujeres , en la cual se refiere a “Promover la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina.”.

A nivel autonómico, Cataluña, Aragón y Navarra cuentan con protocolos de actuación. A su vez, existen protocolos que, si bien no abordan específicamente la MGF, la contemplan en el marco de actuaciones en aspectos vinculados a la salud o a las situaciones de maltrato infantil, entre otros. Estos constituyen lo que Mangas (2010) denomina macro-protocolos, que son aquellos que rigen a nivel nacional o autonómico y que son elaborados por expertos. Los micro-protocolos tienen una función de articulación territorial y clarificación de circuitos, facilitando la prevención y la articulación a nivel local.

En principio, los protocolos se usan como guía para el tratamiento en situaciones específicas y de enfermedades relevantes. Sin embargo, se ha extendido su uso para otro tipo de intervenciones, como es el caso de la MGF, ya que se han transformado en herramientas que orientan la acción, estipulando cómo proceder en cada caso. Su uso se ha extendido y popularizado, por lo que “vivimos en una sociedad ‘protocolizada’ y los profesionales, ante la incertidumbre y la falta de formación, muchas veces los reclaman, aunque no sean nada más que eso, unas pautas de actuación” (Mangas, 2010:62). Sin embargo, los protocolos no sustituyen la formación para la prevención de la práctica, ya que ni los protocolos ni las leyes van a cambiar una tradición milenaria tan enraizada. Los protocolos deben acompañarse de la formación en educación para la salud de los profesionales que les permita realizar abordajes preventivos ante niñas potencialmente en riesgo de padecer una MGF y con otras herramientas como los manuales para profesionales de los servicios de atención a la persona, que profundizan en las pautas para la prevención de la MGF y la atención a sus consecuencias o el compromiso preventivo, entre otros.

³¹ Agradecemos a Amalia Gómez su aportación a través de la tesina: GÓMEZ, A. (2013) La Mutilación Genital Femenina en España. Universitat de Barcelona [Tesina no publicada]

PROTOCOLOS A NIVEL NACIONAL

El “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina”, se ha aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el día 14 de enero de 2015, de acuerdo con la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016, en su medida 185 de que se refiere a “Promover la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina.”.

Se trata del primer protocolo a nivel nacional que aborda desde el ámbito sanitario esta forma de violencia contra la mujer con el objetivo de constituirse en herramienta básica para orientar actuaciones homogéneas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permitan mejorar la salud de las mujeres y las niñas a las que se ha practicado la mutilación genital femenina, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica en niñas que están en una situación de especial vulnerabilidad.

El protocolo comienza con un primer apartado sobre el “Marco conceptual” que permite una aproximación a la mutilación genital femenina, a través de su definición y tipología, la exposición de las causas por las que se practica y de sus consecuencias en la salud.

A continuación se recogen los datos existentes a nivel mundial sobre la práctica de la MGF, no sólo para poner de manifiesto su dimensión, sino principalmente por su utilidad a la hora de reconocer factores de riesgo. El conocimiento de los países en los que se concentra la práctica de la MGF es fundamental para la detección y prevención de posibles casos, tanto de menores inmigrantes como de niñas nacidas en España, ya que uno de los factores de riesgo de esta práctica es proceder de un país donde se realiza.

Respecto de las actuaciones de los profesionales sanitarios se contemplan desde una perspectiva integral, multi e interdisciplinar, abarcando tanto la atención primaria como la atención especializada (pediatría y enfermería de pediatría, personal de medicina y enfermería de familia, matronas, ginecología y obstetricia, urología), como en los servicios de urgencias, con la finalidad de procurar una coordinación de acciones y garantizar la continuidad de cuidados a la persona mutilada y a la familia.

Además, en 2012 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*, 2012, en el que se contempla la creación de un protocolo específico para el abordaje de la MGF a nivel estatal.

El protocolo de 2012 se realiza con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia contra las mujeres, que constituye una herramienta fundamental para el personal sanitario. Este protocolo se enmarca en las acciones de promoción de la detección precoz, asistencia y recuperación de la violencia de género por parte de los profesionales sanitarios, según lo establece el artículo 15 de la Ley Orgánica 1/2004 de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*³².

Esta ley establece la creación de una comisión contra la violencia de género, compuesta por representantes de todas las comunidades autónomas, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias y la aplicación del protocolo sanitario, entre otras medidas para contribuir a la erradicación de esta forma de violencia. Esta comisión se encuentra funcionando en el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. A su vez, se establece que estos protocolos contengan pautas uniformes de actuación sanitaria para impulsar actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla, que serán aplicados tanto en el ámbito público como en el privado.

El *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género* de 2012 promueve la inclusión de la MGF como forma de violencia de género a ser abordada desde el ámbito sanitario, para lo que prevé la creación de un protocolo específico que atienda las características propias de esta forma de violencia.

PROTOCOLOS A NIVEL AUTONÓMICO

Cataluña

En 2001, el Parlamento de Cataluña aprobó la Resolución 832/VI, de 20 de junio, *de adopción de medidas contra la MGF* instando a la Generalitat de Cataluña a adoptar medidas de prevención y bienestar dentro de las áreas de salud, educación y servicios sociales. A raíz de esta resolución, se encomendó el trabajo a una Comisión de Personas Expertas y en 2002 se presentó el *Protocolo de*

³² BOE NÚM. 313, de 29 de diciembre de 2004.

actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina de la Generalitat de Catalunya (Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per la Immigració), dirigido a los profesionales de la salud, los servicios sociales de atención primaria, las escuelas, la policía y otras asociaciones de prevención.

Sin embargo, las leyes estatales promulgadas posteriormente³³ obligaron a una revisión del protocolo por parte de la Comisión de Seguimiento, que está compuesta por los departamentos de Educación, de Interior y Relaciones Institucionales y Participación, de Salud, y de Acción Social y Ciudadanía mediante la Secretaría de Políticas Familiares y de Derechos de la Ciudadanía, la Secretaría de Infancia y Adolescencia, el Instituto Catalán de la Mujer y la Secretaría para la inmigración, revisión que tuvo lugar en 2007. En esta versión revisada se señala que el protocolo “se complementará y se coordinará con el Protocolo marco y el circuito nacional para una intervención coordinada contra la violencia machista”(Secretaria para la Inmigración, 2007: 5-6).

Posteriormente, el Parlamento de Catalunya aprobó la Ley 5/2008, del 24 de abril, del *dret a les dones a erradicar la violencia masculista*,³⁴ que tiene en cuenta varias resoluciones y directrices del Parlamento europeo sobre la MGF como una forma de violencia de género, de manera que, en 2009, se reimprimió el protocolo, incluyendo el nuevo marco legal en Catalunya.

Finalmente, en 2010 se aprobó la ley 14/2010, del 27 de mayo, *dels Drets i les Oportunitats en la Infancia i l'Adolescència*³⁵, una ley específica que establece la prevención, atención y protección de las niñas que han sido sometidas a la MGF o que corren riesgo de experimentar el procedimiento. A su vez, a nivel sanitario, el *Departament de Salut de la Generalitat* desarrolló dos protocolos relativos a la MGF en el ámbito de la atención pediátrica: el *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants: programa de seguiment del nen sa*, creado en 2005 para completar el protocolo general de pediatría y que establecía que la atención a los niños y niñas inmigrantes, si bien tenía que ser la misma que para el conjunto de la población infantil, debía atender a algunas particularidades vinculadas a la procedencia, y en 2008 el *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut* del 2008, que unificó los dos anteriores en uno (Mangas, 2010).

El *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* presenta, además de aspectos generales sobre la MGF, los motivos de atención y posible riesgo, indicadores de sospecha, consecuencias de la práctica, marco jurídico, y recomendaciones generales y de intervención, además

³³ 11/2003 (BOE núm. 234, de martes 30 de septiembre 2003) y 3/2005 (BOE núm.163, de sábado 9 julio 2005)

³⁴ DOGC Núm. 5123 del 2 de mayo de 2008

³⁵ DOGC Núm. 5641 de 2 de junio de 2010

de otros recursos de interés. Establece cuatro niveles de actuación: 1) prevención, que se asocia a informar y sensibilizar; 2) detección del caso de riesgo; 3) atención, que puede ser urgente o no, del que se derivarían dos casos dependiendo de si hay riesgo de MGF o la MGF ha sido practicada, situación que se daría paso al último nivel; 4) recuperación, valorando las secuelas físicas y psíquicas y procurando su atención.

En cada nivel de actuación están involucrados diferentes agentes: profesionales de la salud, profesionales de los servicios sociales de atención primaria, de centros docentes, de atención a los menores en riesgo y de los cuerpos de seguridad y asociaciones que trabajan para la prevención de las MGF, correspondiendo a los profesionales de la salud una función preponderante y destacándose las acciones que éstos deben llevar a cabo en todos los niveles.

El nivel de prevención engloba actividades de información y formación a profesionales, información y educación sanitaria a la ciudadanía (dentro de las actividades comunitarias que se desarrollan desde atención primaria en salud, trabajo en red con la comunidad y asociaciones y colaboración en edición de materiales informativos) y, finalmente, educación sanitaria a las familias y las niñas.

En el nivel de detección están involucrados todos los agentes anteriormente mencionados en este orden: salud, seguridad, educación, servicios sociales, atención a menores en riesgo, asociaciones para la prevención de la MGF y otros.

En el nivel de atención no urgente, que se pone en marcha a partir de la detección, los motivos de atención y valoración del posible riesgo son: pertenecer a una etnia, familia o grupo familiar que practique la MGF o la proximidad de un viaje o vacaciones. Según el riesgo, se determinan acciones, urgentes o no urgentes, para prevenir la práctica o para atender a la niña si se ha consumado.

Finalmente, existe un nivel de recuperación que implica garantizar la atención a las secuelas físicas y psíquicas que pueda presentar la niña y, eventualmente, la realización de una intervención quirúrgica para revertir las secuelas, según lo estipula el artículo 71.2 de la Ley 5/2008³⁶.

Este protocolo es una herramienta que establece elementos para la identificación de una situación de riesgo³⁷ de MGF y define las acciones de intervención que van a realizar los profesionales para

³⁶ Artículo 71.2 "Les dones amb un grau de discapacitat igual o superior al 33% i que pateixen violència masclista tenen dret a una millora econòmica o temporal dels drets econòmics establerts en aquest títol, d'acord amb els requisits i les condicions que s'estableixin per reglament per a facilitar-ne el procés de recuperació". Ley 5/2008, del 24 de abril, *dret de les dones a eradicar la violència masclista* (DOGC Núm. 5123 del 2 de mayo de 2008).

³⁷ Motivos de atención y posible riesgo: pertenecer a una etnia que practique la MGF; pertenecer a una familia en la que la madre y/o hermanas la hayan

proteger a una niña. De hecho, en un informe recientemente publicado por EIGE (2013b) sobre buenas prácticas en el abordaje de la MGF, se sostiene que el protocolo catalán es una buena medida de protección, se considera que es una herramienta pertinente, cuyos objetivos son adecuados al problema social que aborda y se señala que se trata de una acción sostenible, ya que integra medidas de prevención, asistencia, protección y provisión de servicios en MGF. Destaca, a su vez, la cooperación entre agentes, que garantizaría una intervención integral. No obstante, señala como crítica principal la falta de evaluación de su eficacia e impacto, siendo una herramienta que lleva en funcionamiento hace más de 10 años.

Aragón

El *Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón* fue realizado por el Gobierno de Aragón en colaboración con Médicos del Mundo y presentado en 2011 en el marco del *II Plan Integral para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón* (2009-2012), que establecía esta actividad como una de sus metas. Este protocolo presenta información general sobre la práctica: definición de la MGF, tipos, consecuencias para la salud, área geográfica donde se lleva a cabo y marco jurídico en España, además de los procedimientos y agentes implicados e información sobre recursos.

Enfoca principalmente a los profesionales de los servicios públicos; de hecho, sostiene estar orientado a profesionales de distintos ámbitos de intervención, priorizando a los de los sistemas sanitario, educativo y servicios sociales. Es un protocolo básicamente orientado a la intervención preventiva, por lo tanto, persigue el objetivo de profundizar en los conocimientos de los profesionales de los ámbitos sanitario, social y educativo para que puedan llevar a cabo actuaciones de atención y seguimiento de casos. Este protocolo, además de promover las actuaciones de los servicios implicados, remarca la necesidad de llevar a cabo un trabajo interdisciplinar, coordinado y en red entre los profesionales en contacto con los colectivos inmigrantes y aplicar un enfoque dirigido a todo el núcleo familiar y recomienda el diseño de programas de formación continuada de los profesionales para llevar a cabo una intervención adecuada.

El protocolo distingue tres momentos que definen la intervención: 1) Factores de riesgo, que son los que motivan la intervención; 2) Riesgo inminente, que está dado por factores externos como un viaje al país de origen o presiones externas que ponen a la niña en peligro; y 3) MGF practicada, tanto

sufrido; pertenecer a un grupo familiar practicante que tiene muy presente el mito del retorno al país de origen; proximidad de un viaje que puedan hacer o unas vacaciones en la que la menor pueda pasar en el país de origen

en mujeres adultas como niñas. Estos tres momentos son los que determinan los distintos tipos de actuaciones desde los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales.

Existen varios aspectos positivos en este protocolo. En primer lugar, corresponde destacar el enfoque preventivo del protocolo y la definición de las actividades por momentos. Esto da cuenta de que se ha diseñado a partir de la experiencia de intervención preventiva. A su vez, es interesante cómo mantiene presente la necesidad de un abordaje transcultural al tiempo que un enfoque integral de la persona:

No obstante, no se puede olvidar en ningún momento que estas actuaciones deben ir acompañadas de otras medidas orientadas a la mejora de la situación social y económica de las mujeres, así como la formación de las comunidades y la actuación en sus países de origen.
(Gobierno de Aragón, 2011:13)

Navarra

El 25 de junio de 2013 se aprobó en Navarra el *Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina* redactado por el Instituto Navarro para la Familia y la Igualdad con la colaboración de los grupos técnicos del Acuerdo Interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra la mujer: Grupo Técnico de Prevención, Investigación y Formación; Grupo Técnico de Atención e Intervención y Grupo Técnico de Protección, los cuales pertenecen a distintos ámbitos de actuación, protección y atención en relación con las materias de educación, salud, justicia, vivienda, empleo, protección civil, medicina legal y forense.

Las líneas que sigue este protocolo se basan específicamente en la prevención, la intervención, el seguimiento y la evaluación de las acciones contempladas y en términos generales pretende establecer un marco de coordinación para la prevención y proporcionar a profesionales de los sistemas social, sanitario y educativo conocimientos básicos sobre la MGF. El protocolo se divide en diferentes partes. En primer lugar, encontramos el marco normativo desde un punto de vista internacional y nacional, el análisis de la MGF desde el punto de vista de los derechos humanos y la violencia de género y las consecuencias psicológicas, sexuales y sociales de la práctica, así como un mapa de la MGF en Navarra. Se sigue con la identificación y detección de las niñas en riesgo y la intervención preventiva con sus familias, señalando en una vertiente los indicadores de riesgo posibles y los inminentes para posibles víctimas y en la otra el problema en mujeres ya mutiladas (resaltando la importancia de seguir interviniendo). Por otro lado, en el diseño del circuito de actuaciones se subraya la imperante necesidad de una herramienta coordinada para que todos los ámbitos de intervención

puedan incluir las actuaciones de mediación cultural, formación y sensibilización a través de un trabajo en red con entidades sociales especializadas en prevención de la MGF para realizar un plan más eficaz y eficiente.

En la misma línea, las conexiones que pretende abordar el circuito contemplan los sistemas de servicios sociales, sanitario, educativo y asociaciones así como a las ONG vinculadas a la Comunidad de Navarra que trabajan en los países en los que se practica la MGF. Por último, el texto recalca la importancia del trabajo de concienciación con la participación de los propios colectivos de inmigrantes como también la necesaria formación a los profesionales.

OTRAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA LA PREVENCIÓN

Los protocolos, además de determinar roles y funciones, recomiendan otras herramientas, sobre todo en lo que se refiere a la intervención preventiva. En este sentido, se complementan con materiales de información, educación y comunicación, entre los que destacan manuales, guías y folletos para el trabajo con familias y el compromiso preventivo como herramienta por excelencia ante un viaje al país de origen.

Manuales y guías

En España, a partir del 2004 se han producido varios manuales y guías que abordan la MGF. Excluyendo las guías breves, las guías y manuales que se han publicado en relación con la atención y prevención de la MGF son los siguientes:

- En 2004 la Associació Catalana de Llevadores junto a la División de Antropología de la Universidad Autónoma de Barcelona publicó *Mutilación genital femenina: Guía de prevención y atención*, en el marco del proyecto europeo IDIL-Daphne: *Instruments to Develop the Integrity of Lasses*. Es la primera guía editada en España que, además de presentar aspectos generales de la MGF, indica cómo hacer el abordaje según el ámbito de actuación –especialmente pediatría y ginecología–, hace recomendaciones para la práctica asistencial en las distintas etapas en que puede ser abordada la situación –prevención o atención a las consecuencias para la salud–, e incluye algunos teléfonos de recursos disponibles. Queda también planteado el rol de las escuelas en la prevención.

- En 2006, el Institut Català de la Salut editó la *guía para profesionales Mutilación Genital Femenina. Prevención y control*, realizada por el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la Universitat Autònoma de Barcelona. Junto a este manual, se publica la *Guia breu de la Mutilació Genital Femenina*.
- En 2008, la Junta de Andalucía, en colaboración con la Asociación Andaluza de Matronas, el Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Granada y Médicos del Mundo Andalucía, publicó la guía *Mutilación Genital Femenina: más que un problema de salud*, abordando aspectos generales de la MGF desde el punto de vista de los derechos humanos y de la violencia de género. Se incluye en este material un ejemplo de lucha contra la MGF en África, Burkina Faso.
- En 2010, el GIPE/PTP de la Universitat Autònoma de Barcelona, publicó *Mutilación Genital Femenina. Manual para Profesionales*, que presenta la MGF desde un enfoque multidisciplinar: antropológico, sanitario, social, educativo y jurídico. Esta publicación es una versión más completa y actualizada de las guías anteriores publicadas en Cataluña: *Guía para Profesionales* (Associació Catalana de Llevadores, 2004) y *Mutilació Genital Femenina: Prevenció i Atenció* (Institut Català de Salut, 2006). Junto con este manual, se publicó una guía breve: *Mutilación Genital Femenina. Prevención y Atención. Guía para profesionales*.
- En 2011, se publicó *La Mutilación Genital Femenina. Guía Práctica*, editada por Paz y Desarrollo ONG en colaboración con el Centro de Estudios e Investigación sobre las Mujeres de Málaga (CEIM) y cofinanciado por el Ayuntamiento de Málaga.
- En 2011, la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF), con la colaboración de la Dirección General de Migraciones y el Fondo Europeo para la Integración, elaboró la guía *La MGF en España. Prevención e intervención*. Esta guía, además de incluir los mismos contenidos que las anteriores, revisa el abordaje desde el ámbito social y educativo, además del sanitario, en lo que participa Médicos del Mundo Aragón. En 2013 se ha editado una nueva guía.

Además de estos materiales, el GIPE/PTP de la UAB ha publicado otras guías breves, folletos y materiales de apoyo para el abordaje preventivo con las familias. Estos cubren diversos aspectos relacionados con la MGF, como las creencias que sustentan la práctica, sus consecuencias para la salud y las implicaciones legales. A su vez, Wassu Gambia Kafo y la Fundación Wassu-UAB han producido audiovisuales que permiten comprender los aspectos socio-culturales de la práctica con una

propuesta de ritual alternativo: la *Iniciación sin Mutilación* (2004), la *Declaración de Brufut* (2009), *Ciclo Vital y Supervivencia* (1991) y *Un futuro sin Mutilación* (2013), donde se recogen los testimonios de agentes formados en Gambia bajo la cascada de transferencia del conocimiento, desarrollando así una metodología pionera, exportable al resto de África.

En suma, en España se han editado seis manuales que tratan aspectos similares con algunas diferencias de matices y algún apartado específico que los diferencia, relacionado con algún rasgo vinculado al ámbito regional, como las leyes autonómicas o la presencia de población de riesgo en esa zona del país. Las seis guías pueden ser encontradas en internet, lo que repercute muy positivamente en el acceso de los profesionales a la información.

En 2004 y 2005 se llevaron a cabo dos reuniones con 13 organizaciones de la sociedad civil de países europeos para analizar la cantidad y calidad de material producido sobre MGF y el abordaje de la dimensión comunitaria en el marco del programa *Daphne* en el periodo 1998-2004. En estos encuentros se concluyó que los esfuerzos europeos en MGF se han enfocado en la producción de materiales y que se cuenta con suficiente material y de buena calidad. Se señala que es necesario centrar esfuerzos en el cambio de comportamiento de las comunidades practicantes, un deber que queda como pendiente en el abordaje de la MGF en la Unión Europea.

REFLEXIONES SOBRE EL USO DE LOS PROTOCOLOS: EL CASO CATALÁN

Mangas trabaja en su proyecto de tesis doctoral³⁸ construyendo una etnografía fina y sólida, que nos permite conocer y reflexionar sobre cómo se ha desplegado en Cataluña el Protocolo de Actuación en relación a la MGF, después de más de una década de su creación, siendo ésta la primera comunidad autónoma que comenzó a trabajar en la MGF a principios de la década de los 90.

En este análisis expone que la principal herramienta que utiliza la Generalitat de Cataluña para erradicar la MGF es el Protocolo de Actuación liderado por los Mossos d'Esquadra, a quienes corresponde su despliegue a nivel local y comarcal. Por una parte lo presentan a los profesionales sanitarios de atención primaria y por otra a los profesionales de educación, tanto de las escuelas de

³⁸ Mangas (2011-2015) "Una mirada caleidoscópica sobre la mutilación genital femenina en Cataluña". Departamento de Antropología Social y cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. [Tesis doctoral en curso]

infantil como de primaria. Además de la presentación del protocolo, se promueve la creación de una mesa de MGF a nivel territorial. Estas mesas, promovidas por la Generalitat, cuentan con el soporte de los Consells Comarcals o Ayuntamientos y con la participación de profesionales de servicios sociales, salud, educación, mossos d'esquadra del G.A.V (Grupo de Atención a la Víctima) y en algunos casos algún/a técnico/a de igualdad y un/a técnico/a de inmigración de la Generalitat, que suele dinamizar la mesa.

A continuación se detallan las funciones de las *Mesas de prevención de la MGF*.

Mesas de MGF promovidas por la Generalitat
Funciones: 1. <u>A nivel organizativo</u>: establecer un protocolo municipalizado. 2. <u>A nivel de trabajo comunitario</u>: promover la sensibilización, la información y formación tanto del colectivo de profesionales, como del colectivos procedente de los 28 países que practican la MGF. Además de poner en conocimiento de las mesa las acciones de sensibilización que se estén llevando a cabo en el territorio. 3. <u>A nivel de seguimiento de protocolo</u>:Seguimiento de casos que presenten algún tipo de dificultad especial de resolución y que puedan pedir modificaciones del protocolo, medidas para instancias superiores. 4. <u>A nivel de seguimiento de casos</u>:[...] se trabajan aquellos sucesos que se identifican como factor de riesgo. Se debe identificar que casos son y como se han resuelto [...]

FUENTE: MANGAS, A. [2011-2015] "Una mirada caleidoscópica de la MGF en Cataluña. Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB. [Tesis en curso]. A partir del trabajo de campo y de OLLER. I. (2012) "La prevenció de la MGF a través del treball comunitari". Universitat de Girona. Trabajo prácticum para la licenciatura de pedagogía. [No publicado, policopiado, 144 páginas].

Dos de las principales funciones encomendadas a las mesas son la activación y aplicación del Protocolo y la creación de una base de datos, donde se identifique a la población de nacionalidad del caso de MGF. En las bases de datos a las que se ha podido acceder figuran el nombre de la familia, el país de procedencia, la etnia, los nombres del padre y de la madre, las fechas de nacimiento de ambos, los NIE, la dirección, si la mujer está o no mutilada, el número y nombre de las hijas que tienen, las fechas de nacimiento, si están o no mutiladas, la fecha de la última revisión, la escuela a la que van, si la familia ha viajado y si hay previsto algún otro viaje. Esta base de datos la cumplimentan normalmente los servicios de pediatría u otro servicio que consiga la información necesaria y a ella pueden acceder los integrantes de la Mesa.

Con la información recogida, la Mesa tendrá que evaluar el riesgo de MGF de las niñas de la unidad familiar detectada. Según el documento que utilizan las Mesas para la recogida de datos

anuales, se define riesgo como:

“Se considera una niña en riesgo, a las niñas de familias procedentes de países practicantes (con DNI o permiso de residencia), de etnia practicante, que no estén mutiladas y que lo podrían estar en un futuro. De este grupo se tienen que excluir los casos de niñas que aunque sean hijas de familias de un país practicante o etnia practicante han abandonado la práctica. En estos casos la familia habrá explicado de manera clara el abandono de la práctica (la firma del documento de compromiso preventivo por sí sólo sería suficiente, ya que éste debería de estar acompañado por una validación del profesional que está presente y que realiza el abordaje)”³⁹.

Otras de las funciones que se les pide a las Mesas es promover la sensibilización, información y formación, tanto del colectivo de profesionales como de los colectivos de nacionalidad MGF. Sin embargo, la percepción es que apenas se promueven actividades de sensibilización, información y formación, ni en el colectivo de profesionales, que manifiestan desconocer cómo realizar un abordaje preventivo ante la MGF, ni en el de la población señalada⁴⁰.

“En general, las mesas del Baix Empordà han estado desarrollando dos de las cuatro líneas establecidas: la de organización, que consta del establecimiento de un Protocolo municipal realmente efectivo y la creación de una mesa de prevención teniendo en cuenta todos los agentes implicados; y, el seguimiento de los casos, considerados como prevención secundaria, donde se identifica a la población en riesgo o los casos de sospecha de consumación, ya que si se produce el hecho, se tiene que activar el Protocolo y tramitar la denuncia a los juzgados.

Han dejado de lado, el trabajo comunitario considerado como prevención primaria que pone en conocimiento de la mesa las tareas de sensibilización que se están haciendo en el territorio, promover e identificar actuaciones enfocadas al cambio de las conductas de aquella población susceptible de riesgo, centrarse en la acción comunitaria, [...]”.

“Frente a la pregunta qué funciones tienen las mesas de prevención de la MGF, las respuestas han sido, en general, identificar la población en riesgo, tenerla catalogada en un registro único para poder así controlar y hacer una prevención y un seguimiento para que no se produzca ninguna mutilación, dar información sobre les consecuencias que comporta a la población

³⁹ V.V.A.A. (2011) *Informe sobre la MGF a les comarcas Gerundenses 2011*. [No publicado, policopiado, 46 páginas]

⁴⁰ Para poder contrastar dicha afirmación, se analizará qué medidas preventivas se han realizado para trabajar con las familias.

susceptible de ser practicante y establecer una coordinación entre los agentes implicados para buscar soluciones y evitar la MGF”

Aunque las asociaciones africanas no participan en las mesas de prevención de la MGF, ONGs locales como Equis, AMAM, ECREA y otras ONGs de países africanos como GAMCOTRAP, de Gambia, y TOSTAN, de Senegal, han colaborado en momentos puntuales con la Generalitat de Catalunya de la mano de los Mossos d'Esquadra y algunos profesionales de salud. Hay que destacar que esta colaboración no les ha salido gratuita, al menos en Catalunya, en el sentido de que algunas mujeres de estas asociaciones, han dejado de ser referentes en sus comunidades, porque las han asociado con los Mossos d'Esquadra. Así lo manifiesta la presidenta de AMAM para el Periódico de Catalunya⁴¹: *“me he creado enemigos entre mi gente porque colaboro con Mossos y pediatras”*.

⁴¹ MERINO, O. (2012) En África , aún es tabú hablar de la ablación. *El Periódico. Edición Catalunya*, 27 de febrero de 2012.

8. SENTENCIAS Y ANÁLISIS DE CASOS DE MGF

En este apartado se exponen una selección de sentencias y análisis de casos de MGF. Se ha priorizado abarcar el mayor número de escenarios posibles y se ha omitido la información relativa a dónde tuvieron lugar los hechos así como cualquier otro dato que pudiera llevar a la identificación de las víctimas.

Primeros casos de MGF visibilizados en España.

El primer caso de MGF en España se detectó a principios de 1993 cuando un grupo de familias costearon el viaje de una circuncidadora de su país de origen que, una vez realizada la intervención, abandonó España. Este es un sistema que habían estado practicando familias africanas en Francia desde hacía décadas.

El primer caso se desarrolló como sigue: la madre llega a la consulta pediátrica y pregunta sobre un posible tratamiento para la anemia de una de sus hijas, de 9 años, que no acude a la consulta. Al día siguiente se realiza la visita médica y la pediatra diagnostica una anemia grave (no se piensa en explorar los genitales de la niña). Se deriva el caso al hospital para tratamiento, donde se diagnostica una anemia importante con una hemoglobina de 5. Se realiza una exploración completa y se detecta la MGF practicada a la niña, que parece ser reciente, y se deriva el caso a los juzgados. En la misma comunidad autónoma se detecta otro caso de una niña de 10 años de una familia de la misma nacionalidad que sigue un circuito similar, llegando al hospital con anemia grave y siendo la MGF detectada por los profesionales de la salud.

El Ministerio Fiscal establece en su informe los hechos del caso: la familia, para realizar la intervención así como otras operaciones rituales, recurrió a una mujer de su país que, según las declaraciones de los testigos, ostenta una cierta ascendencia o autoridad en el ámbito tribal, lo que reforzaría la tesis del carácter religioso y sociocultural de su actuación. Ésta se trasladó a España, donde se realizó la MGF. El informe realiza en sus consideraciones un análisis acerca del origen tribal de los padres, su grado de instrucción, su posición social, sus medios económicos, el nivel sociocultural y de integración en la sociedad española y analiza el juicio de culpabilidad de los infractores, llegando a manifestar al referirse al *error de prohibición* que: “ No parece tampoco que pueda tildarse de burdo el error sufrido si tenemos en cuenta que los pilares en que descansa son, para los autores, sólidos,

serios, y profundamente arraigados (...), el acto enjuiciado se nos revela como una conducta de contenido religioso complejo, practicado, además, conforme a unas reglas (por rudimentarias que sean) y llevado a cabo no por los padres o familiares de la menor, sino por persona que, a los ojos de dichos familiares, aparece investida de la autoridad o calificación necesaria para realizarlo”.

Estamos ante uno de los dos únicos casos de los que se tiene certeza de que las MGF fueron practicadas en España. Las sentencias de ambos casos resultaron ser absolutorias para los padres de las niñas alegándose “la no intencionalidad de lesionar y el error de prohibición”. Una mediación antropológica permitió la comprensión general del ritual mediante la contextualización dentro del ciclo vital en las culturas africanas, a la vez que constató la ignorancia de los padres de la legislación española y de las consecuencias derivadas de la práctica. Paralelamente, también se consiguió un compromiso con la comunidad inmigrada de las localidades donde se detectaron los casos para que no se realizaran estas prácticas en España. Desde entonces no existe conocimiento de que se hayan producido nuevas intervenciones en territorio español, aunque sí son conocidos los viajes que realizan algunas familias a sus países de origen para proceder a la iniciación de sus hijas (Kaplan & Bedoya, 2009).

A partir de estos casos, nace la necesidad patente de formar a los profesionales de la salud, que se encontraban con una realidad completamente desconocida en sus consultas, sin herramientas ni conocimientos para abordar adecuadamente este tipo de situaciones. A principios de los años 90 se comienza a sensibilizar y formar a profesionales de la salud y de los servicios sociales y de mediación en España.

2002

Este fue un caso de riesgo de MGF en el que intervinieron los profesionales para prevenir la MGF. El circuito fue el siguiente⁴²: Se trataba de una niña de 7 años que contó en la escuela que iba a viajar a África sola y que no quería ir, por lo que desde la escuela se pusieron los hechos en conocimiento de los servicios sociales de atención primaria, que citó a la familia. Después de plantear diversas dificultades, acudió el padre, que no dio una explicación convincente del viaje de la niña, por lo que se trasladó un informe a Fiscalía. Desde Fiscalía pidieron la redacción de un informe sobre el caso. Se intervino urgentemente y se le retiró el pasaporte a la niña, que quedó bajo la tutela de la Administración, aunque continuó viviendo con sus padres.

⁴² Información recabada a través de entrevistas con los y las profesionales que llevaron el caso (Mangas, 2010).

Tras este caso se inició la formación en MGF a profesionales de la salud, se realizó un compromiso preventivo específico para la localidad donde se había detectado el caso. La profesional que intervino en este caso lo ha hecho en unos 36 casos, de los cuales dos familias han acabado ante los juzgados, dictándose medidas cautelares como la retirada de pasaporte para cinco niñas y encomendándose en un único caso, el expuesto, la tutela a la Administración. En los demás se ha realizado el abordaje preventivo, con salida de las menores con el compromiso firmado por los padres, y regresando éstas intactas.

2011

Este es el caso de una niña que llegó a España con la MGF practicada, cuyo padre vivía en España desde 1999. La niña había nacido en mayo de 2009 y madre e hija llegaron a España en octubre del mismo año. En ese mismo mes la madre llevó a la niña a una visita de vacunación y en noviembre se le hizo la primera revisión pediátrica (la de los 6 meses), en la que no se detectó ninguna anomalía en el desarrollo de los genitales de la niña, tal como se hizo constar en el informe correspondiente. En mayo de 2010 tuvo lugar la segunda revisión, a los 12 meses de edad, detectándose en esta ocasión que se le había practicado la MGF, por lo que se asumió que se habría practicado la mutilación entre el 20 de noviembre de 2009 y el 25 de mayo de 2010, fechas en que se realizaron las revisiones médicas en el centro de salud.

Esta fue la primera sentencia condenatoria por MGF en España. Los acusados, padres de la niña, fueron considerados autores de un delito de lesiones, mutilación genital, del artículo 149.2 del Código Penal. El Ministerio Fiscal solicitó imponerles pena de prisión de seis años mientras que la defensa sostuvo que la niña nació fuera de España en mayo de 2009 y que la MGF se practicó en su país de origen a iniciativa de los abuelos, que la llevaron a un “curandero”, antes de que la niña viajara a España por primera vez en setiembre de 2009. Sin embargo, el testimonio de los padres entraba en conflicto con lo expresado por la profesional de la salud que llevó a cabo la revisión de los seis meses el 20 de noviembre y que constató la normalidad de los genitales de la niña. De hecho, el padre declaró ante el juez instructor que sabía que no se podía practicar la MGF en España, donde residía desde 2001, y que “nadie iba a poner su cabeza aquí en España para hacer eso”. El fallo declara culpable al padre, con una condena de seis años de prisión, y a la madre con una condena de dos, debido al *error de prohibición vencible*; es decir, el juez consideró que, al llevar la madre poco tiempo en España, podría haber presupuesto que la práctica era legal.

En octubre de 2012 se presentó el recurso de casación 3/2012 cuyo fallo determinó que no había lugar al recurso de casación de los padres contra la sentencia.

2011

Otro caso de una niña nacida en África que llegó a España con la MGF practicada. Se trataba de una familia cuya hija, nacida en su país, había llegado a España con su madre por reagrupación familiar con la MGF practicada. El 16/08/2010 la madre acudió acompañada por su esposo y su hija menor a un centro de atención primaria de su municipio con motivo de la exploración realizada, según la sentencia, “*en el marco del protocolo de actuación de niños inmigrantes*”, donde le fue apreciada la extirpación del clítoris y una sinequia, adherencia de los labios menores y consecuencia física derivada de la mutilación que precisaba tratamiento quirúrgico. El enfermero que atendió a la familia y realizó la exploración con la pediatra informó del caso a la policía y puso los hechos en conocimiento del Juzgado.

La sentencia de la Audiencia Nacional es la primera condenatoria por MGF que aplica la antigua Ley Orgánica extraterritorial 3/2005 y condena a la madre a una pena de prisión de 2 años y a una compensación económica de 10.000 euros a favor de su hija. En el fallo fue decisivo el testimonio del enfermero, que “[...] *Recordó haber hablado con el padre, toda vez que la madre no podía expresarse ni en catalán ni en castellano, haciendo el marido de intérprete. Añadió, que cuando les informó de la lesión de la niña, se apercibió de que no hubiera ninguna reacción de especial sorpresa en los padres; apreciación que resultó corroborada cuando el padre manifestó que la ablación sufrida era un hecho cultural en África; por lo tanto, hablaron de ella con normalidad*”. El peso de este testimonio se refleja en la sentencia: “La acusada, en su condición de madre de la menor y, por tanto, en el ejercicio de la patria potestad que le correspondía, habría consentido, en aras de la tradición y costumbres del lugar, que su hija sufriera la lesión en el entorno familiar o se viera expuesta a sufrirla, derivada de la anacronía de costumbres ancestrales. Pues esa falta de reacción o de sorpresa cuando, la acusada es informada por el enfermero, no puede obedecer sino es como consecuencia de saber la existencia de la lesión y, en su caso, de su anuencia para que ésta se produjera”.

Posteriormente, el Tribunal Supremo estimó el recurso interpuesto y absolvió a la madre. Según su resolución, la acusada, por medio del intérprete, “*no pudo precisar cuando vino a España al no tener estudios, pero sí indicó que antes de llegar a España, vivía con sus tres hijos varones y su hija pequeña, en una zona rural de su país de origen, hasta que su marido, que ya se encontraba en*

España, consiguió los permisos necesarios para que todos ellos vinieran. Mientras vivió en su país, trabajaba en el campo, por lo que, cuando su hija era pequeña, respecto de la que tampoco supo decir en qué año nació, dejó de tomar pecho, aproximadamente al año de edad, la llevó a la aldea donde vivía su madre, esto es, la abuela materna de la menor, lo que le permitió continuar trabajando en el campo, ignorando si ella o alguien con su previo consentimiento, pudo haberle practicado la extirpación genital. Por último, reiteró haber tenido conocimiento de la lesión sufrida por su hija en el propio centro asistencial, produciéndole la noticia una profunda tristeza ya que ella nunca lo hubiera permitido.... Ha resultado probado que así como la acusada vivió en una zona rural de su país hasta 2010, su esposo llevaba residiendo en España al menos desde hacía 10 años, por lo tanto, es inevitable pensar que, así como la acusada no tenía acceso a información alguna sobre el particular, su marido, promotor de la idea de la reagrupación familiar y, por ello, conocedor suficiente de las normas mínimas de convivencia, debería haberla asesorado en este extremo, evitando así los problemas surgidos desde la llegada a España de la acusada y la hija de ambos”.

Finalmente, el tribunal considera que no ha quedado probada la participación de la madre en los hechos y no se le puede responsabilizar de la MGF. Esta absolución anula la primera condena de un tribunal por un delito de ablación cometido en el extranjero antes de que la familia de la víctima emigrara a España al considerar la Sala de lo Penal del Supremo que la única prueba incriminatoria contra la madre - el testimonio del enfermero del centro de salud, que manifestó que ni ella ni el padre mostraron sorpresa al conocer las lesiones de la niña - y la interpretación que de él hace la Audiencia es “absolutamente insegura y abierta” y que “en modo alguno justifica la participación consciente o negligente de la acusada”. La madre, que no entendía el castellano ni el catalán cuando le comunicaron la mutilación que había sufrido su hija, negó ser la autora de la lesión. La sentencia del Supremo considera irrelevante a efectos penales si los padres sabían o no que la niña había sido mutilada.

2011

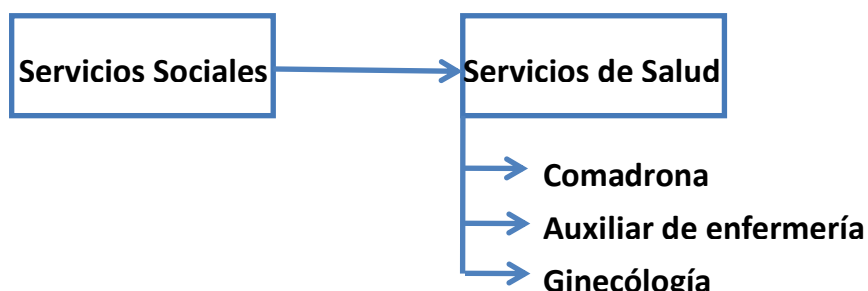
Este es el caso de dos niñas, una nacida en un país africano y la otra en España, que pasan una temporada larga en el país de origen de la familia y vuelven con la MGF practicada a España. Se trata de la sentencia condenatoria más dura impuesta hasta el momento por MGF en España, con una pena de prisión de 12 años para cada uno de los padres. El padre llegó a España en 1991 y siete años más tarde, en 1998, reagrupó a su mujer nacida en 1978 y a su hija de un año de edad, nacida en su país de origen en 1999. Posteriormente dicha pareja tuvo una segunda hija, nacida en 2004 en España. Los padres declararon en el tribunal que viajaron a su país en 2007 acompañados de sus hijas, las cuales se quedaron una temporada allí residiendo de 2007 a 2009 con su familia, mientras

ellos residían en España. Entre estas fechas una de las hijas tenía entre 8 y 10 años y la otra entre 3 y 5 años, edades en las que se suele realizar el *rito de paso* en aquel país (Kaplan, 1998).

El 22 de abril de 2008 técnicas sanitarias del ayuntamiento se entrevistaron con la madre, informándole del requerimiento preventivo de la fiscalía, manifestando ésta que ella no hacía tales prácticas de MGF y que había hablado de ello con su marido. Se le explicó ya entonces a la procesada que dichas prácticas estaban penalizadas incluso con pena de prisión, aun cuando las mismas tuviesen lugar fuera de España y se la instruyó del sentido y alcance del *Protocolo de actuación para prevenir la MGF*, especialmente en el segmento de niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años y se le dijo que debía informar de inmediato a las autoridades siempre que se dispusiera a salir de España y que antes de emprender el viaje a su país de origen, las niñas tenían que ser exploradas por el ginecólogo/pediatra y, una vez de vuelta del viaje, también.

El 5 de julio de 2010, se realizó una revisión ginecológica a las dos menores. En esta fecha, la mayor tenía 11 años y 4 meses y la pequeña estaba a punto de cumplir los 6 años. En la revisión intervinieron una comadrona, una ginecóloga y una auxiliar de enfermería, sin que se detectase anomalía alguna en los genitales externos de las niñas. En el informe se pusieron de relieve la integridad de los aparatos genitales de las niñas y la falta de colaboración de la madre, que puso cierta resistencia a la exploración.

Circuito de los servicios que participaron el 05 de julio de 2010 en el caso Vilanova i la Geltrú (2013).



* Revisión realizada a instancias de los servicios sociales, fuera del circuito normalizado. Según las declaraciones de las profesionales en el juicio, *realizada a modo de prevención ante el riesgo de que pudieran acudir, viajar a su país de origen y que les pudieran practicar una MGF.*

Fuente: MANGAS, A. (2013) "Una mirada caleidoscópica sobre la MGF en Cataluña" Documento de Seguimiento/Avance de Tesis Doctoral [No publicado]

La auxiliar de enfermería apuntó en el juicio que la niña a la que vio hablaba poco, se mostraba ostensiblemente reticente a ser explorada, reacia a ello, y que costó efectuar la exploración.

La ginecóloga manifestó en el plenario que realizó la exploración genital de las menores derivadas por los servicios sociales ante el riesgo de que pudieran viajar a su país de origen y se les pudiera practicar una MGF. Explicó que costó colocar en la camilla a las niñas y que, tras vencer su inicial oposición y resistencia, se comprobó que sus órganos genitales externos eran normales, estaban íntegros. Destacó la resistencia a dicha exploración por parte de la madre y señaló que ésta “parecía no entender por qué estábamos allí”. La revisión había sido solicitada por los servicios sociales a modo de prevención ante el riesgo de que pudieran viajar a su país y sufrir allí una MGF.

El 20 de enero de 2011, 6 meses después de esta revisión, “se detectó la anomalía, la alteración de los dichos órganos genitales externos, que aparecían mutilados”. En la sentencia se descarta que las ablaciones hubiesen pasado desapercibidas, inadvertidas por las profesionales sanitarias durante la primera revisión el 5 de julio de 2010, pues “cualquier profano las detectaría, dada su visualización”.

El 27 de enero de 2011, según el informe de la sentencia, las doctoras, actuando como peritos médicos, se ratificaron en el informe rendido relativo a la exploración ginecológica efectuada a las menores ante la sospecha de los servicios sociales de que pudiera haberseles practicado la ablación del clítoris, en el que se constataba que las niñas no tenían clítoris y que no presentaban cicatriz por lo que las mutilaciones no eran de fechas recientes.

[...] Ambas peritos dictaminaron que no era posible poder dictaminar acerca de la fecha exacta en la que se practicaron las ablaciones, concluyendo que una mutilación genital no puede pasar desapercibida a una profesional.

La doctora declaró en el plenario que no había cicatriz y que la fecha aproximada de las extirpaciones no se podía saber con exactitud, pero que sí debía situarse en el intervalo temporal que abarca desde el día 5 de julio de 2010 al día 20 de enero de 2011. La sentencia sostiene que se realizaron en territorio español entre las fechas del 05 de julio de 2010 y el 20 de enero de 2011.

El 14 de diciembre de 2012, el órgano competente de la comunidad autónoma declaró con carácter cautelar la situación de desamparo de las menores, con la asunción inmediata de las funciones tutelares de las mismas que implica la supresión del ejercicio de la potestad y los derechos inherentes de los padres.

El 5 de mayo de 2013 tuvo lugar el juicio por los dos delitos de MGF, siendo condenados ambos padres a seis años de prisión cada uno.

2014

Este es un caso de MGF detectado en una niña adoptada de un país africano y residente en España. La MGF tipo III o infibulación, la forma más severa de MGF, es detectada en la niña de 11 años por una ginecóloga, que expone que la niña parece mayor de lo que es y que se tendría que realizar una desinfibulación. No se trata de un procedimiento complicado, pero es la primera vez que se va a realizar en un hospital español. Se valora realizar la desinfibulación antes que la niña comience a tener relaciones sexuales y no demorar la intervención más de un año.

Posteriormente es tratada por un psicólogo infantil del hospital y se realiza asesoría y seguimiento antropológico.

9. EL ABORDAJE PREVENTIVO Y AGENTES CLAVE EN LA PREVENCIÓN DE LA MGF

EL ABORDAJE PREVENTIVO DE LA MGF

Se considera abordaje preventivo de la MGF cualquier actividad, medida o acción de educación en el ámbito de la promoción de la salud llevada a cabo desde los servicios de salud, servicios sociales y/o servicios de educación para evitar la práctica de la MGF, tanto en España como en el país de origen. La actuación es sobre las personas a nivel individual y a nivel de la comunidad de la población migrante afectada o en riesgo. Las acciones de prevención y los programas que se llevan a cabo tienen que estar centrados en las mujeres, la familia y la comunidad, entendidos como sujetos activos participantes con capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones que afecten a su salud mediante el empoderamiento. El rol del y la profesional será el de proporcionar conocimientos que permitan el análisis crítico de la MGF, crear actitudes y desarrollar aptitudes personales y sociales que permitan tomar decisiones que muevan a las personas a cambiar su perspectiva frente a la práctica y la encaminen hacia su erradicación.

El o la profesional que realice el abordaje preventivo tendrá que considerar la multitud de esferas que afectan a la salud de las personas y que la determinan: el entorno, factores económicos, ambientales, demográficos, religión y tradiciones, organización social, la comunidad y la familia a la que pertenece la persona. Este entramado de relaciones está definido por las relaciones jurídicas, económicas, políticas y de género en un momento histórico concreto. No resultan aceptables, ni ética ni legalmente, las prácticas que atentan contra los derechos humanos, la salud, la integridad física y psicológica, o la libertad sexual de mujeres y niñas, sean de la cultura que sean. El rechazo de estas prácticas no tiene que confundirse con el racismo ni tampoco debe olvidarse que su abordaje tiene que basarse en un conocimiento profundo de la realidad de las personas a las que afecta, su contexto social, cultural y político y que es en este marco amplio en el cual tendrían que situarse las intervenciones para que sean justas, bien orientadas y aceptadas por la población.

Es el terreno de la comunicación y el diálogo, de visiones del mundo y experiencias humanas que se ponen en relación, de la narración de trayectorias e historias singulares que hacen referencia a la construcción de la identidad cultural y de la identidad como mujer. Es fundamental que quienes

hacen una propuesta de cambio en su perspectiva de la MGF a la mujer africana sepan que acceden a una de sus vivencias más íntimas y dolorosas. No es fácil abrirse y compartir con otras personas esta experiencia y este nuevo lugar desde el cual pensarse y verse en el mundo en el que hoy se encuentran no es el de su origen, de la mujer ancestral o tradicional, pero tampoco puede ser el de la mujer occidental moderna. Este lugar y el camino para llegar deben trazarlo las mujeres mismas, entre ellas y en diálogo con otras, con tiempo y con libertad para ser, en su nuevo entorno, ni asimiladas ni segregadas, sino ellas mismas. El acompañamiento en este proceso en espacios sociosanitarios y educativos sólo es posible si se tiene en cuenta esta necesidad de diálogo, de reflexión y de aprendizaje conjunto.

El margen existente para este acompañamiento a las mujeres y las niñas exige tener en cuenta los límites institucionales y la realidad de que la MGF está penalizada en España por ley, por ser considerada una violación de los derechos humanos. Cuando los profesionales de la salud y la educación descubren que una familia está a punto de viajar a su país de origen y creen que hay riesgo de que las niñas sean circuncidadas, puede ser demasiado tarde para hacer un trabajo preventivo serio que permita crear confianza a las personas y concienciarlas de las consecuencias de estas prácticas tradicionales perjudiciales para la integridad física y psíquica de las niñas. El dilema de denunciar o no el caso in extremis o como último recurso debe conducir necesariamente a buscar en la relación a lo largo del tiempo, posibilidades y alternativas más viables para los profesionales, a la vez que dignas y respetuosas para las familias.

El rol del o de la profesional en su preocupación por la salud tiene que ir más allá de la demanda de atención concreta, hacia la implicación para mejorar la salud de la mujer o la niña a quien atienden. Los profesionales tienen que formarse en la problemática de la MGF para poder ofrecer la información y ayuda necesarias y poder identificar a las mujeres y las niñas que han padecido la práctica. Los abordajes preventivos irán encaminados a proporcionar la comprensión de los riesgos de MGF para la salud, a la vez que promover propuestas alternativas que faciliten la adaptación cultural y herramientas que faciliten el diálogo con su tradición y comunidad (compromiso preventivo).

TRABAJO EN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS MGF

En cuanto al trabajo concreto en prevención y atención a las MGF, la OMS define unas funciones mínimas a desarrollar cuando hablamos sobre violencia de género desde los sistemas sanitarios, sociales y educativos:

Funciones de los servicios en temas de violencia de género

Definir en qué situaciones abordar el tema
Estar alerta sobre factores de riesgo de MGF en la infancia así como sobre posibles signos y síntomas de una mutilación practicada
Recoger información sobre el tema
Registrar en la historia clínica o social estos signos de alerta
Mantener la confidencialidad y privacidad de la información obtenida
Evitar actitudes de juicio o culpabilización, ya que crean actitudes de aislamiento, desconfianza y rechazo
Establecer una coordinación con otros profesionales implicados
Investigar el problema de la MGF mediante un registro de casos

Fuente: KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.

En las dos tablas siguientes se propone cuándo y con quién abordar el tema de la MGF, así como factores de riesgo de la MGF en la infancia, aspectos cruciales que se deberán tener en cuenta para empezar a realizar un abordaje preventivo.

Cuándo y con quién abordar la MGF

Durante un control de embarazo
Durante una revisión ginecológica, por embarazo y problemas de salud
Revisión de las niñas, dentro de los protocolos de salud en la infancia
En las actividades preventivas que se llevan a cabo en los servicios de salud
Ante una situación de riesgo para las niñas, por ejemplo, un viaje al país de origen
En el seguimiento de una familia desde los servicios sociales
Desde la escuela porque se detecta una situación de riesgo, por viaje o sospecha de MGF

Fuente: KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.

Factores de riesgo de MGF en la infancia

Pertenecer a una etnia que practica la MGF. La mayoría de las niñas o de las mujeres que han sufrido MGF proceden, ellas o sus familiares, de algún país donde se practica.
Pertenecer a una familia donde la madre y/o las hermanas mayores han sido mutiladas
Pertenecer a una familia donde el mito del retorno al país de origen está muy presente, por lo que resulta importante la integración en su comunidad originaria
Proximidad de un viaje de la familia al país de origen con motivo de vacaciones o de presentación de la niña a la familia de África
Verbalización por parte de la familia de una postura favorable a esta práctica

Fuente: KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M.J. (coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB

Elementos a tener en cuenta:

- Los motivos que argumentan los padres para practicar la MGF suelen ser relativos a la integración en su cultura y a favorecer el futuro de sus hijas.
- La decisión de la práctica de la MGF se toma fuera del núcleo familiar, incluso fuera del país de acogida.
- La MGF es una práctica ancestral y muy arraigada en algunas etnias. La intervención debe orientarse hacia dotar a los padres de argumentos y capacidad de decisión para poder proteger a su hija en el país de origen.

Para abordar en una entrevista cuestiones relacionadas con la salud, la problemática social, la educación, etc., en ocasiones es necesario recoger una serie de datos personales, de procedencia, de vivencias, de costumbres, de proyecto de vida, de salud, de creencias, que son importantes a la hora de obtener una visión global de la persona, su entorno social y su bagaje cultural. Porque no emigran los continentes ni los colores, sino las personas y las culturas. Para este tipo de intervención con la familia, dadas las particularidades de las familias subsaharianas y la naturaleza del fenómeno, la anamnesis o recogida inicial de información en la entrevista debe contemplar aspectos importantes como la composición familiar, el recorrido migratorio, el arraigo en el país de acogida y su posicionamiento ante la MGF. A continuación se proponen algunas preguntas clave:

PROPUESTA DE DATOS A RECOGER

Datos familiares

Nombre de la menor, del padre y de la madre

Fecha y lugar de nacimiento

Genograma (composición familiar, número, sexo)

¿El padre tiene otras esposas y/o hijos en otra unidad familiar?

¿Existen otras menores en el domicilio?

Datos relativos al hecho migratorio

¿Se requiere la presencia de un mediador o traductor?

País de origen de la menor, del padre y de la madre

Etnia de procedencia (del padre y de la madre)

Idioma/s o dialecto

Fecha de llegada de la menor, la madre y el padre

Recorrido migratorio de la menor, la madre y el padre

Escolarización

¿Saben leer y escribir los padres?

¿Está escolarizada la menor?

Nombre de la escuela

Actividad laboral

Actividad laboral del padre y de la madre

En relación con la MGF

Antecedentes de MGF en la madre

Antecedentes de MGF en las hermanas de la menor

Posicionamiento del padre ante la MGF

Posicionamiento de la madre ante la MGF

¿Se identifica presión familiar o de la comunidad del país de origen?

¿La niña ha realizado anteriormente un viaje al país de origen?

¿Existe un viaje programado al país de origen? Fecha

Fuente: KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.

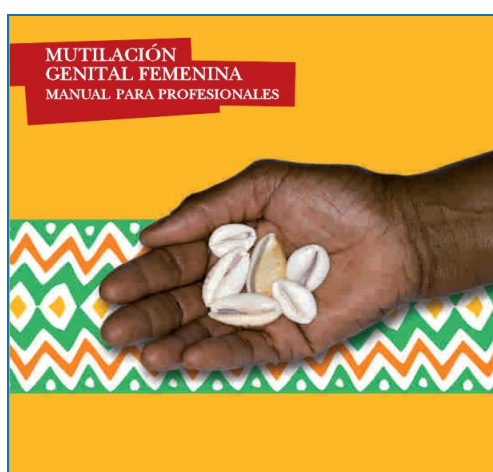
En todo caso, por las características de arraigo de la práctica de la MGF en esta población, resulta importante establecer una codificación tanto de los grupos de riesgo como de los casos de MGF ya practicada. Esto supone, especialmente en lo que a los servicios de salud se refiere, tener constancia de las diferentes actuaciones indagatorias y preventivas que se hayan realizado. También permite saber si se trata de una familia de riesgo y especialmente evitar actuaciones reiteradas sobre el mismo tema, que pueden generar efectos contrarios a los pretendidos.

HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE PREVENTIVO DE LA MGF

Las herramientas que se exponen a continuación han sido desarrolladas y diseñadas por el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales

(GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Son herramientas de ayuda y apoyo a la tarea preventiva y de atención a la MGF.

En primer lugar, el **Manual para Profesionales** está dotado de un marco general de la MGF así como del marco jurídico de la práctica en España y en él se tratan el rol de los profesionales en la atención y prevención de la MGF y las intervenciones desde los servicios de salud, servicios sociales y educación. Es una herramienta de apoyo para la formación de profesionales en MGF y su posterior uso por parte de éstos y éstas en la atención y prevención de la MGF.



Fuente: KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.

En segundo lugar, la **Guía para Profesionales** ofrece información clara y concisa sobre la MGF, incluyendo su tipología, los países en los que se practica y sus consecuencias y legislación sobre la práctica.



Fuente: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales-GIPE/PTP (2010) Mutilación Genital Femenina (MGF). Guía breve para profesionales. Barcelona, GIPE/PTP.

En tercer lugar, el **Póster desplegable** ha sido elaborado para facilitar y guiar a los profesionales en el trabajo con las familias y comunidades, permitiendo abordar aspectos relacionados con la MGF, creencias que sustentan la práctica, sus consecuencias para la salud y sus implicaciones legales. El desplegable está escrito en castellano e inglés, facilitando la comunicación entre profesionales españoles y migrantes anglófonos.



Fuente: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales-GIPE/PTP (2010) *Mutilación Genital Femenina (MGF). Póster desplegable. Barcelona, GIPE/PTP.*

Por último y no de menor importancia, está el **compromiso preventivo**.

El compromiso preventivo o carta para los familiares (Kaplan et al, 2010), es un documento que constituye una herramienta tanto para profesionales como para la familia que viaja al país de origen. Elaborado también por el GIPE/PTP de la UAB, se ha difundido a través de diversos servicios de salud como el Institut Català de la Salut o Badalona Serveis Assistencials⁴³ y su uso se ha extendido incluso

⁴³ Véase Compromiso Preventivo elaborado por el GIPE/PTP para el Institut Català de la Salut y Badalona Serveis Assistencials, disponible en http://www.mgf.uab.es/?url=material_familias_0x58&m=ml_05.

a otras comunidades autónomas. Esta herramienta se utiliza para la intervención preventiva frente a un viaje al país de origen, un factor de riesgo que puede derivar en la MGF de la o las niñas de la familia.

El compromiso preventivo tiene dos funciones. Por un lado, es un certificado médico del buen estado de salud de las niñas, previo al viaje, que indica que tiene las vacunas apropiadas y que no han padecido la MGF. Por otro lado, mediante el compromiso, los padres declaran que han sido informados sobre los riesgos de la MGF para el bienestar de la niña y sobre todo del marco legal en España, comprometiéndose a evitar la práctica. En algunos casos, se agrega al documento contactos de asociaciones en los países de origen, a la que los padres pueden recurrir si no se sienten seguros de brindar una adecuada protección a la niña.

Este documento no tiene validez jurídica. Es una herramienta que actúa por “eficacia simbólica”, en la que lo importante son los membretes, sellos y firmas, tanto del profesional que interviene como de los padres. Independientemente del idioma –ya que se persigue también tener un efecto en los mayores, que muchas veces no están alfabetizados-, lo importante es que tenga todos los elementos de un documento oficial. Simplemente funciona por el significado que le otorgan las partes implicadas. Es una herramienta que permite prevenir y/o resolver los conflictos de las familias migrantes con sus familiares extensos de origen, en este caso, las abuelas, ya que evita que no realizar la MGF se interprete como desobediencia a un sistema gerontocrático. Se constituye en prueba de que, si se practica la MGF, esto tendrá consecuencias para los padres en el país de destino migratorio, desestimulando que las abuelas procedan a practicarla en sus nietas.

A pesar de que no existe información o evaluación sistematizada sobre su impacto, no se han evidenciado casos de MGF tras la utilización de esta herramienta con una familia concreta.

Compromís informat per a la prevenció de la mutilació genital femenina

Dades de la nena

Cognoms / nom	NIF / passaport	Edat
Data de naixement	Lloc de naixement	Nacionalitat
Adreça		
Codi postal	Població	Telèfon

Dades de la persona responsable de la nena

Cognoms / nom	NIF / passaport	Vinculació amb la nena
Data de naixement	Lloc de naixement	Nacionalitat
Adreça		
Codi postal	Població	Telèfon

Dades del professional de medicina o infermeria que atén la nena

Cognoms / nom	Número de col·legiat/a
Centre	

Marc legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol

- La mutilació genital femenina es considera un atemptat contra els Drets Humans i està associada a riscos sociosanitaris i psicològics.
- A l'Estat espanyol, aquesta intervenció es considera un delicte de lesions en l'article 149.2 del Codi penal, encara que l'operació s'hagi dut a terme fora del país (per exemple a Gàmbia, Senegal, Mali, etc.), segons la modificació de la Llei orgànica del poder judicial 3/2005.
- La pena de presó és de 6 a 12 anys pels progenitors o responsables, la retirada de pàtria potestat i la possibilitat d'ingrés de la nena en un centre de protecció de menors.

Declaracions

Certificació del professional de medicina o infermeria sobre les dades sanitàries de la nena

- Certifico que la nena anteriorment referida és una nena sana, que ha seguit els controls establerts en el "Protocol del nen sa" que se li han administrat les vacunes corresponents a la seva edat.
- He comprovat que els seus genitals estan íntegres i no presenten cap lesió.

Certificació del professional de medicina o infermeria en relació amb la informació a la persona responsable de la nena

Declaro haver informat a la persona responsable de la nena anteriorment referida, dels següents aspectes relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut:

- Riscos sociosanitaris i psicològics que suposa la pràctica de la mutilació genital femenina.
- Marc legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol (segons la informació anteriorment indicada).
- Compromís de demanar hora per a una revisió general de salut, immediatament després de la tornada del viatge que es faci al país d'origen de la família.
- Adreces i telèfons dels Centres de Vacunació Internacional (veure annex).

Fuente: Compromiso Preventivo elaborado por el GIPE/PTP para los Servicios Asistenciales de Badalona en 2011

Algunas claves sobre el compromiso preventivo:

- La obtención del compromiso preventivo no es una finalidad en sí misma. Se trata de una herramienta más al alcance de los profesionales de atención primaria en el proceso de abordaje de la MGF y de apoyo a los padres que se la cuestionan.
- El compromiso preventivo es propiedad de los padres o tutores de la menor y ellos deciden el uso que han de hacer de él.
- El compromiso preventivo debe contar con el mismo grado de protección y confidencialidad que el resto de la documentación que forma parte de la historia clínica en los servicios de salud.
- Como cualquier otro compromiso, su aceptación debe ser voluntaria y de común acuerdo entre las partes implicadas.
- Debe tenerse en cuenta el actual marco legal en relación con las MGF, que tipifica la realización de una MGF como un delito de lesiones. Por otro lado, el conocimiento y la no evitación de estas prácticas pueden comportar, también, consecuencias legales para los profesionales.
- La existencia del compromiso preventivo es el registro que demuestra que los profesionales, conociendo una situación de riesgo, han intentado la aproximación preventiva y han informado a los padres y madres de las consecuencias que puede comportar la realización de la MGF a sus hijas, tanto legales como de salud, sociales o educativas...

Algunos criterios de aplicación:

- La principal situación de riesgo de sufrir una MGF es la proximidad de un inminente viaje de la niña o de la familia a su país de origen, aunque se recomienda que la firma de un compromiso preventivo no sea el primer elemento de contacto entre el personal sanitario y las familias de las niñas en riesgo de sufrir una MGF.
- La obtención de este compromiso será la culminación de un proceso que garantice que los padres y las madres han recibido la información que les permita tomar una decisión y posicionarse en relación con el problema con respeto, autonomía y conocimiento del entorno legal del país de acogida y del país de origen.

Básicamente, este proceso debe asegurar la presencia de los siguientes elementos:

1. Identificación por parte de los profesionales de una situación de riesgo para las niñas de sufrir una MGF. Conocimiento del entorno familiar de las niñas.
2. Aproximación a los aspectos culturales.

3. Identificación de actitudes del padre y/o la madre (al menos uno de ellos) hacia la MGF.
4. Una buena comprensión idiomática.
5. Información al padre y/o madre sobre:
 - Riesgos y problemas físicos asociados a la práctica de una MGF.
 - Riesgos y problemas psicoafectivos asociados a la práctica de una MGF.
 - Riesgos y problemas legales asociados a la realización de una MGF.
 - Alternativas posibles a la MGF.
6. Plan de intervención antes y después del viaje al país de origen.
 - Una copia del compromiso preventivo será custodiada por el profesional responsable de la atención a la niña. Se elaborará un registro que permita identificar el número de intervenciones realizadas y el resultado, con un seguimiento periódico del caso.
 - La obtención del compromiso preventivo no excluye ni sustituye las demás medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, con un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas.

INTERVENCIONES DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD

El trabajo sobre MGF implica a los servicios de salud en intervenciones de prevención con personas, familias y comunidades, especialmente a centros de atención primaria y servicios de salud sexual y reproductiva. También están involucrados en esta prevención los diversos servicios de asistencia especializada que atenderán las consecuencias y complicaciones de los distintos tipos de MGF en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes y adultas.

Las intervenciones más frecuentes sobre MGF se dan en tres ámbitos:

- Pediatría y enfermería pediátrica de los centros de atención primaria.
- Medicina y enfermería de familia y comunitaria de los centros de atención primaria.
- Servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.

Tipos de intervención desde los Servicios de Salud

Los tipos de intervención a desarrollar son cuatro:

1. Prevención específica sistemática.
2. Prevención “oportunistas”.
3. Prevención comunitaria.
4. Atención a las complicaciones y secuelas.

1. Prevención específica sistemática. Prevención específica sistemática «de largo recorrido» que se desarrolla más frecuentemente en los controles de niñas sanas desde su nacimiento y puede iniciarse en los servicios de salud sexual y reproductiva en los controles del embarazo.

2. Prevención «oportunistas», que se desarrolla más frecuentemente en medicina y enfermería de los centros de atención primaria o en cualquier otro servicio de salud. Se aprovecha la oportunidad de atender alguna complicación derivada de una MGF realizada, en general en mujeres adultas, para hablar del tema y transmitir información y consejos, relacionando la complicación actual con la MGF pasada así como indagando sobre la situación de sus hijas, si las hay. Se debe asesorar siempre a los padres sobre los riesgos para la salud y las posibles consecuencias a largo plazo, así como sobre la ilegalidad de esta práctica aunque se realice fuera del país de acogida.

3. Prevención comunitaria. Se busca informar y sensibilizar a la comunidad mediante charlas con asociaciones, talleres, actividades en las escuelas y otras en las que participen figuras clave de la comunidad. La información proporcionada debe adecuarse a las creencias, las costumbres y los valores de la población a la que va dirigida. El hecho de trabajar con grupos, más que con individuos, facilita a las familias y personas la toma de decisiones que pueden ser contrarias a la tradición.

4. Atención a las complicaciones y secuelas. El primer paso es la valoración del grado de afectación física, psíquica y sexual para poder iniciar los tratamientos correspondientes. Existen dos situaciones a tener en cuenta:

- Si la mujer está embarazada o comunica su deseo de gestación, se debe valorar la derivación a ginecología de manera urgente para conocer el tipo de MGF practicada y sus posibles complicaciones en el momento del parto. En el caso de que el bebé sea una niña, se prioriza la educación sanitaria para prevenir la MGF.

- Ofrecer apoyo psicológico con la derivación a los correspondientes servicios de salud mental. Este es un aspecto fundamental a tener en cuenta en los casos de:
 - Mujeres mutiladas que presenten complicaciones tanto físicas como psicológicas.
 - Madres en las que pueda existir un sentimiento de culpa al posicionarse en la actualidad contra la MGF, pero que previamente habían practicado la MGF a sus hijas mayores.
 - Adolescentes, tanto si han sido mutiladas como si no, que suelen sentir que se hallan entre dos culturas con valores diferentes. Éstas necesitan recibir, en un ambiente de confianza, información sobre todos los aspectos de su salud y de su sexualidad, incluida la posibilidad de reconstrucción genital.

En cualquiera de estas intervenciones y ámbitos, el profesional sanitario debe mostrar una actitud respetuosa ante las diferentes opiniones, pero a la vez expresar con firmeza que la MGF supone una violación de los derechos humanos, así como un peligro para la salud. Se debe aclarar siempre que su práctica está prohibida según las leyes vigentes en el país de acogida, de manera que, ante un caso reciente consumado aquí o en su país de origen tras haber residido en España, la actuación del personal sanitario debe ser la denuncia y comunicación al juzgado. Es importante recordar que los protocolos basados sólo en medidas punitivas pueden favorecer que la práctica pase a la clandestinidad y a su medicalización, con un impacto muy limitado en el cambio de comportamiento.

Es por ello que el trabajo desde los servicios de salud debe basarse en el conocimiento y la prevención previos, que generen confianza en las familias y en la comunidad, favoreciendo así los derechos de las niñas y las posibilidades de cambio en las actitudes y los posicionamientos respecto de la práctica. Se debería tener en cuenta para trabajos futuros la posibilidad de desarrollar programas de educación tanto en el país de residencia como de origen de las familias inmigradas y realizar un trabajo en la comunidad que favorezca el abandono de la MGF.

Es aconsejable proponer ritos alternativos como el de la iniciación sin mutilación, así como utilizar el compromiso preventivo de no realización de la MGF. Éste puede ser utilizado por los padres como justificación ante sus familiares en África. Finalmente, es útil en estas intervenciones conocer y estar atentos a los factores de riesgo de MGF en la infancia, para, si se considera necesaria alguna actuación, contactar con el área de pediatría de los centros de atención primaria, que en general tienen mayor relación con las familias.

Intervenciones desde la Atención Primaria de Salud

Como se ha reflejado anteriormente, las características propias de la atención primaria la convierten en un ámbito clave para la prevención y detección de estas prácticas por varias razones:

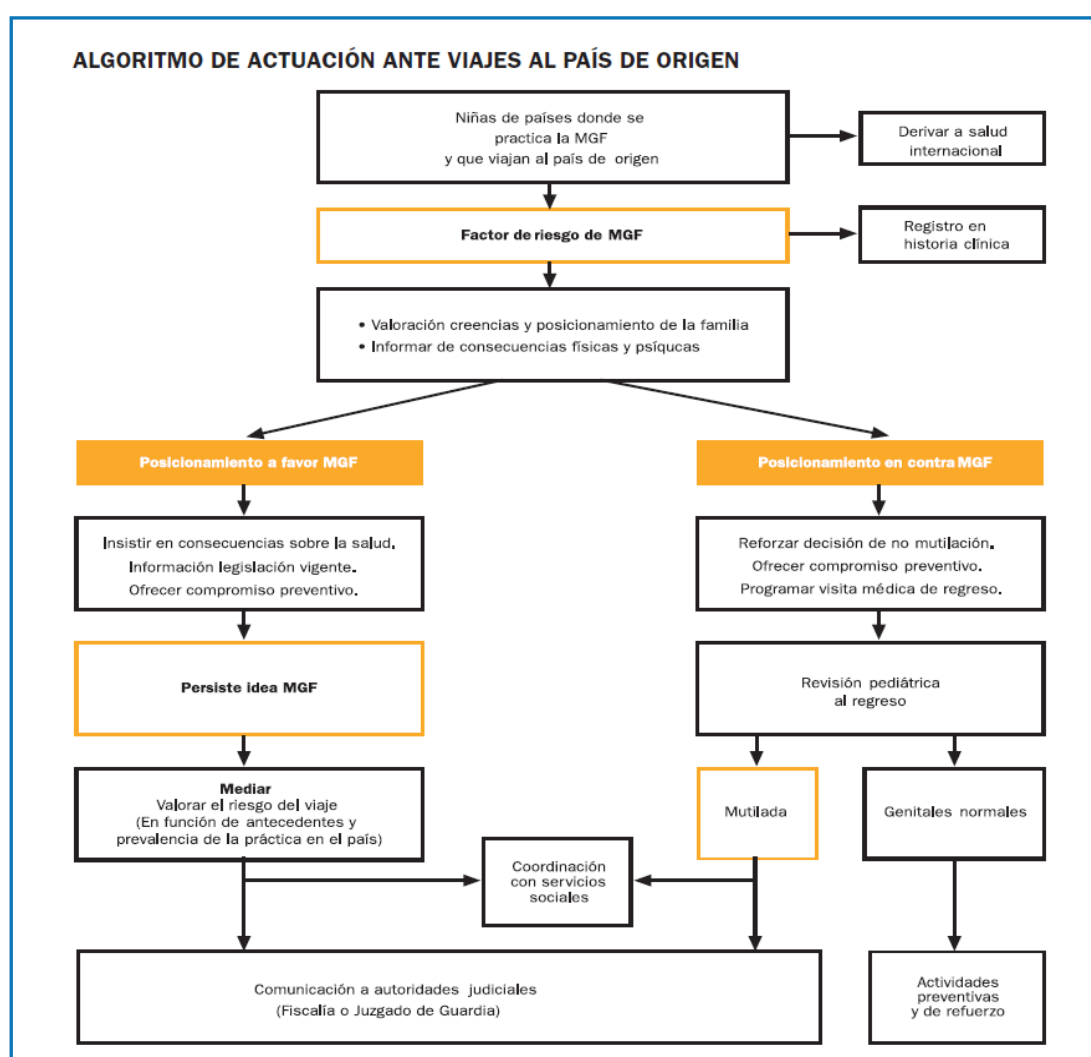
- Accesibilidad: en muchas ocasiones constituye el primer contacto de la población con el sistema de salud.
- Continuidad: permite la relación con los pacientes en diferentes momentos de su vida y por motivos diversos. Ello favorece la relación de confianza entre profesionales y usuarios, necesaria siempre para abordar este tema.
- Intersectorialidad: relación fluida con otros profesionales y servicios implicados en el territorio (pediatría, ginecología, servicios sociales, técnicos municipales, profesorado, entidades sociales...).
- Atención a la familia: conocimiento de la composición de ésta y de las relaciones familiares.
- Atención comunitaria: posibilidad de relación con la comunidad con el objetivo de elaborar un plan de salud integral para la prevención de la MGF en el territorio, además de sensibilizar e informar sobre derechos humanos y consecuencias sanitarias y legales de la práctica.

Por todo ello, se plantean **10 propuestas para la Atención Primaria de Salud**:

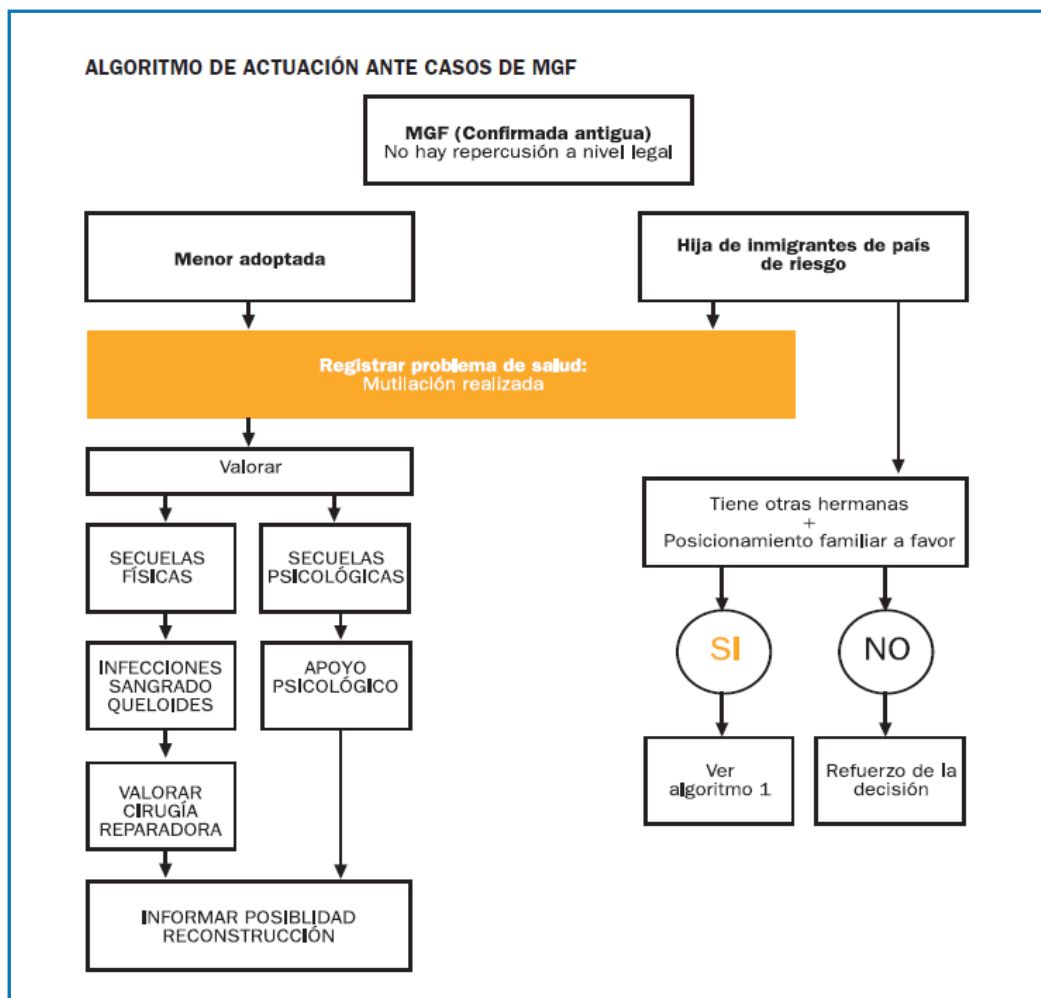
1. Crear programas para capacitar a los profesionales en la detección, el reconocimiento y la intervención en familias y niñas en situación de riesgo.
2. Conocer la población en riesgo asignada al centro de salud en el que se trabaje y tenerlo en cuenta, incluyendo la MGF como factor de riesgo.
3. Realizar una aproximación a la MGF desde los diferentes puntos de contacto de las familias con la atención primaria de salud.
4. Indagar, siempre desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización, sobre la actitud de los padres frente a la MGF.
5. Informar y educar sobre las complicaciones físicas y psicológicas que conlleva la práctica de la MGF y sus consecuencias legales.
6. Reforzar la decisión de no mutilar, utilizando el compromiso preventivo.
7. Conocer la proximidad de un viaje al país de origen de la familia o de la niña, reforzando la decisión de la no intervención. Transmitir la obligación de denunciar si se realiza.

8. Ante un inminente viaje y la decisión por parte de la familia a favor de la MGF, informar de la obligación de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial. Intentar mediar.
9. En zonas de presencia numerosa de inmigrantes subsaharianos, distribuir material informativo a la familia sobre la MGF y mantener campañas de divulgación.
10. Coordinar estrategias de abordaje con los diferentes servicios y organizaciones que existan en la comunidad: servicios sociales, escuelas, asociaciones de inmigrantes, servicios de mediación, salud internacional, etc.

A continuación, se presenta el algoritmo de actuación ante viajes al país de origen y el algoritmo de actuación ante casos de MGF:



Fuente: KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.



Fuente: KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.

Intervenciones desde los Servicios Sociales

Los servicios sociales básicos son el primer nivel del sistema público de atención social, el más próximo a las personas y al ámbito familiar y social. Se organizan territorialmente y están dotados de un equipo multidisciplinar. Dadas las características del trabajo en MGF, uno de los ejes principales de intervención preventiva se da en los servicios de salud; a pesar de ello el abordaje de la MGF debería plantearse desde una perspectiva multidisciplinar. Solo aunando los esfuerzos desde los distintos servicios e instituciones podremos llevar a cabo una intervención preventiva eficaz y en este sentido los profesionales del trabajo social son los elementos facilitadores de ésta dinámica de coordinación. En general, los servicios sociales se orientan a favorecer la autonomía de las personas, mejorar las condiciones de vida, eliminar situaciones de injusticia social y favorecer la inclusión social.

Algunas de sus funciones vinculadas a la MGF son:

- Detectar e intervenir en los núcleos familiares o de convivencia en situación de riesgo por MGF, especialmente si hay menores.
- En colectivos de riesgo, realizar actuaciones preventivas y, si es necesario, tratamientos sociales o socioeducativos.
- Impulsar proyectos comunitarios y programas transversales, especialmente los que buscan la integración y la participación social de mujeres y hombres, las familias y las unidades de convivencia. Es importante que la intervención se realice tanto con las mujeres como con los hombres.
- Aplicar protocolos de prevención y atención ante maltratos a menores. En el caso de la MGF, existe el compromiso preventivo como herramienta específica de prevención.
- Fomentar la comunicación y coordinación entre los profesionales de los diferentes ámbitos que intervengan en la atención a las personas en riesgo de MGF para facilitar un abordaje integral (sanitario, educativo, social...).
- Apoyar y dar soporte a profesionales que se incorporen al trabajo con colectivos de riesgo, especialmente cuando haya situaciones de urgencia en las que resulte necesaria la intervención de diferentes dispositivos.

Intervenciones específicas desde los Servicios Sociales:

La misión del profesional de los servicios sociales en relación con las familias deberá diferenciarse según la situación en que se encuentre ésta y la intervención se realizará en diferentes niveles:

1. Información y sensibilización general. Cuando se da el primer contacto de una familia procedente de un país donde se practica la MGF.
2. Prevención específica. Cuando hay previsto un viaje de la menor al país de origen.
3. Intervención en caso de sospecha. Cuando la familia no colabora con las propuestas preventivas de MGF y está previsto el viaje.
4. Intervención en caso de MGF practicada. Cuando se tiene la certeza o la sospecha fundada de que se ha realizado la MGF.

Nivel 1. Información y sensibilización

En familias procedentes de países en riesgo

Las actuaciones serán básicamente preventivas, proporcionando información sobre los riesgos para la salud y los derechos de la niña, así como de las consecuencias legales.

Es necesario:

- Fomentar la formación y sensibilización de los profesionales, teniendo en cuenta las experiencias de prevención de la MGF en los países de origen, en España y en otros países europeos.
- Informar a todas las familias de la población de riesgo sobre las consecuencias que la MGF tiene sobre la salud de las niñas y su tipificación como delito en nuestro país.
- Colaborar con las asociaciones y entidades que agrupan a la población originaria de países donde se practica la MGF.

Algunas de las actividades que se pueden realizar son:

- La difusión de material divulgativo dirigido a las familias en riesgo, que incluya información sobre la MGF como, por ejemplo, la iniciación sin mutilación.
- Fomentar la realización de sesiones informativas dirigidas a los servicios sociales, sanitarios, educativos, policiales, etc.
- Formación de agentes de salud de la propia comunidad subsahariana.
- Información, sensibilización y orientación dirigidas a las familias a nivel individual y comunitario, siempre que sea posible mediante un mediador intercultural subsahariano.

Nivel 2. Prevención específica

En familias que plantean un posible viaje al país de origen

La intervención en este nivel se activará cuando se tenga conocimiento de que alguna niña va a viajar al país de origen. A partir de este momento es especialmente importante la coordinación con los servicios de salud a fin de conocer si se han realizado intervenciones previas y de planificar las actividades posteriores. En la entrevista se plantearán los riesgos que tienen estas prácticas para las niñas así como sus consecuencias legales. El profesional contactará con los diferentes profesionales

que intervienen en la atención de la menor en otros ámbitos (servicios sociales de atención primaria, salud, escuela, servicios especializados, etc.) para informar de la posibilidad/proximidad del viaje y reforzar desde los diferentes ámbitos el compromiso preventivo. Se propondrá la firma del compromiso preventivo y se programará una visita pediátrica antes del viaje y a la vuelta de éste. Este documento permitirá reforzar ante la comunidad la determinación de no realizar la mutilación a la niña.

Una vez los profesionales tengan conocimiento del retorno de una niña, se indicará a los padres que la lleven a una revisión pediátrica, de acuerdo con los servicios de pediatría.

Nivel 3. Intervención en caso de sospecha

La intervención en caso de sospecha se realiza cuando la familia rechaza o no colabora con las propuestas del segundo nivel o bien hay evidencias o indicios suficientes de que los padres piensan practicar la MGF a sus hijas. En este caso se informará de la situación de riesgo de la menor a la fiscalía de menores y/o juzgado de guardia para que tomen las medidas de protección. Del mismo modo, ante la sospecha fundada de mutilación al regreso del viaje, también deberá comunicarse la situación a la fiscalía de menores y/o juzgado de guardia.

Nivel 4. Intervención en caso de MGF practicada

Ante la certeza de que se ha practicado la MGF, como ante cualquier otro caso de maltrato, es responsabilidad del profesional ponerlo en conocimiento de la justicia. La omisión del hecho puede acarrear consecuencias legales.

Por otro lado, es igualmente importante realizar *intervenciones a nivel psicológico* en niñas y mujeres mutiladas. La mayor parte de los problemas son a menudo sutiles y se encuentran enterrados en capas de negación y aceptación de las normas sociales, pero no por ello son menos importantes. En la mayoría de los casos, se tratan los síntomas físicos de la MGF, pero no se tienen en cuenta las consecuencias psicológicas que esta práctica supone en quienes la padecen.

INTERVENCIONES DESDE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS

La escuela y las personas que en ella trabajan pueden tener un papel fundamental, tanto en la prevención de casos como en la sensibilización sobre la realidad de las MGF.

Cuando en la escuela se encuentren niñas de familias procedentes de los países donde se practica la MGF, es imprescindible asesorarse bien antes de actuar. Hay que informarse a partir de fuentes solventes y de manera contrastada sobre la realidad de la MGF en España y en los distintos países del mundo. Pero es necesario informarse particularmente a fondo sobre los indicadores de riesgo y sobre los momentos y los modos adecuados de actuación.

Es fundamental moverse con prudencia, discreción y la máxima confidencialidad. Hablar con la niña, con la familia o con la policía u otras iniciativas que pueden ser bienintencionadas, si se llevan a cabo prematuramente, son temerarias y pueden resultar totalmente contraproducentes. También es necesario familiarizarse con la historia y el contexto cultural de la MGF en el país de origen concreto de que se trate y en las poblaciones de la sociedad receptora donde se practica o donde se tenga conocimiento de situaciones similares. En los centros de salud locales, en los servicios sociales, en asociaciones y entidades se puede preguntar por personas con preparación para realizar esta labor informativa o bien se puede derivar la demanda a otras con mayor experiencia en el tema (personas expertas en antropología, mediación intercultural, etc.), capaces de ofrecer consejo y orientación sobre aspectos legales, de prevención e intervención específicos.

Intervenciones específicas desde los Servicios Educativos:

Desde la escuela pueden identificarse dos tipos de situaciones: antes de que se practique la MGF o después. Las familias que han decidido realizar la mutilación en sus hijas suelen aprovechar una estancia de vacaciones al país de origen para llevar a cabo el rito. Ello no significa, tal y como confirman los datos disponibles, que todas las familias que vayan de vacaciones a su país de origen deseen «iniciar» a sus hijas. Cuando trasciende que una niña irá al país de origen de su familia, conviene extremar la prudencia y no llegar a conclusiones precipitadas que pueden provocar intervenciones inoportunas. Es sabido que cada vez hay más familias con dificultades para tomar una decisión definitiva y que se debaten entre transgredir la norma cultural y renunciar a la MGF o ceder a las presiones de las personas ancianas de su comunidad de origen y permitir que ésta se lleve a cabo.

Las niñas que han de ser iniciadas no suelen saberlo antes de viajar. Cuando son algo mayores, es posible que sí dispongan de alguna información aunque, en la mayoría de los casos, es poco probable que lo hablen con personas ajenas a su familia o a su comunidad. Puede ocurrir que se muestren poco comunicativas y que no quieran hablar de su viaje inminente. Que mantengan actitudes aparentemente negativas puede ser una señal de que la niña sabe o sospecha que está previsto someterla al ritual, aunque no es siempre ésta la causa de un rechazo aparente. Puede haber otros motivos que se apuntarán más adelante.

Las/os maestras/os y profesionales de la educación pueden ofrecer apoyo a las chicas, dependiendo en buena medida de la relación interpersonal que tengan con ellas. Si la relación es de confianza, pueden aportar información, educación y apoyo psicológico siguiendo las pautas que proponen en el apartado sobre este tema. Si no es así y la sospecha parece fundada, los profesionales deben ponerse en contacto con los servicios sociales o sanitarios antes del viaje, con tiempo suficiente, si es posible, para permitir una intervención preventiva adecuada.

Se desaconseja una reflexión a nivel del aula sobre la realidad de la MGF si se orienta desde la sospecha hacia alguna niña en particular. Cualquier propuesta educativa intercultural requiere un trabajo sostenido en el tiempo, no excepcional y que permita pensar en la diversidad cultural de todas las personas que componen el grupo-clase, sean extranjeras o inmigrantes o no, se perciban como distintas culturalmente o no. La denuncia y las acciones legales tienen que utilizarse como último recurso, ya que los efectos y consecuencias para la niña, su familia y su comunidad de origen en la sociedad receptora así como para la escuela y para los propios profesionales, pueden ser contrarias a la intención inicial, a veces incluso devastadoras.

Si, pese a las acciones preventivas, se observa un cambio en el comportamiento de las niñas al regresar de un viaje de vacaciones, se puede pensar que le han practicado la MGF. En general, hablan menos, están poco comunicativas, poco concentradas y suelen mostrarse reacias a las relaciones con los demás. El hecho de tener un secreto, una experiencia que no pueden compartir con las personas que no *«han sido iniciadas»*, les supone una tensión mental y emocional muy fuerte. La imagen que tienen de sí mismas ha cambiado, han tomado conciencia de que ahora *«son»* diferentes y por consiguiente, la relación que tenían establecida con sus compañeras puede cambiar radicalmente al no sentirse parte del grupo, aunque puedan seguir deseando formar parte de él. Por otro lado, si se les propone hablar de las vacaciones o sobre el país de origen de su familia, quizá no digan nada o se expresen de manera abiertamente negativa. El rechazo, que suele ser temporal, se expresa con

afirmaciones rotundas como «*los africanos son muy primitivos, sucios, pobres*», «*no quiero volver nunca más*», «*no me gusta el país de mis padres*», «*yo no soy africana*», etc. No suelen explicar los motivos de su rechazo, pero se trata de la negación de su vínculo con África, por diversas razones, entre ellas el horror vivido y la imposibilidad de superarlo si no es con la ayuda de una persona debidamente preparada para ello.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que, a veces, las niñas y también los niños manifiestan rechazo hacia el país de los padres después de una visita en vacaciones. Las razones son varias, algunas tienen que ver con la enorme diferencia existente entre la vida que llevan aquí en Europa y la que se vive allí, otras con la distancia existente entre la imagen más idealizada de África que les han transmitido su padre y su madre y su experiencia al estar ahí; la constatación personal de la información que reproducen los medios de comunicación y de los estereotipos, que sobre África y sus habitantes, imperan en la sociedad receptora. Esta reacción más o menos normal, sobre todo entre adolescentes, requiere siempre un apoyo y acompañamiento, pero la diferencia cuando una niña ha sufrido la MGF estriba en la manifestación de rabia, de indiferencia excesiva, de apatía, en las pocas ganas de hablar y de compartir con los demás su experiencia. Físicamente, estas niñas no suelen manifestar incomodidades y malestar, ya que, como hemos dicho anteriormente, los tipos de MGF que suelen practicarse en las poblaciones establecidas en España son la clitoridectomía y la escisión, de manera que la cicatrización de la herida resultante de la ablación es relativamente rápida y se recuperan durante las vacaciones siempre que el proceso de curación sea bueno. Así, las secuelas más visibles serán psicológicas y emocionales y se expresarán en la relación con las demás personas.

Una vez más, insistimos en que el apoyo que puede darles una profesora dependerá mucho de la relación de confianza y de respeto que exista entre ellas. Conviene, no obstante, tener en cuenta que estas niñas pueden necesitar una ayuda psicológica especializada, pero no de cualquier terapeuta, sino de alguien con los conocimientos, las habilidades y las actitudes adecuadas para intervenir en este tipo de situaciones. Por ello se recomienda derivar a estas niñas, a través de centros de salud locales, de servicios sociales o asociaciones y entidades, a personas familiarizadas con las prácticas tradicionales de la comunidad y preparadas para ofrecer una ayuda adecuada a ellas y a sus familias.

IMPLICACIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA MGF EN SALUD, SERVICIOS SOCIALES Y EDUCACIÓN

Las intervenciones realizadas principalmente en los ámbitos sanitarios, educativos y sociales, tanto en España como en otros países europeos, encuentran conflictos que son un reto para un abordaje que modifique la práctica de las MGF. Se trata fundamentalmente de conflictos que viven las familias africanas migrantes en su proceso de adaptación e integración social cuyo conocimiento contribuye a la efectividad de una aproximación preventiva. Por la importancia que las familias mismas les atribuyen, se señalan algunos de estos retos: los conflictos de lealtades respecto de sus mayores, que son quienes ostentan el poder y quienes representan y legitiman la tradición; la inestabilidad jurídico-administrativa de la familia en España; la mayor prioridad que dan las familias a otros problemas de tipo laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia doméstica, escolar, etc.

Se hace pues imprescindible una tarea interdisciplinar de carácter preventivo que permita diseñar estrategias encaminadas a la erradicación de las MGF. Hace falta un trabajo consciente, reflexivo y riguroso de información, formación y sensibilización, tanto en las comunidades directamente afectadas como en los colectivos profesionales de primera línea que trabajan con la población migrante: sanitarios, educadores y trabajadores sociales. En el caso de España, existe una realidad étnica (mayoritariamente del África occidental), una distribución geográfica (básicamente Cataluña, Aragón, Andalucía y Canarias), y un número accesible de población, que deberían permitir una sensibilización privilegiada.

La atención primaria de salud, por su proximidad a las familias y por el abordaje longitudinal de los problemas a lo largo del ciclo vital, es uno de los entornos mejor ubicados para el planteamiento inicial de las MGF desde una perspectiva preventiva, esto es, como motor del proceso de adaptación eficaz de las prácticas sanitarias a un colectivo con valores, normas y códigos distintos en aspectos claves de su cultura y sus vivencias en torno a la salud y a la enfermedad. Para el abordaje de las MGF desde este nivel de atención surgen dificultades que afectan principalmente a profesionales de la salud, pero también, aunque en distinta medida, a profesionales de los servicios sociales y la educación.

Destaca entre ellas el desconocimiento de la significación cultural y social de esta práctica entre los profesionales de atención primaria, lo que genera incertidumbre e inseguridad ante la necesidad de iniciar una intervención desde el diálogo y el respeto. En ocasiones, los dilemas profesionales pueden ser abrumadores en el momento en que se descubre que las niñas han regresado mutiladas de un viaje al país de origen de sus padres o ante el anuncio de un inminente viaje

a África, pues deben decidir entre intervenir y sus posibles consecuencias (denuncia, intervención judicial, prisión, disgregación, desestructuración familiar, posibilidad de no retorno de las menores...) o no intervenir (riesgos para la salud y bienestar de las niñas, consecuencias profesionales de la omisión). El debate entre estigmatización-criminalización versus integración afecta de pleno, tanto a profesionales como a familias.

Finalmente, como gran reto para una acción eficaz, está la necesidad de tiempo, formación, asesoramiento y mediación intercultural para trabajar desde la vía pedagógica de la prevención.

Dificultades para el abordaje desde la atención en Salud, Servicios Sociales y Educación⁴⁴

- Conflictos de lealtades respecto a sus comunidades de origen
- Incertidumbre jurídico-administrativa
- Mito del retorno
- No percepción de la MGF como un problema prioritario
- Violencia simbólica en relación con sus costumbres difundida por los medios
- Barrera idiomática
- Escasos recursos para la mediación
- Desconocimiento del simbolismo y significación cultural de la práctica
- Temor e inseguridad en el abordaje desde el diálogo y el respeto
- Dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención
- Escasa formación para el abordaje transcultural de los problemas
- Escasos recursos de asesoramiento profesional
- Dilema criminalización-estigmatización versus integración
- Sobrecarga asistencial y necesidad de tiempo para abordar situaciones complejas

Se trata de nuevos retos y de problemas emergentes que requieren, aparte de formación específica en el tema, intervenciones centradas en la concienciación sobre el problema y en la implicación del entorno familiar de las niñas afectadas. Hay que involucrar también a los hombres en la toma de decisión, lo que está aportando grandes avances para su erradicación, tanto aquí como en sus comunidades de origen. Es un abordaje difícil, pero no es menos cierto que las propuestas de actuación que se están iniciando con más éxito a nivel internacional (tanto en los países de origen

⁴⁴ KAPLAN, A.; TORAN, P.; BEDOYA, M. H. et al (2006) "Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales" en Revista Migraciones Nº 19, Madrid. pp. 189-217.

como en los países receptores) parten de un enfoque social, sanitario y antropológico que busca conservar el ritual de la iniciación sin necesidad de incluir en ella la mutilación (Chelala, 1998; Hernlund, 2000; Toubia, 2003; Playá Maset, 2005), es decir, mantener la estructura ritual de la segunda y la tercera fase (marginación y agregación), eliminando la parte física, sin necesidad de eliminar completamente el sentido ritual de la iniciación de otorgar una identidad étnica y de género a los miembros de la sociedad. Todo ello siempre con el respaldo de un adecuado marco legislativo y en sintonía con las recomendaciones de los expertos a nivel nacional e internacional.

Por otro lado, en consonancia con esta línea de intervención interdisciplinar, últimamente se han producido interpelaciones parlamentarias en el Congreso de los Diputados y en el Parlament de Catalunya recogiendo la situación de la MGF en España y proponiendo la necesaria implicación de los poderes públicos para su abordaje.

10. ABORDAJES PREVENTIVOS DE LA MGF EN ESPAÑA

Para este informe, se ha seleccionado, en primer lugar, el Programa de Prevención de la MGF en la ciudad de Badalona, en Cataluña, como abordaje de buenas prácticas para la detección, atención y prevención de la MGF; en segundo lugar se presentan los antecedentes del tratamiento de la MGF en el País Vasco, recogidos para la implementación de un Programa Preventivo de la MGF en el País Vasco a petición del Instituto Vasco de la Mujer, Emakunde, en colaboración con Fundación Wassu.

EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA MGF EN LA CIUDAD DE BADALONA (CATALUÑA)

En 2009, Mangas detectó que en el municipio de Badalona se estaban realizando una serie de actuaciones con familias procedentes de los países que practican la MGF de las que se sabía que iban a viajar a sus países de origen con sus hijas y que el 100% de esos casos habían acabado en los juzgados, con la adopción de medidas cautelares de retirada de pasaporte de las menores y revisión de genitales por un médico forense en un 50% de los casos, sin haberse realizado ninguna labor de prevención. En el municipio de Badalona, la población de mujeres procedentes de países donde se practica la MGF ha aumentado en un 56% desde el 2008, pasando de 221 a 345 mujeres en 2012. En el caso de las niñas, el porcentaje ha crecido un 136% en estos últimos 5 años, pasando de 50 a 118 niñas según el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España (Kaplan y Lopez, 2013).

Para profundizar en el conocimiento de esta realidad y cómo se abordaba desde los diferentes servicios de la ciudad, el Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento de Badalona, inició en 2009 la colaboración con el grupo GIPE/PTP⁴⁵ del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, consolidando esta colaboración en 2013 con la firma de un convenio entre el proveedor de salud Badalona Serveis Assistencials (BSA), el Ayuntamiento de Badalona y la Fundación Wassu-UAB, para la puesta en marcha del *Programa de Prevención de la MGF* desde la unidad de Promoción de la Salud del Ayuntamiento, siguiendo el modelo propuesto por la Fundación Wassu-UAB para la atención y prevención de la MGF con el objetivo de promover el cambio hacia actitudes favorables que permitiesen un abordaje preventivo, incorporando la atención y

⁴⁵ Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales.

la prevención de la MGF en los circuitos ya establecidos, sin tener que crear circuitos paralelos exclusivos para la prevención de esta práctica.

El **Programa de Prevención de la MGF** en Badalona consta de las siguientes fases:

1. Fase Exploratoria (2009)
2. Fase de Elaboración del Programa de Prevención de la MGF (2010)
3. Etapa de diseminación y formación (2010-2012)
4. Fase de Evaluación y Consolidación (2013-2014)

1. Fase Exploratoria (2009)

- Conocimiento de la realidad y práctica profesional frente a la MGF.
- Conocimiento y aplicación de protocolos preventivos, herramientas para la prevención y la detección de MGF.
- Aplicación y usos de los códigos y registros en la historia clínica.
- Estudio de casos abordados (primer estudio de casos).

Resultados:

- En ninguno de los casos detectados se habían llevado a cabo acciones preventivas.
- En la mayoría de ellos fueron actuaciones de urgencia antes de un viaje y fue la escuela quien dio la voz de alarma.
- La Generalitat había presentado en 2008 su protocolo de actuación en las escuelas a través de los Mossos d'Esquadra.
- Los casos que acabaron judicializados no resolvieron el problema a "largo plazo".
- Las familias no participaron en el proceso de abandono de la práctica al no haberse trabajado desde la prevención.
- Profesionales de diferentes servicios se vieron implicados e involucrados en un dilema profesional.
- Los profesionales implicados manifestaron falta de formación sobre la MGF y sobre como efectuar un abordaje preventivo con las familias.
- Existen protocolos, pero el «saber, saber ser y saber hacer» que implica la educación para la salud no se aprenden en un protocolo.

Por estos motivos se estableció la necesidad de formación de los profesionales para promover acciones preventivas, el primer punto de la implementación de los protocolos.

2. Fase de Elaboración del Programa de Prevención de la MGF (2010)

El objetivo general de esta fase es promover el cambio hacia actitudes favorables que permita un abordaje preventivo de la MGF en Badalona a través de un Programa de Prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en el municipio conducido por el Área de Servicios Sociales y Salud con el asesoramiento de la Fundación Wassu-UAB, el grupo de investigación GIPE/PTP de la Universitat Autònoma de Barcelona. Se elaboró un programa preventivo con el asesoramiento, la formación y la metodología *de transferencia del conocimiento en cascada*, propuesta por el GIPE/PTP de la Fundación Wassu-UAB, adaptado para la ciudad de Badalona e implementado como experiencia piloto.

La metodología del Programa se muestra en los gráficos siguientes:



Esta fase de elaboración del programa se corresponde con una etapa de sensibilización y participación en la que se contacta con los diferentes servicios de la ciudad que podían estar implicados en la prevención y/o atención de la MGF (Servicios de Salud, Servicios Sociales, Dona, Educación, EAIA⁴⁶, Participación, Convivencia, Cooperación y el GAV⁴⁷). Un total de 9 servicios.

Con el Departamento de Participación, Convivencia y Cooperación se explora la existencia en la ciudad de asociaciones africanas para incorporarlas y hacerlas partícipes del programa desde el inicio, pero en aquel momento no había ninguna asociación, por lo que la intervención se enfoca a nivel familiar desde la atención primaria, en sentido amplio de la palabra, como primera puerta de atención a la población desde los servicios de salud, sociales y de educación mediante un enfoque comunitario.

El Ayuntamiento implica a los dos proveedores de salud de la ciudad, *Badalona Serveis Assistencials* (BSA) y el *Institut Català de Salut* (ICS), que se adaptaron y validaron las herramientas propuestas por el GIPE/PTP para ambos proveedores de salud.

En el ICS se presentaron la *Carta de compromiso preventivo*⁴⁸ y la codificación específica para registrar en la historia clínica a partir del CIE (Código Internacional de Enfermedades) 10 que sigue este proveedor así como dos códigos ya establecidos, *Z.6081 Riesgo de Mutilación Femenina* y el *N.9081 Mutilación Genital Femenina*.

En BSA se adaptó la *Carta de compromiso preventivo* y se creó una codificación específica para registrar en la historia clínica a partir del CIAP2 (Código Internacional de Atención Primaria) que utiliza este proveedor. Se crearon dos códigos nuevos X.82.1 para prevención de la MGF y X.82.2 para MGF detectada.

En diciembre de 2010 se presentaron el programa, las herramientas y los materiales a los nueve servicios que podrían estar implicados en la prevención y/o atención de la MGF de la ciudad (Servicios de Salud, Servicios Sociales, Dona, Educación, EAIA, Participación, Convivencia, Cooperación y el GAV⁴⁹).

⁴⁶ EAIA, Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia.

⁴⁷ GAV, Grupo de Atención a la Víctima de Mossos d'Esquadra.

⁴⁸ La *Carta Compromiso preventivo* es una herramienta que los y las profesionales ofrecen a las familias que viajan al país de origen. Esta carta fue diseñada en 1998 por Adriana Kaplan y en 2006, el GIPE/PTP de la UAB la diseñó para el mayor proveedor de salud en Cataluña, el Instituto Catalán de Salud (ICS). En 2007 la Generalitat de Cataluña lo incorporó en su 2º *protocolo de actuación para prevenir la MGF*. Paralelamente, la actualización del protocolo de pediatría en 2008 hace referencia al documento. Fuera de Cataluña Aragón lo incorpora en su protocolo en 2011 y Navarra en 2013.

Véase junto con su guía de aplicación en http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html

⁴⁹ GAV Grupo de Atención a la Víctima de Mossos d'Esquadra.

3. Etapa de diseminación y formación (2010-2012)

En esta etapa se priorizaron los servicios con los cuales se inició la transferencia del conocimiento y la formación con el propósito de llegar al mayor número posible de profesionales. Fue un proceso participativo en el que se organizaron sesiones en grupos reducidos para garantizar la participación y se pudieron trabajar las resistencias que iban apareciendo.

Se realizó una labor primera de **sensibilización** e información sobre la MGF, presentando el programa, los materiales y las **herramientas para profesionales y para familias**. Además se ofreció soporte, **asesoramiento** y **acompañamiento** a los profesionales que lo necesitaran. Este aspecto se pivota desde el Servicio de Salud Pública del Ayuntamiento, en contacto directo con la Fundación Wassu-UAB. Estas sesiones previas con grupos reducidos suscitarían el interés de los profesionales de cara a la **formación**. El trabajo en red ya existente y el refuerzo por parte de una profesional como referente territorial, favoreció la implementación de la metodología de abordaje y la **coordinación** entre servicios.



Fuente: Unidad de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Badalona (2010) Programa de prevención y Atención de la Mutilación Genital Femenina (MGF). Badalona. Cataluña.

4. Fase Evaluación y consolidación (2013-2014)

4.1 Evaluación

Se llevó a cabo un segundo estudio de casos, con la misma metodología utilizada en el estudio expuesto en el apartado primero (fase exploratoria), pero incorporando la explotación de los códigos diagnósticos de la historia clínica y se realizaron varias sesiones de evaluación, con todo el servicio de pediatría y trabajo social del proveedor BSA, con algunos profesionales de pediatría del ICS y con los Centros de ASSIR (Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de la Generalitat de Catalunya) de la ciudad. En cuanto a la atención primaria, el GIPE/PTP realizó una encuesta en 2002 a profesionales de la salud de la comarca del Maresme⁵⁰.

En el transcurso de estas sesiones se detectó falta de formación entre los profesionales de atención secundaria, servicios de ginecología y obstetricia, además de encontrarse resistencias con algunos profesionales para abordar el tema desde la salud.

Igualmente se detectó que la **intervención preventiva** se realizaba a nivel familiar y pivota en los equipos de pediatría de atención primaria y que los profesionales que habían recibido formación, asesoramiento y acompañamiento habían incorporado el tema de la MGF a las actividades preventivas y de educación para la salud.

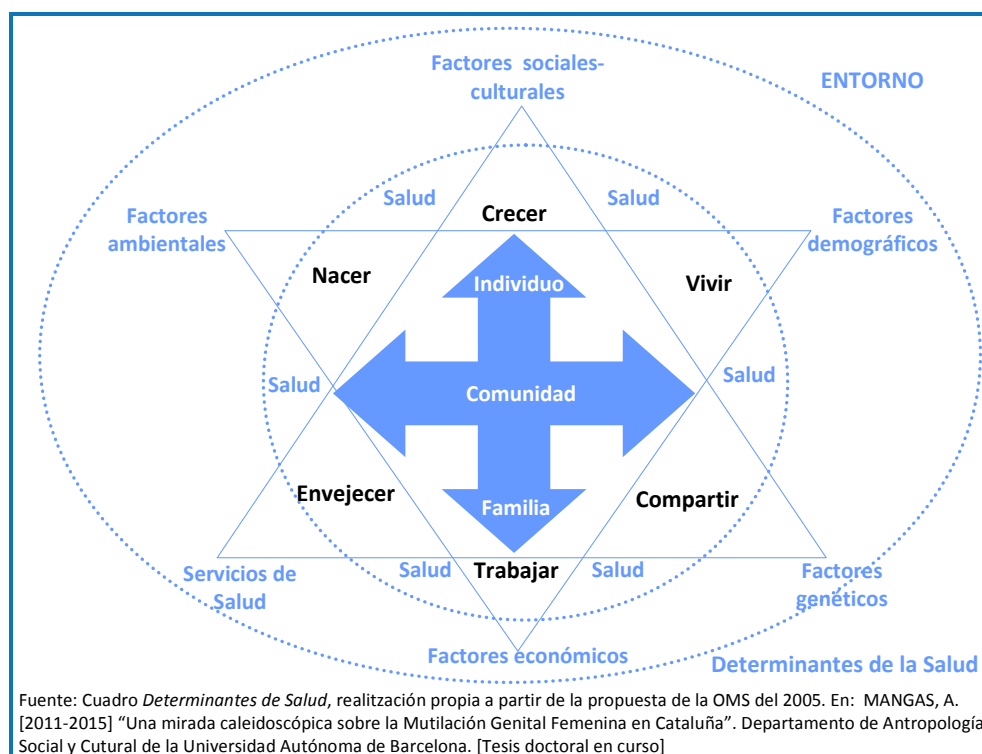
Teniendo en cuenta estos resultados se programaron sesiones de sensibilización, información y evaluación con estos equipos y en 2013 se estableció una colaboración estable mediante la firma de un convenio entre el Ayuntamiento de Badalona, la Fundación Wassu-UAB y el proveedor BSA a través del cual se ha establecido un espacio permanente de reflexión y de seguimiento y se ha incluido formación en materia de MGF dentro del contenido de formación a estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat (adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona), a través de seminarios específicos y como centro de prácticas.

A finales de 2014 se ha abierto una colaboración con diferentes comisiones de trabajo de Salud, Bienestar Social e Igualdad de la Federación de Municipios de Catalunya.

⁵⁰ Moreno Navarro J, Castany Fabregat MJ. *Els professionals sanitaris davant la mutilació genital femenina*. Primàrics. Institut Català de la Salut 2002;14:14-15. Disponible en: <http://www.gencat.net/ics/primarics/14/index.html>

El programa se considera innovador ya que:

- Supone una mirada integral sobre el bienestar de la niña y de la familia teniendo en cuenta los determinantes de la salud.



- Se enfoca la prevención de la MGF desde la Educación para la Salud (empoderamiento vs. control de la familia), convirtiéndose en un **modelo eficaz** al incorporar a la familia en el proceso de abandono de la práctica.
- El trabajo en red existente incorpora la prevención de la MGF desde los circuitos normalizados, por lo que es un **modelo eficiente y sostenible** por las propias estructuras.
- El abordaje desde la investigación - intervención social, lo convierte en un **modelo efectivo y sólido**.

Si bien no existe un programa de intervención para la prevención de la MGF en la Comunidad Autónoma Vasca, han sido varias las intervenciones que sobre este tema se han realizado en esta comunidad. La información que se presenta en este apartado proviene del “Diagnóstico para la Implementación de un Programa de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi” realizado por la Fundación Wassu-UAB a petición de Emakunde, el Instituto Vasco de la Mujer, en 2014.

A modo de resumen, se recogen los siguientes apartados:

1. Actividades de divulgación y/o sensibilización
2. Actividades de formación a profesionales de la salud.
3. Actividades propias de las ONGD
4. Iniciativas institucionales
5. Casos de intervención documentados.

1. Actividades de divulgación y/o sensibilización

Este tipo de actividades han sido iniciativas de diferentes organizaciones sociales, principalmente del movimiento feminista y de las técnicas de igualdad de los diferentes ayuntamientos vascos, junto con otros colectivos sociales.

El 12 de noviembre de 2002 la Dra. Adriana Kaplan Marcusán realizó el primer acto de divulgación en la Comunidad Autónoma Vasca de la mano de la Asamblea de Mujeres de Álava participando en las Jornadas celebradas en Vitoria-Gasteiz: “Las mil caras de la violencia contra las mujeres” con una conferencia titulada: “Mutilaciones genitales femeninas: avances interdisciplinares”. Fue el primer acto de divulgación de la problemática de la MGF en la Comunidad Autónoma Vasca. A partir de ese momento su presencia en la comunidad vasca ha sido continua participando en diferentes actividades de divulgación organizadas por colectivos sociales, de inmigrantes, feministas y por técnicas de igualdad de las instituciones vascas. Su actividad de información y divulgación ha permitido dar a conocer una realidad hasta entonces desconocida. Se continuó con charlas y talleres para formación de distintos profesionales.

⁵¹ Agradecemos la aportación de Elo Mayo, ex directora de Inmigración, Igualdad y Cooperación de la Diputación Foral de Álava en la redacción de este apartado.

2. Actividades de formación a profesionales de la salud

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

En concreto, desde el *Grupo de Cooperación Internacional, Inmigración y Adopción* de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria varios pediatras comenzaron a preocuparse por el peligro que corren las niñas cuando viajan a países en los que se practica la MGF y a compartir con profesionales sanitarios materiales sobre la MGF a través de diferentes plataformas para acercarse a esta problemática. A la vez, se integraba esta materia a la formación que se imparte de manera continuada en la Asociación de Pediatría, tanto a nivel estatal, como en el País Vasco.

3. Actividades propias de las ONG

En la Comunidad Autónoma Vasca son tres las Organizaciones No Gubernamentales que trabajan la sensibilización en Mutilación Genital femenina.

Médicos del Mundo:

En el País Vasco Médicos del Mundo comenzó a trabajar en sensibilización sobre MGF a finales del año 2012 al igual que en Cataluña y Navarra, en Cataluña a través de un protocolo de actuación y en Navarra con intervención directa por medio de mediadoras interculturales.

En 2012 realizó un mapeo de la situación en el País Vasco basándose en los datos del EUSTAT (Instituto Vasco de Estadística) de 2011, un mapa en el que sitúa a las mujeres y niñas según su procedencia.

En el verano de 2013 se realizó una encuesta on-line dirigida a personal del ámbito sanitario (ginecología, pediatría, matronas, cirugías) y social (trabajadoras/es sociales y educadoras) del País Vasco. El objetivo del estudio era determinar el nivel de conocimientos y las actitudes del personal sanitario y social sobre MGF. Se lanzó la encuesta con la ayuda de los colegios profesionales, obteniéndose 816 contestaciones. Después se realizaron 60 entrevistas personales con personas claves del ámbito sanitario y social en las que se detectó sobre todo gran desconocimiento y falta de formación. La última fase se completó con la entrevista a mujeres y hombres de la población africana de países en los que existe la práctica de la MGF. Las entrevistas las realizó personal africano de sus

mismas etnias, pero, pese a ello, hubo dificultades en obtener respuestas.

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

- Una exposición titulada "Un viaje con compromiso: el valor de la prevención en la lucha contra la Mutilación Genital Femenina", iniciativa de Médicos del Mundo a nivel estatal adaptada a Euskadi y traducida al euskera y que está ya comprometida para todo el año 2014.
- Campañas y mesas redondas en las cuales se cuenta con personas expertas de otros territorios y con Biltzen (Servicio Vasco de Integración y Convivencia Intercultural), además de 2 documentales procedentes de Médicos del Mundo de Navarra y Cataluña como material de acompañamiento.

CEAR- Euskadi (Comisión Española de Ayuda al Refugiado):

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

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

Haurralde:

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

Se realizan actividades de sensibilización en Euskadi con presencia de mujeres que provienen del IAC desde Etiopía, Nigeria, Liberia, Mali, Somalia y Ginebra y de un grupo de mujeres de Barcelona con las que tienen contacto.

Han realizado un documento de sistematización de su trabajo y recomendaciones de actuación así como un vídeo documental sobre MGF titulado “FGM” que fue premiado en el Festival de Derechos Humanos de Donostia.

4. Iniciativas institucionales

Diputación Foral de Álava

En el año 2008 y en el marco de la colaboración y coordinación que en materia de cooperación al desarrollo y derechos humanos llevan a cabo las tres diputaciones forales de la Comunidad Autónoma Vasca, se realizaron tres conferencias divulgativas en las tres capitales vascas con la presencia de Adriana Kaplan.

A partir de ese momento, la Diputación Foral de Álava trabajó junto con Adriana Kaplan y la organización Wassu Kafo Gambia hasta que el 10 de agosto de 2009 se firmó un convenio para la ejecución de la primera fase del proyecto “Observatorio y nuevas estrategias para la prevención de la Mutilación genital femenina en Gambia: conocer para actuar” y posteriormente sucesivos convenios anuales para el desarrollo de las fases siguientes. El proyecto está localizado en Gambia y su objetivo es generar conocimientos científicos sobre las consecuencias de la MGF en la salud y transferir estos conocimientos a los actores clave de la sociedad para la prevención de la práctica por medio de la implantación de una nueva estrategia para su prevención a través del sistema nacional de salud.

Desde entonces y hasta la actualidad, se han suscrito convenios anuales para el desarrollo del proyecto, localizado en Gambia, cuyo objetivo es generar conocimientos científicos sobre las consecuencias de la MGF en la salud, así como transferir estos conocimientos a los agentes clave de la sociedad, implementando una nueva estrategia para la prevención de la práctica, a través del sistema nacional de salud, y de esta forma, mejorar las condiciones de vida de las niñas y mujeres gambianas.

En el marco de este Convenio el 15 de marzo de 2010 y con el objetivo de definir una estrategia de abordaje de la prevención de la MGF en el territorio alavés, han tenido lugar reuniones interinstitucionales con la Diputación Foral de Álava, Gobierno Vasco, Ayuntamiento de Vitoria, profesionales de los servicios sociales, jurídicos, sanitarios, educativos, asociaciones de inmigrantes, pediatras y enfermeras, que culminaron en la firma en 2011 de un nuevo convenio titulado “Observatorio y nuevas estrategias para la formación de los profesionales sobre mutilación genital

femenina en Álava: “Conocer para actuar en Álava”, cuyo objetivo es promover el cambio hacia actitudes favorables para la intervención educativa que permita un abordaje preventivo de la MGF desde la atención primaria en salud, servicios sociales y educación.

Ayuntamiento de Bilbao

El Área de Igualdad, Cooperación y Ciudadanía del Ayuntamiento de Bilbao aborda la prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) a través del programa “Mujer, Salud y Violencia”, que tiene como objetivo la prevención de la violencia a través del empoderamiento de las mujeres, apuntando especialmente a la población femenina latinoamericana y también a las mujeres de otros colectivos provenientes de África, China, Rumania y de etnia gitana. Los dos grandes ejes del programa son: salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia de género.

Dentro de las líneas de intervención del programa, la cuarta es la siguiente: *“4. Intervención piloto en materia de MGF. Se llevan a cabo talleres dirigidos a mujeres provenientes de países en los que se practica la MGF, con el objetivo de generar un espacio de reflexión y aprendizaje en torno a las pautas y conductas sobre las que se socializa y educa a las mujeres subsaharianas en general.”*

Se conformó un grupo de reflexión constituido por mujeres de procedencia de países con prevalencia en MGF para su formación como agentes de empoderamiento, que serán agentes clave en el trabajo con las mujeres africanas procedentes de estos países.

En 2012 se creó un grupo de trabajo con el objetivo de elaborar un protocolo para el abordaje de la MGF en el que participan el *Grupo Interdisciplinar para la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP)* dirigido por Adriana Kaplan así como profesionales de los servicios sanitarios, educativos, sociales y de igualdad así como del tejido asociativo.

BILTZEN (Servicio Vasco de Integración y Convivencia Intercultural)

El Servicio Vasco de Integración y Convivencia Intercultural, dependiente del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, ha sido referente a la hora de abordar los casos de MGF detectados en el País Vasco, colaborando con los servicios sociales de cada zona cuando así han sido requeridos

asesorando al personal de los servicios sociales, realizando labores de interlocución con la familia y elaborando un sistema de valoración de riesgo

5. Casos de intervención documentados

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

Estos son algunos de los casos conocidos:

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

- Familia procedente de un país donde se practica la MGF. Se abordó el problema en el mismo momento del viaje, obligando a la familia a firmar el documento de compromiso preventivo. La familia nunca regresó al País Vasco.

11. HACIA ABORDAJES PREVENTIVOS, RESPETUOSOS Y EFICACES

El abordaje de la MGF conlleva nuevos retos y problemas emergentes que requieren una labor de sensibilización y formación que haga posible una intervención preventiva y eficaz por parte de los profesionales de atención primaria y un trabajo consciente y riguroso de información, formación y sensibilización, tanto con las comunidades directamente afectadas como con los colectivos profesionales de primera línea que trabajan con la población migrante: sanitarios, educativos y del trabajo social.

Ante el importante papel que puede y debe jugar la atención primaria en la atención, detección del riesgo de las MGF y su prevención, se proponen distintas intervenciones para incidir en la sensibilización de profesionales, mejorar su formación desarrollando competencias interculturales que posibiliten la atención adecuada a las mujeres que la han sufrido y el abordaje de las situaciones de riesgo desde una perspectiva preventiva.

A modo de conclusión: 10 propuestas para una acción eficaz

1. Desarrollar programas formativos que permitan capacitar a profesionales en la atención de mujeres ya mutiladas así como en la detección, reconocimiento e intervención con familias y niñas en situación de riesgo de sufrir una MGF. Algunas propuestas en este sentido son la elaboración de materiales para profesionales (adaptación de guías, material videográfico), diseño de actividades formativas y preparación de materiales facilitadores de la intervención dirigidos a las familias.
2. Identificar a las niñas en riesgo. Se trata de niñas en edad premenstrual nacidas mayoritariamente en España, cuyos padres proceden de países del África subsahariana con elevadas prevalencias de MGF. SE disponen de datos censales o padronales que permiten hacer una estimación de esta población o, por otra parte, desde los historiales de familias usuarias de los servicios sociales y los registros de población adscrita a los centros de salud o a partir de las historias clínicas informatizadas en las que debería registrarse esta situación como un factor de riesgo. Los datos de que se disponen apuntan a que no todas las familias

cuyo perfil se ajusta a las características mencionadas desean «iniciar» a sus hijas y cada vez son más las que tienen dificultades para tomar una decisión definitiva y se debaten entre transgredir la norma cultural y renunciar a la MGF de sus hijas o ceder a las presiones de sus mayores en la comunidad de origen y permitir que ésta se lleve a cabo. Conviene, por lo tanto, sobre todo ser prudentes y no llegar a conclusiones apresuradas que puedan provocar intervenciones inadecuadas.

3. Realizar una aproximación a la cuestión de la MGF desde cualquiera de los posibles puntos de contacto con las familias: en el ámbito de la atención primaria de salud, revisiones habituales del programa de salud infantil, revisiones ginecológicas, consultas con motivo de un viaje al país de origen, consultas por problemas de salud de la madre, consultas con el trabajador social, diálogos con educadores, etc. Pediatras, enfermeras, comadronas, médicos de familia, ginecólogos, profesionales del trabajo social y educadores tienen un papel muy importante en su actividad diaria.
4. Indagar, siempre desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización, sobre las actitudes del padre y de la madre frente a la mutilación. Preguntar si la madre sufrió mutilación, saber qué piensan, si desean regresar a su país de origen, si van a aprovechar unas vacaciones para practicarla allí. Transmitir respeto por sus prácticas rituales, aunque desaprobación por las consecuencias físicas y psíquicas sobre las niñas, dándoles a entender que se conocen.
5. Informar y educar siempre sobre la anatomía normal de los genitales femeninos y sobre las complicaciones físicas y psicológicas que puede padecer la hija si se le realiza la MGF. Evidentemente, informar sobre la legislación vigente, sobre la prohibición de realizarla y sobre las consecuencias legales que ello conlleva, aunque no se realice la mutilación en España. Si la familia tiene alguna hija que ya ha sido mutilada en el pasado, indagar la situación de otras hijas menores, siempre tratando de evitar el sentimiento de culpabilidad por el daño causado, ya que así será más fácil intervenir sobre nuevos casos.
6. Reforzar la decisión de no mutilar. Cuando se ha hablado con los padres y las madres para informarles de las consecuencias físicas, psicológicas y legales que pueden derivarse de practicar una MGF sobre sus hijas y éstos deciden no llevarla a cabo, se recomienda reforzar esta acción proponiendo a los padres la firma de un compromiso preventivo. Se trata de un documento a modo de carta que explica las consecuencias legales que dicha práctica puede

acarrear a las familias y a la niña en el momento del retorno a España y puede ser esgrimido por los padres y las madres frente a su comunidad en el país de origen como elemento de apoyo a su decisión de no mutilar. Al mismo nivel de seriedad, lograr un acuerdo verbal con el padre, expresado en presencia de testigos reconocidos de su etnia o clan, también ofrece el apoyo y las garantías necesarias. Por otro lado, es fundamental tener en cuenta que el compromiso preventivo, ya sea en forma de carta o a través de un pacto simbólico, no es un fin en sí mismo, sino que será la culminación de un proceso que garantice que los padres y las madres han recibido la información que les permita tomar una decisión y posicionarse en relación al problema con respeto, autonomía y conocimiento del entorno legal del país de acogida y del de origen. Su obtención no excluye ni sustituye las otras medidas judiciales a realizar en caso de existir una situación de elevado riesgo con un posicionamiento firme de la familia a favor de la MGF.

7. Estar atentos ante la proximidad de un viaje de la niña o de la familia al país de origen. Frente a esta situación que se debe intentar concretar con los padres su decisión (compromiso preventivo) de no realizar la mutilación en su país. Transmitir firmeza en nuestra actitud de que, si se lleva a cabo la MGF, se está obligado a denunciarlo. A la vuelta del viaje la niña debe ser citada para una exploración completa. Si no ha habido mutilación, se reforzará la decisión. Si ha habido mutilación, se debe comunicar a la familia que es obligatorio poner el hecho en conocimiento de la fiscalía correspondiente.
8. Ante la situación de un inminente viaje y el posicionamiento firme de los padres a favor de la MGF, se les debe informar de que, si se practicara la mutilación, cualquier conocedor del hecho estaría obligado a ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial. Se recomienda buscar asesoramiento legal y la colaboración de una mediación intercultural, desde una mirada antropológica.
9. Iniciar el abordaje sin la presión del tiempo o de la necesidad de una intervención inmediata ante el planteamiento de un viaje inminente.
10. Intentar coordinar estrategias de abordaje compartido con los diversos servicios y dispositivos de la comunidad:
 - Con los servicios sociales de los equipos de atención primaria y del municipio.

- Con otros dispositivos asistenciales: servicios de pediatría hospitalaria, servicios de ginecología, planificación familiar, etc.
- Con las escuelas. Los maestros y maestras pueden ser, en ocasiones, los primeros conocedores de un viaje al país de origen. Por otro lado, en la escuela pueden detectarse anomalías en el comportamiento de las niñas cuando han sido mutiladas, por lo que hay que posibilitar también en la escuela un abordaje preventivo que sea respetuoso con el bagaje cultural de estas niñas. Es interesante abordar qué es la MGF en el contexto de actividades educativas dirigidas a una sensibilización en derechos humanos y en el tema de la violencia contra las mujeres.
- Con servicios de mediación intercultural con un buen conocimiento de la problemática y su abordaje preventivo.
- Con los líderes de opinión y autoridades religiosas vinculadas a entidades y asociaciones de inmigrantes de la zona. Las actividades de formación que incluyan una sensibilización sobre las MGF deben llevarse a cabo también con los hombres.
- Con la fiscalía, ya que es importante mantener vías de comunicación que permitan modular las intervenciones

Evidentemente todas estas propuestas requieren del apoyo firme y continuado de los poderes públicos, apoyo que pasa por mejorar las habilidades de los profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales para el abordaje de las MGF mediante una formación adecuada y por reforzar las estructuras de mediación intercultural.

Hay que ser conscientes de que para las mujeres africanas la renuncia a la MGF se vive como un choque entre su identidad tradicional y unos valores que se les imponen desde fuera. Es una experiencia de transgresión y ruptura con lo preestablecido en su cultura, un proceso de cambio lento y acompañado para la construcción de una identidad nueva.

Cabe subrayar que las intervenciones de profesionales realizadas con las familias y encaminadas a la prevención de una MGF han sido, desde los inicios, efectivas, y han evitado muchos casos sin necesidad de recurrir a los dispositivos judiciales. Es un problema cada vez más frecuente y que, por su naturaleza, trasciende el ámbito meramente asistencial por su implicación con derechos universales de las personas, por el compromiso moral en la defensa de estos derechos y por tratarse de un modelo de intervención positiva en cuanto a la atención transcultural respetuosa con los valores y las culturas. La experiencia, tanto en los países de origen como en distintos países receptores, anima a continuar intentando la erradicación de esta práctica.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía general:

- ANDRO, A. y LESCLINGAND, M (2007) "Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France" en Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Etudes Démographiques, Oct, 438.
- BEDOYA, M. H. y KAPLAN, A. (2004) Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica en de LUCAS, J. y GARCIA AÑÓN, J. (Ed.) Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report, Universitat de Valencia.
- BEDOYA, M.H. y KAPLAN, A. (2009) Las mutilaciones genitales femeninas: asilo, identidad y derechos humanos. En, Comisión de Ayuda al Refugiado en Euskadi, El sistema de asilo español frente a la violación de los derechos humanos de las mujeres y de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (pág. 63-75), Bilbao.
- BLEDSOE C, HOULE R, SOW P. High fertility Gambians in low fertility Spain: The dynamics of child accumulation across transnational space. Demographic Res. 2007; 16(12):375-412. (<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol16/12/>)
- BRIGGS, LA. (2002) "Male and female viewpoints on female circumcision in Ekpeye, Rivers State, Nigeria". African Journal of Reproductive Health 6 [3]: 44-52.
- CASTAÑEDA REYES, J.C. (2003) Fronteras del placer; fronteras de la culpa. A propósito de la mutilación femenina en Egipto. México. Primera edición.
- CHELALA, C. (1998) An alternative way to stop female genital mutilation. The Lancet, Vol. 352, July 11.
- COHEN, S. (1988) Visiones de control social. PPU, Barcelona.
- DUBOURG, D.; RICHARD, F.; LEYE, E.; NDAME, S.; ROMMENS y T.; MAES, S. (2011) "Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium" en The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception 2011;2011/05/13:248-57. 11
- DHALA, E. (2013) Knowledge of General Practitioners in Ireland on Female Genital Mutilation. Survey. Dublin, AkiDwa.
- DORKENOO, E. y MORISON, L. (2007) A statistical study to estimate the prevalence of female genital mutilation in England and Wales. Londres, FORWARD: Foundation for Women's Health Research and Development.
- EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (EIGE) (2013) Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

- EXTERKATE, M. (2013) Female genital mutilation in the Netherlands. Prevalence, incidence and determinants. Utrecht, Pharos.
- GAGE, A.J & VAN ROSSEM, R. (2006) "Attitudes toward the discontinuation of female genital cutting among men and women in Guinea," *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 92, no. 1: 92–96.
- GÓMEZ, A. (2013) *La Mutilación Genital Femenina en España*. Universitat de Barcelona [Tesis no publicada]
- GRUENBAUM E. (2005) Socio-cultural dynamics of female genital cutting: Research findings, gaps, and directions. *Cult Health Sex*. 7 (5): 429-41.
- GRUPO INTERDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN Y EL ESTUDIO DE LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES PERJUDICIALES-GIPE/PTP (2006) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España*. Barcelona [informe sin publicar]
- HERNLUND, Y (2000) "Cutting without ritual and ritual without cutting: female circumcision and the re-ritualization of Initiation in The Gambia" en SHELL-DUNCAN, B. y HERNLUND, Y. (eds.) (2000) *Female Circumcision in Africa: Culture, Controversy and change*. Rienner publishers, London, UK.
- ISTITUTO PIEPOLI (2009) *Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia*. Presidency of the Council of Ministries
- KAPLAN, A. (1998) *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social*. X Premio de Investigación en Ciencias Sociales Dr Rogeli Duocastella. Barcelona, Fundación "La Caixa".
- KAPLAN, A. y BEDOYA, M.H. (2002) *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica*. Granada, III Congreso de las Migraciones en España.
- KAPLAN, A.; MERINO, M. y FRANCH, M. (2002) *Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas*. Barcelona, IDIL.
- KAPLAN, A. (2003) "Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas en Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos" en FPFE, Madrid 4:23.
- KAPLAN, A.; RISLER, S. (2004) *Iniciación sin mutilación* [documental en vídeo]. Barcelona: Ovideo Producciones.
- KAPLAN, A. (2006) "Un estudio sobre la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio de las mujeres migratorias senegambianas" en *Género e Inmigración*, Bilbao, Bilbao Harresiak Apurtuz, pp. 109-120.
- KAPLAN, A.; TORAN, P.; BEDOYA, M.H. et al (2006) "Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la Atención Primaria" en *Atención Primaria* 38(2) pp. 122-6.

- KAPLAN, A.; TORAN, P.; BEDOYA, M. H. et al (2006) "Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales" en Revista Migraciones Nº 19, Madrid. pp. 189-217.
- KAPLAN, A.; TORAN, P. y MORENO, J. (2009) "Nuevas estrategias para el abordaje de las mutilaciones genitales femeninas: la iniciación sin mutilación. Un abordaje circular Gambia-España" en MOLINA, E. y SAN MIGUEL, N. (Coords.) Universidad, Género y desarrollo. Buenas prácticas en derechos Humanos de las Mujeres. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid/Ministerio de Asuntos Exteriores, Madrid.
- KAPLAN, A.; TORAN, P.; MORENO, J.; et al (2009) "Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence" en BMC Health Services Research, No9: BioMed Central. pp.11.
- KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2010) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009 Antropología Aplicada 1. Bellaterra, Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.
- KAPLAN, A.; FERNÁNDEZ, N.; MORENO, J. et al. (2010) "Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families" en BMC Public Health Nº10: BioMed Central pp. 193.
- KAPLAN, A.; HECHAVARRÍA, S; MARTÍN, M.y BONHOURE, I (2011) "Health consequences of female genital mutilation/cutting in The Gambia, evidence into action", en Reproductive Health 2011 (8) pp. 26.
- KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013): Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.
- KAPLAN, A.; CHAM, B.; NJIE, L.; SEIXAS, A.; BLANCO, S.; UTZET, M. (2013). "Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men", in Obstetrics and Gynecology International, vol. 2013, Article ID 643780.
- KÖSZEGHY, L. (2012) FGM prevalence in Hungary – estimation. Budapest: MONA - Magyarországi Női Alapítvány; disponible en <http://mona-alapitvany.hu/wpcontent/uploads/2012/11/fgm-prevalence-in-hungary-estimation.pdf> (consultado: 16.10.2013)
- LEYE, E. y DEBLONDE, J. (2004) Belgian legislation regarding female genital mutilation and the implementation of the law in Belgium. Gante, International Centre for Reproductive Health (ICRH). Report Nº 9.
- LEYE E, POWELL RA, NIENHUIS G, CLAEYS P, TEMMERMAN M. (2006) Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation. Health Care Women Int. 27 (4):362-78.
- LUCAS, B. (2007) La ablación genital femenina, una práctica inaceptable desde la perspectiva de los Derechos Humanos. Balance de la situación y recomendaciones para su erradicación. [Tesis no publicada para el Máster Oficial en Estudios Avanzados en Derechos Humanos –

curso 2006-2007 Instituto de Derechos Humanos « Bartolomé de Las Casas » de la Universidad Carlos III de Madrid].

- LUCAS, B. (2011) Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal.
- [Informe de la doctoranda en Estudios Avanzados en Derechos Humanos en el Instituto Bartolomé de Las Casas de Universidad Carlos III de Madrid y en Antropología jurídica en la Universidad La Sorbonne-Paris I (Francia). [Documento no publicado, policopiado, 32 páginas].
- MANGAS, A. (2010) El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas. Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. [Tesina no publicada, en el marco del Master de Investigación Etnografía, Teoría Antropológica y Relaciones Interculturales, de la UAB].
- MANGAS, A. [2011-2015] Una mirada caleidoscópica de la mutilación genital femenina en Cataluña. Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. [Tesis doctoral en curso]
- OLLER, I. (2012) La prevenció de la MGF a través del treball comunitari. Universitat de Girona. Trabajo prácticum para la licenciatura de pedagogía. [No publicado, policopiado, 144 páginas].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS (2013) Mutilación genital femenina, disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/> (consultado: 07.06.2013).
- PLAYÁ MASET, J. (2005) “Primer paso para abolir la ablación”, en Diario La Vanguardia, 8 de julio de 2005.
- ROPERO, J (2001) "El derecho penal ante la mutilación genital femenina", en Diario 5383 de 26 de septiembre de 2001, Madrid.
- STELLUNGNAHME VON TERRE DES FEMMES (2007) “Menschenrechte für die Frau zu der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Thema” en Bekämpfung von Genitalverstümmelungen. Terre des Femmes, Germany.
- TAMADDON L, JOHNSDOTTER S, LILJESTRAND J, ESSÉN B. Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting. Health Care Women Int. 2006;27(8):709-22.
- THIERFELDER C, TANNER M, KESSLER BODIANG CM. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. Eur J Public Health. 2005; 15: 85-90.
- TOUBIA, N.F, SHARIEF E.H. (2003) “Female Genital Mutilation: Have we made progress?” International Journal of Gynecology and Obstetrics 82: 251-261.
- UNICEF (2013) Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Nueva York, UNICEF.

- UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO (2008) Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. WHO, Geneva.
- V.V.A.A. (2011) Informe sobre la MGF a les comarques Gironines. [No publicado, policopiado, 46 páginas].

Protocolos

- Generalitat de Catalunya (2007) *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* disponible en <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/Protocolo%20-%20MGF.pdf> (consultado: 13. 04. 2014)
- Gobierno de Aragón (2011) *Protocolo para la prevención y actuación antes de la Mutilación Genital Femenina en Aragón* disponible en <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/Protocolo%20-%20MGF.pdf> (consultado: 21.04.2014)
- Gobierno de Navarra (2013) Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra, disponible en <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD-D49E366E4C9F/257532/Protocolo25junio1.pdf> (consultado: 29.04.2014)

Guías y Manuales

- Agirregomezkorta, R. y Fuentes, I. (2011) *La Mutilación Genital Femenina. Guía Práctica. Paz y Desarrollo ONG*, disponible en http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf (consultado: 07.04.2014)
- Kaplan, A. y Martínez, C. (2004) *Mutilación Genital Femenina: Prevención y atención. Guía para profesionales*. Associació Catalana de Llevadors, disponible en http://www.aen.es/docs/guias_vg/guia_mutilacion_genital.pdf (consultado: 07.04.2014)
- Kaplan, A. y Pérez, M.J (Coord) (2006) *Mutilació Genital Femenina: Prevenció i atenció. Guia per a professionals*. Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Institut Català de Salut –ICS, disponible en http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html (consultado: 12.04.2014)
- Kaplan, A.; Moreno, J.; Pérez Jarauta, M.J (Coord) (2010) *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra, disponible en http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html (consultado: 12.04.2014)
- Medicus Mundi Andalucía (2008) *Mutilación Genital Femenina. Abordaje y prevención*, disponible en

http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC123783001_Guia2peqpdf
(consultado: 13.04.2014)

- Medicus Mundi Andalucía (2008) *Mutilación Genital Femenina: más que un problema de salud*, disponible en http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC123783001_Guia1peqpdf
(consultado: 13.04.2014)
- Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) (2011) *La MGF en España. Prevención e intervención*, disponible en <http://lasexologia.com/wp-content/uploads/2013/04/MGF-en-Espa%C3%B1a.pdf> (consultado: 06.04.2014)

ANEXO:

SENTENCIAS Y PRENSA SOBRE CASOS DE MGF

❖ CASO MATARÓ (CATALUÑA) – 1993

PRENSA:

“África en el Maresme”, en El País, 7 de marzo de 1993.

❖ CASO ALCAÑIZ, TERUEL (ARAGÓN) – 2011

SENTENCIAS:

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

Tribunal Supremo de Madrid, Roj: STS 7827/2012, N° de recurso: 3/2012, N° de resolución 835

PRENSA:

“Juicio a un matrimonio por la ablación de clítoris de su hija” en El País, 10 de noviembre de 2011.

❖ CASO PREMIÀ DE MAR (CATALUNYA) – 2011

SENTENCIAS:

Sentencia 36/2012, Roj:SAN 3429/2012, Audiencia Nacional de Madrid N° de Recurso: 13/2011 N° de Resolución: 36/2012

Sentencia 36/2012, Roj:SAN 1323/2013, Audiencia Nacional de Madrid N° de Recurso: 13/2011 N° de Resolución: 36/2013

Sentencia 36/2012, Roj:STS 5908/2013, Tribunal Supremo de Madrid N° de Recurso: 823/2013 N° de Resolución: 939/2013

PRENSA:

“Condenada una mujer por la ablación genital que sufrió su hija en Senegal” en El País, 8 de abril de 2013.

“El supremo anula la condena a una madre por la ablación de su hija” en El País, 23 de diciembre de 2013.

❖ CASO VILANOVA I LA GELTRÚ (CATALUNYA) – 2013

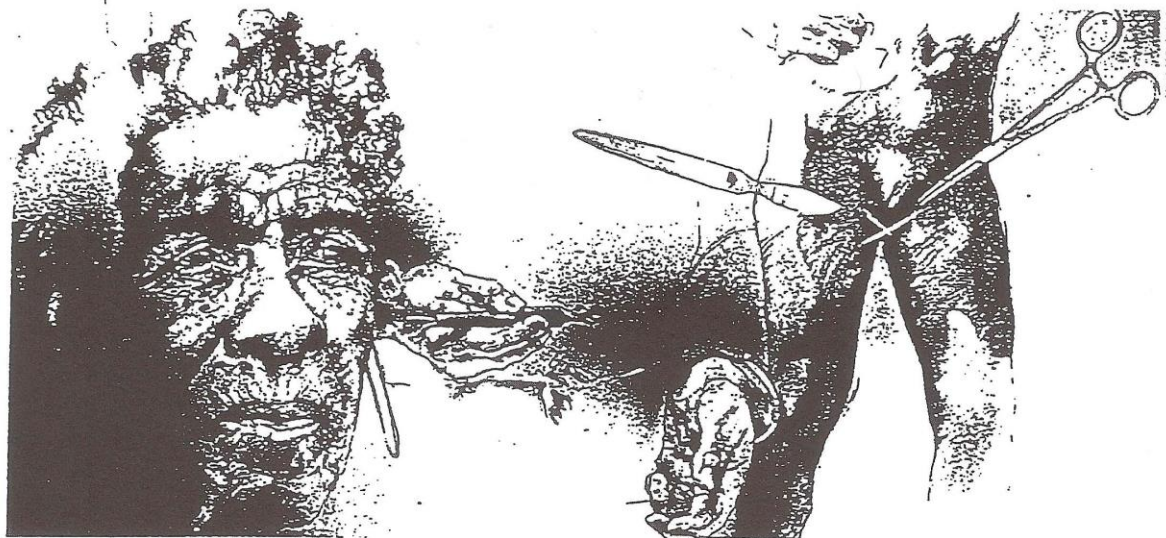
SENTENCIAS:

Rollo procedimiento ordinario n° 3/2012, Sumario núm. 1/2011, Juzgado de Instrucción n° 9 Vilanova i la Geltrú

PRENSA:

“Penas de 12 años de cárcel a unos padres por practicar la ablación a sus dos hijas” en El País, 22 de mayo de 2013.

“Anulada la primera condena por una ablación realizada fuera de España” en El Periódico de Catalunya, 23 de diciembre de 2013.



África en el Maresme

Las mutilaciones del clitoris, un ancestral rito que se sigue practicando a las hijas de emigrantes

L MILAGROS PÉREZ OLIVA

Las dos tenían menos de diez años y las dos acudieron al servicio de urgencias del hospital de Mataró y de Girona por el mismo problema: anemia. Eran niñas hijas de inmigrantes de origen gambiano, y cuando el médico las exploró observó con sorpresa que sus genitales estaban mutilados. Pequeña escisión en la zona del clitoris. Herida limpia y cicatrizada. Habían sido sometidas a una ablación del clitoris, la más suave de los tres tipos de mutilaciones sexuales que sufren más de setenta millones de mujeres africanas por una costumbre ancestral que se mantiene gracias a un tabú sólidamente cimentado.

Dos jueces deberán dictaminar ahora si los padres incurrieron en responsabilidad penal por haber propiciado esta agresión a sus hijas. Pero tanto las asociaciones de emigrantes como las organizaciones humanitarias se han apresurado a advertir que, por mucho que a los ojos de un occidental la extirpación del clitoris sea una horrible mutilación, poco se conseguirá llevando a la cárcel a unos padres que en realidad son más víctimas que verdugos y en cuyo ánimo nunca ha mediado la voluntad de hacer daño a su hija, sino todo lo contrario: asegurar que en caso de retorno a la comunidad de origen la niña esté en condiciones de demostrar que ha cumplido con las exigencias de la tradición.

Son los primeros casos que se conocen en España, pero en otros países europeos con mayor contingente de inmigrantes es algo que se plantea con frecuencia. Hace apenas unas semanas fue condenada en Francia a un año de prisión una madre que participó en la mutilación de su hija, lejos de su África natal, donde este ritual sigue siendo habitual.

Scilla McLean y Stella Efua describen, en un informe que ha traducido el Centro de Información y Documentación Africanas, de Madrid, los tres tipos de mutilaciones genitales que se practican. La circuncisión es la más leve y consiste en practicar un corte en el prepucio o capucha que envuelve al clitoris. En las comunidades musulmanas se la denomina *sunna*, que quiere decir tradición, y en este caso el clitoris queda parcialmente mutilado pero no pierde totalmente la sensibilidad.

Una mutilación completa

La escisión, en cambio, consiste en la extracción total del clitoris y de una parte o la totalidad de los labios menores. Se trata de una mutilación completa, por lo que la mujer pierde este órgano de estimulación sexual que constituye una zona erógena primaria, según los sexólogos William Masters y Virginia Johnson.

La mutilación más terrible es, sin embargo, la infibulación. La niña pierde el clitoris, los labios menores completos y una parte importante de los labios mayores. Practicada la extirpación, se le cosen ambos lados de la vulva con hilo de seda o con espinas de acacia, excepto un pequeño orificio que queda abierto mediante una caña, por el que sangrará en el futuro la menstruación. La niña es entonces atada y vendada con las piernas bien juntas, desde la cadera hasta los tobillos, para facilitar la cicatrización. Y así debe permanecer, completamente inmóvil, durante un interminable periodo, que en algunas comunidades se prolonga hasta 40 días.

El impacto físico y psicológico que la mutilación tiene sobre las niñas y adolescentes varía mucho, según sea el contexto en que se realiza. Obviamente, no deja la misma huella una ablación parcial de clitoris que una

infibulación, ni una extirpación hecha en una ceremonia de iniciación, con todas las demás niñas de la tribu y llena de significados mágicos, que esa misma extirpación practicada fuera del contexto original, en una habitación cualquiera de un arrabal por un grupo de mujeres que atan a la niña y le arrancan el sexo, simplemente porque se ha de cumplir una tradición.

"En su medio natural, la tribu, la ablación era menos traumática de lo que nos imaginamos. Tenía un significado de limpieza, y se practicaba normalmente antes de aparecer la primera menstruación", afirma Adriana Kaplan, de la Universidad Autónoma de Barcelona, que ha colaborado con la Oficina de la Mujer del Gobierno de Gambia. "Era claramente una ceremonia de iniciación, un ritual deseado y bien aceptado por las niñas porque de lo contrario serían consideradas no aptas, diferentes, ajenas a la comunidad".

corroboró el antropólogo Josep Barnadas. Eso era en el contexto de la tribu. Pero, en la mayoría de los casos, la mutilación se practica ahora despojada de todo ritual, vaciada de significado. La operación no puede ser realizada por cualquiera. "Sólo las mujeres especialmente dotadas para ello ante los ojos de la comunidad pueden tocar el sexo de las niñas", explica Adriana Kaplan.

Medios judiciales que investigan los dos casos producidos en Cataluña creen que estas ablaciones podrían haber sido realizadas por una operadora especialmente venida desde Gambia para tal

propósito, y probablemente no son las únicas niñas que han sido sometidas a la operación.

Normalmente, la encargada de efectuar la ablación es una mujer a la que se atribuyen poderes ocultos. En Somalia recibe el nombre de *gedda* mientras que en Egipto o Sudán se la llama *dayya*. En algunas aldeas egipcias la practican los barberos, y en otros países, incluso las maratonas. En cualquier caso, raramente es la madre, por razones obvias.

En las tribus en que se practica la infibulación para preservar la virginidad, la mutilación tiene un papel muy importante en la noche de bodas. "Vosotros, las occidentales, habéis tenido durante muchos años el tabú de la noche de bodas, porque identificabais penetración con dolor, por el miedo que os producía la ruptura de la fina tela del himen. Imagina por un momento cuál puede ser la representación mental de una penetración con la vagina cosida".

dice Elma, una joven africana que reside en Barcelona.

Ella tuvo la suerte de no ser mutilada, porque su familia adoptó las costumbres occidentales hace tiempo, pero conoce el sufrimiento de muchas amigas. "La verdad es que en algunos casos era una mezcla de terror y satisfacción, porque les daba miedo, pero al mismo tiempo se sentían confortadas, porque eso significaba que eran puras y no serían rechazadas".

De hecho, la introducción de la medicina moderna y de los modelos culturales occidentales está generando un enorme con-

flicto vital en muchas mujeres africanas. Muchas jóvenes se debaten hoy entre dos modelos, la mujer ancestral frente a la mujer transgresora, una vieja diáspora que en el medio cultural africano tiene unas connotaciones muy especiales: "No es lo mismo ser transgresora en Occidente, donde predomina la individualidad sobre el colectivo, que ser transgresora en una comunidad africana, donde la conciencia de individuo es muy débil porque toda la identidad personal está construida sobre la base de pertenecer a un colectivo muy compacto, que se rige por fuertes lazos de unión", explica Adriana Kaplan.

Si el conflicto es agudo en África, en las cerradas —por no aceptadas— comunidades de emigrantes como los del Maresme, adquiere connotaciones más desgarradoras. El mito del retorno, expresión clara de que no existen canales adecuados de integración, revaloriza las prácticas ancestrales como un elemento de cohesión del grupo, de cimentación de la propia identidad, frente a un mundo que perciben como hostil.

Las madres que han vivido las tradiciones se sienten obligadas a transmitirles. Pero para sus hijas, esas niñas de siete, nueve años, que van a la escuela, se ven como las niñas españolas, leen los mismos cuentos y ven los mismos dibujos animados, el poblado es ya un referente remoto, y el rito de la iniciación, algo que probablemente no pueden comprender.

Las asociaciones de africanos han recomendado a sus miembros no efectuar ablaciones aquí, para evitar problemas con la justicia. "Si algún padre se cree en el deber de hacerlo, es mejor que viaje a su país para ello", ha recomendado Kassim Yai, portavoz de la Asociación de Africanos de Cataluña. Pero los hombres tienen poco que decir en este asunto.

AUDIENCIA PROVINCIAL DE TERUEL

ROLLO PENAL Nº 12/2011

SUMARIO Nº 3/2010

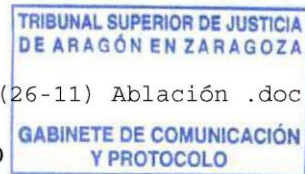
JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 1 DE Alcañiz

S E N T E N C I A Nº 26

En la ciudad de Teruel, a quince de noviembre de dos mil once.

La Audiencia Provincial de Teruel, integrada para este asunto por los Ilmos. Señores Magistrados don Fermín Hernández Gironella, Presidente, doña María Teresa Rivera Blasco, Ponente de la presente resolución, y don Juan Carlos Hernández Alegre, ha visto en juicio oral y público los autos que integran la presente causa, tramitada por Sumario nº 3/2010, Rollo 12/2011, incoado en el Juzgado de Instrucción nº 1 de Alcañiz, contra **MAMADOU D.**, nacido en Gambia el día 16 de abril de 1983, con domicilio en Alcañiz, sin que consten antecedentes penales, en libertad por esta causa, de la que no estuvo privado en ningún momento, y contra **NYUMA S.**, nacida en Gambia el 15 de junio de 1986, con domicilio en Alcañiz, sin que consten antecedentes penales, en libertad por esta causa, de la que no estuvo privada en ningún momento.

Han sido partes en el proceso el Ministerio Fiscal como acusador público, representado por la Ilma. Sra. Doña Carmen Modrego, y los acusados, representados por el Procurador don Manuel Ángel Salvador Catalán y defendidos por el letrado don Félix Gil Brenchat. La Ponente expresa el parecer de la Sala.



11.11.16 ST APT (26-11) Ablación .doc

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- En el juicio oral, que tuvo lugar el día ocho del presente mes de noviembre, se practicaron las pruebas propuestas por las partes y admitidas, con el resultado que consta en el acta.

SEGUNDO.- El Ministerio Fiscal, en sus conclusiones definitivas, consideró a los acusados autores de un delito de lesiones, mutilación genital, del artículo 149.2 del Código Penal y solicitó imponerles la pena de prisión durante seis años y la accesoria legal de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de sufragio durante el tiempo de la condena. Pago de las costas procesales.

TERCERO.- La defensa de los acusados solicitó la libre absolución de sus defendidos.

HECHOS PROBADOS

Probado y así se declara que en fecha 21 de mayo de 2009 nació en la República de Gambia Isa D., hija de los procesados MAMADOU D. y Niuma S.. El día 4 de septiembre de 2009 Niuma S. y su hija Isa entraron legalmente en territorio español donde se hallaba ya residiendo el Sr. D. desde hacía diez años, fijando el domicilio familiar en el término municipal de Alcañiz (Teruel). Ninguno de los tres ha realizado viaje alguno a país extranjero desde esta fecha, permaneciendo desde entonces en territorio español.

En fecha no concretada pero comprendida entre los días 20 de noviembre de 2009 y 25 de mayo de 2010, los procesados, puestos de común acuerdo bien directamente o bien a través de persona de identidad desconocida pero contribuyendo eficazmente a tal fin, extirparon el clítoris de la menor motivados por sus creencias religiosas y culturales, siendo conocedor el procesado MAMADOU D. de la prohibición de esta práctica en su país de residencia, conocimiento del que carecía la procesada NYUMA S..



11.11.16 ST APT (26-11) Ablación .doc

Como consecuencia de estos hechos Isa D. resultó con lesiones consistentes en amputación de clítoris con cicatriz lineal con secuelas en su capacidad sexual, no imposibilitando la relación sexual pero sí alterando el placer sexual.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. Los hechos declarados probados son legalmente constitutivos de un delito de lesiones, mutilación genital, previsto y penado en el artículo 149.2 del Código Penal.

Castiga dicho precepto al que "causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones", considerándose como tal la amputación del clítoris según informe del Médico Forense obrante en las actuaciones, que no imposibilita a la mujer la relación sexual pero sí altera su placer sexual. La ablación del clítoris persigue controlar la sexualidad de la mujer y, además de la peligrosidad que conlleva pues las condiciones en que se practica no suelen ser higiénicas, las afectadas padecen secuelas durante toda su vida: además del trauma, infecciones vaginales, lesiones renales, depresión, ansiedad, tumores, impidiendo todo tipo de gozo sexual y provocando dolor, en ocasiones extremo, en el momento de la penetración y el parto. Resulta evidente que para la sociedad española la ablación del clítoris supone una de las prácticas más detestables que puede realizar una sociedad contra sus niñas pues va en contra de la dignidad de las mujeres y de sus derechos como persona.

Ante el hecho evidente de que a la hija de los procesados, nacida el 21 de mayo de 2009, le fue extirpado el clítoris con anterioridad al día 25 de mayo de 2010 en que se le practicó una revisión médica en el Centro de Salud de Alcañiz y fue apreciada dicha circunstancia por la médico y la pediatra que atendieron a la menor, mutilación que no es negada por los padres de ésta, el letrado de MAMADOU D. y NYUMA S. argumentó en defensa de los procesados que dicha ablación se practicó en Gambia antes de que Isa viajara a España con su madre en el mes de septiembre de 2009, declarando el Sr. D. en el

juicio que fueron los abuelos de su hija quienes la llevaron a un curandero para realizarle el "corte" por ser costumbre en su país dicha práctica, sin que su esposa pudiera tomar decisión alguna al respecto.

Así pues, la primera cuestión que se plantea es si realmente la mutilación se realizó con anterioridad a la llegada de la procesada Niuma S.y su hija a nuestro país o tuvo lugar posteriormente cuando ya habían fijado su residencia junto con MAMADOU D. en la ciudad de Alcañiz.

No ofrece duda a este Tribunal que los procesados extirparon el clítoris de la menor, bien directamente o bien a través de persona de identidad desconocida pero con su beneplácito, en fecha no concretada pero comprendida entre los días 20 de noviembre de 2009 y 25 de mayo de 2010, es decir, cuando la niña ya se encontraba residiendo en España con sus padres. Y se llega a esta convicción porque las pruebas practicadas en el juicio son contundentes en este sentido: Isa D. fue llevada al Centro de Salud el día 7 de septiembre de 2009 por su madre NYUMA S. donde la pediatra Dra. Villa-C. le realizó una revisión somera porque la finalidad era la vacunación, razón por la que fue remitida a enfermería sin haberle llegado a hacer una exploración minuciosa. Posteriormente, en fecha 20 de noviembre de 2009, la procesada llevó a Isa al Centro de Salud para que le fuera realizada la revisión de los seis meses, siendo atendida por la mencionada pediatra, la cual, siguiendo el protocolo marcado dentro del programa "Niño sano", efectuó un examen detallado de la niña que incluía la exploración de sus genitales, y no observando la doctora nada anormal en los mismos lo hizo constar así en su informe: "Genitales externos: Normal".

Se ha querido por la defensa desvirtuar el informe de esta pediatra alegando que las fechas de atención a la menor referidas en la declaración que prestó en instrucción y las mencionadas en el acto del juicio no coinciden, así como que en esta última declaración no recordaba el caso concreto y por lo tanto si efectivamente había realizado la exploración de los genitales de Isa. Pues bien, es evidente que ha transcurrido mucho tiempo desde que el día 20 de noviembre de 2009 la Dra. Villa-Ceballos examinó a la niña hasta el día del

11.11.16 ST APT (26-11) Ablación .doc

juicio, pero lo que sí dejó claro la testigo es que si hizo constar en el informe médico que los genitales externos eran normales es porque efectivamente los observó, práctica que dice realizar siempre porque forma parte del protocolo para comprobar que el desarrollo de los niños es correcto. Y lo que también es incuestionable es que es fácilmente comprobable si una menor carece de clítoris, incluso para un profano en medicina; en este sentido las testigos de la defensa de la misma nacionalidad que los acusados, Yuma Aisetu B. y Haja D., declararon que pudieron observar la ausencia de clítoris en la niña solo por el hecho de ayudar a la madre a cambiarle los pañales y también constan en autos dos fotografías acompañadas por la Médico Forense a su informe en las que se aprecia que es fácil diferenciar la ausencia de clítoris en una menor de doce meses respecto a otra que no haya sido mutilada. El perito Dr. Carlos C. aclaró que el clítoris de una bebé es más grande que el de una niña un poco más mayor debido a las hormonas femeninas de la madre que han pasado a través de la placenta. Así pues, si a la niña se le hubiera extirpado el clítoris con anterioridad a dicha visita, la pediatra se habría percatado indudablemente de ello al examinar los genitales que seguro exploró por las razones indicadas.

Desde esta fecha, 20 de noviembre de 2009, hasta que el día 25 de mayo de 2010 la procesada llevó a su hija para que se le efectuara la revisión de los doce meses, no realizó Isa D. viaje alguno al extranjero y sin embargo en el Centro de Salud, tanto la médico que la atendió en primer lugar, Dra. M., como la pediatra Dra. A. que examinó a la menor a requerimiento de aquélla, pudieron constatar que Isa carecía de clítoris porque le había sido extirpado, presentando una cicatriz que evidenciaba que se le había practicado la mutilación meses antes aunque no se ha podido precisar la fecha concreta en que había tenido lugar. En todo caso sí puede considerarse probado que el hecho denunciado aconteció en el periodo comprendido entre el 20 de noviembre de 2009 y el día 25 de mayo de 2010, en concreto unos meses antes de esta última fecha, pues cuando fue reconocida por la Médico Forense el 21 de junio de 2010 se le apreció una cicatriz lineal de pocos meses de evolución aparente. Es dato también a tener en cuenta que la pequeña no fue

11.11.16 ST APT (26-11) Ablación .doc

llevada por su madre a la revisión de los nueve meses que ~~está prevista~~ para los niños dentro del programa "Niño sano".

Por la edad de la menor en este espacio de tiempo, de seis a doce meses, puede afirmarse que la mutilación se practicó por los padres de la bebé, bien directamente o bien a través de persona de identidad desconocida pero contribuyendo aquéllos eficazmente a tal fin.

La conducta de los acusados es reprimible penalmente pues es típica (el tipo está contenido en el Código Penal: "el que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones", art. 149.2), antijurídica y culpable (elementos que se estudiarán en el fundamento jurídico siguiente) y, finalmente, tiene como contrapartida, como toda infracción penal, una sanción penal, prisión de seis a doce años.

SEGUNDO. La defensa invocó por vía de informe las siguientes causas de exención de responsabilidad: alteración en la percepción, art. 20.3º del Código Penal, miedo insuperable, art. 20.6º del Código Penal, y estado de necesidad, art. 20.5º del Código Penal, basando únicamente la aplicación de tales circunstancias en el hecho de pertenecer los acusados a una cultura diferente a la española de la que es parte la mutilación genital femenina pero sin siquiera alegar la concurrencia en ellos de los requisitos necesarios para que cada una de dichas circunstancias pueda ser apreciada. Pues bien, es doctrina jurisprudencial que las causas de exención de responsabilidad deben ser acreditadas como el hecho mismo, lo que no ha acontecido en el supuesto enjuiciado. Solo el "peso de la tradición" referido por el letrado de los acusados es desde todo punto insuficiente para fundar la exención de responsabilidad. Dispone el artículo 3.2 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España, modificado por Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, que "Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros serán interpretadas de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias vigentes en España, sin que pueda

11.11.16 ST APT (26-11) Ablación .doc

alegarse la profesión de creencias religiosas o convicciones ideológicas o culturales de signo diverso para justificar la realización de actos o conductas contrarios a las mismas". Y en concreto, sobre la mutilación general femenina, la Exposición de Motivos de la L.O. 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina, señala que "El hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos. La Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 2.f prevé que los Estados parte adopten medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan una discriminación contra las mujeres."

Expuso así mismo el letrado de la defensa por vía de informe la concurrencia en los procesados de un error de prohibición que excluiría o aminoraría su responsabilidad criminal, y ello en base a lo dispuesto en el artículo 14 del Código Penal con arreglo al cual "1. El error invencible sobre un hecho constitutivo de la infracción penal excluye la responsabilidad criminal. Si el error, atendidas las circunstancias del hecho y las personales del autor, fuera vencible, la infracción será castigada en su caso como imprudente. 2. El error sobre un hecho que cualifique la infracción o sobre una circunstancia agravante, impedirá su apreciación. 3. El error invencible sobre la ilicitud del hecho constitutivo de la infracción penal excluye la responsabilidad criminal. Si el error fuera vencible, se aplicará la pena inferior en uno o dos grados".

Debe partirse en primer lugar de que toda norma, y concretamente la norma penal, contiene varias funciones. Por la primera, función de valoración, la norma valora de forma negativa un concreto hecho, pues el legislador penal la incluye en un catálogo de conductas negativas para la convivencia social. Desde la perspectiva de lesividad al bien jurídico, constituye el mínimo exigible

para la concurrencia. En segundo término, la función de sanción por la que se comunica al juez que, en el caso de que concurra el supuesto tipificado los reprima con la consecuencia que ha señalado. En tercer término, la norma contiene una función de determinación por la que se ordena a los ciudadanos que realicen o se abstengan de realizar una conducta. Es una función motivadora al ciudadano para que sea fiel al derecho, ordenando su conducta de acuerdo a la norma general de convivencia.

La jurisprudencia de la Sala II del Tribunal Supremo ha señalado sobre el error de prohibición que éste se constituye, como reverso de la conciencia de la antijuridicidad, como un elemento constitutivo de la culpabilidad y exige que el autor de la infracción penal concreta ignore que su conducta es contraria a derecho o, expresado de otro modo, que actúe en la creencia de estar obrando lícitamente. No cabe extenderlo a los supuestos en los que el autor crea que la sanción penal era de menor gravedad y tampoco a los supuestos de desconocimiento de la norma concreta infringida y únicamente se excluye, o atenúa, la responsabilidad cuando se cree obrar conforme a derecho (STS 1141/97, de 14 de noviembre -RJ 1997, 7860-).

La aplicación del precepto penal indicado y de la doctrina surgida con relación al mismo lleva a este Tribunal a distinguir la actuación de cada uno de los procesados.

El procesado MAMADOU D. reconoció en la declaración realizada el día 22 de junio de 2010 ante el Juez instructor que "todo el mundo sabe que eso no se puede hacer en España, que cada país se rige por sus leyes y que nadie iba a poner su cabeza aquí en España para hacer eso", afirmación que ratificó en el acto del juicio y que hace inaplicable respecto a él el error de prohibición pues "queda excluido el error si el agente tiene normal conciencia de la antijuridicidad de lo que es un proceder contrario a Derecho" (STS núm. 1171/1997, de 29 de septiembre), bastando incluso con que se tenga conciencia de una alta probabilidad de antijuridicidad, no la seguridad absoluta del proceder incorrecto (STS 16 marzo 1994, RJ 1994,2319). No es exigible que el autor conozca, de modo más o menos preciso, los preceptos legales,

11.11.16 ST APT (26-11) Ablación .doc

sino que basta con el conocimiento propio de un profano en la materia de que se trate.

Además, es razonable afirmar el conocimiento del procesado de la antijuridicidad de la norma que sanciona la mutilación genital femenina pues forma parte de la cultura de España, país en el que el Sr. D. reside desde hace doce años, diez en el momento de los hechos (periodo que él mismo concretó en el acto del juicio aunque únicamente consta documentalmente su situación laboral desde el años 2004)., teniendo un perfecto conocimiento del idioma y relación con personas ajenas a su nacionalidad.

Respecto a MAMADOU D. tampoco las razones culturales y religiosas que refirió pueden tener su encaje en el error de prohibición, declarando en este sentido el Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª, sentencia núm. 336/2009, de 2 de abril) que el Estado, titular del *ius puniendi*, se muestra partidario a reconocer que determinadas circunstancias de ausencia de socialización tengan cierta relevancia en la responsabilidad penal, siempre que ello no suponga negar vigencia objetiva a las normas objetivas, pues esa vigencia no puede depender de creencias u opiniones subjetivas individuales. Lo determinante en el error de prohibición es el conocimiento de la antijuridicidad, no el reconocimiento de la antijuridicidad por un sujeto, esto es, que el sujeto conozca que su conducta es antijurídica, no que la acepta como antijurídica (sin perjuicio de que determinadas situaciones, como las que resultan de la objeción de conciencia o situaciones de colisión entre derechos, para los que el ordenamiento prevé alternativas, merezcan otras soluciones dogmáticas). El Sr. D. tenía conocimiento de la antijuridicidad de su conducta pero no la aceptó como tal por el peso que tuvieron en él sus creencias o la presión de su grupo social, lo que no tiene encaje en el error de prohibición invocado.

Sin embargo, entiende la Sala que existen razones bastantes para apreciar un error de prohibición vencible en la actuación de la procesada NYUMA S.. Ha quedado probado en el juicio que las condiciones de la Sra. S. eran muy diferentes a las de su esposo MAMADOU D. Llegó a España pocos

11.11.16 ST APT (26-11) Ablación .doc

meses antes del periodo en que se considera practicada la ablación de Isa D. y no consta que conociera la ilicitud de dicha práctica tan integrada en el entorno del que procedía y que ella había asumido no solo como normal sino incluso necesaria para la mujer. Los valores culturales de las sociedades que practican la mutilación genital femenina transmiten a sus mujeres que cualquier mujer que no haya pasado por esta "purificación" (la amputación del clítoris implica para ellos "limpieza" y "pureza"), no es útil para el matrimonio y no tiene ninguna posibilidad de inserción normal en su sociedad de origen o en los grupos más o menos numerosos de compatriotas que se forman en el país de residencia. NYUMA S. que tenía en el momento de los hechos un desconocimiento completo del castellano (y sigue teniéndolo) y que la única forma de desenvolverse en este país -totalmente ajeno para ella- era mediante su introducción en el grupo cerrado de sus compatriotas gambianos residentes en su localidad, consideró necesaria la realización de la mutilación de su hija, o bien la consintió presionada por su entorno.

Todas estas circunstancias llevan a apreciar en la procesada un error de prohibición en su conducta, pues actuó en la creencia errónea de estar obrando lícitamente, error de prohibición que afecta a su culpabilidad produciendo una disminución de la pena cual si de la concurrencia de una eximente incompleta se tratase. Únicamente cabría preguntarse acerca de si dicho error era vencible o invencible, y a este respecto nuestra jurisprudencia tiene establecido que para valorar la entidad del error habrán de tenerse en cuenta las condiciones psicológicas y de cultura del infractor, así como las posibilidades que se le ofrecieran de instrucción y asesoramiento o de acudir a medios que permitieran conocer la trascendencia antijurídica de su obrar (SSTS 14 diciembre 1985, 15 abril 1996, entre otras). En el presente caso, atendiendo a la posibilidad que tuvo la procesada de consultar con su esposo la licitud de su actuación resulta claro que no puede considerarse como invencible el mencionado error, sino fácilmente vencible.

TERCERO. De tal delito de lesiones, mutilación genital, ~~resultan responsables,~~ en concepto de autores, los acusados MAMADOU D. y NYUMA S., al haber realizado directa y materialmente los hechos que lo constituyen tal como se deduce de lo expuesto en los fundamentos jurídicos de la presente resolución.

CUARTO. En la realización de tal delito no concurren circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal respecto a MAMADOU D.; apreciándose en la procesada NYUMA S. un error de prohibición vencible en su actuación con arreglo al artículo 14.3 del Código Penal por las razones expuestas en el segundo fundamento jurídico de la presente resolución.

QUINTO. En orden a la fijación de la pena:

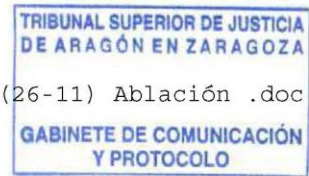
Respecto al acusado MAMADOU D., no concurriendo en él circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal se le impone la pena mínima establecida en el artículo 149.2 del Código Penal para la infracción cometida, que es la pena interesada por el Ministerio Fiscal: prisión de seis años.

Conjugando los artículos 149.2 y 14.3 del Código Penal, ya estudiados, procede imponer a la acusada NYUMA S. la pena de prisión de dos años al estimarse que el error vencible que presidió su conducta es de entidad suficiente como para aplicar la pena inferior en dos grados a la establecida para el delito (prisión de seis a doce años).

Igualmente debe imponerse a los acusados la pena accesoria de inhabilitación para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena con arreglo al artículo 56 del Código Penal.

SEXTO. Las costas procesales vienen impuestas legalmente a todo responsable de delito, a tenor de lo dispuesto en los artículo 123 del Código Penal y 244 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, por lo que los procesados abonarán las costas de este procedimiento a partes iguales.

VISTOS los preceptos citados y demás de pertinente aplicación,



11.11.16 ST APT (26-11) Ablación .doc

FALLAMOS

Debemos **condenar y condenamos:**

Al acusado **MAMADOU D.** como responsable en concepto de autor de un delito de lesiones, mutilación genital, ya definido, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de su responsabilidad penal, a la pena de SEIS AÑOS DE PRISIÓN, con su accesoria de inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena.

A la acusada **NYUMA S.** como responsable en concepto de autora de un delito de lesiones, mutilación genital, ya definido, concurriendo un error de prohibición vencible, a la pena de DOS AÑOS DE PRISIÓN, con su accesoria de inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena.

Ambos acusados deberán satisfacer las costas procesales causadas por mitad.

Así lo mandan y firman los Magistrados anotados al principio de la presente resolución.



TRIBUNAL SUPREMO
Sala de lo Penal
SENTENCIA

Sentencia N°: 835/2012

RECURSO CASACION N°:3/2012

Fallo/Acuerdo: Sentencia Desestimatoria

Procedencia: Audiencia Provincial de Teruel

Fecha Sentencia: 31/10/2012

Ponente Excmo. Sr. D.: Joaquín Giménez García

Secretaría de Sala: Ilma. Sra. Dña. María Josefa Lobón del Río

Escrito por: MEM

- Delito de lesiones y mutilación genital. Ablación del clítoris a una niña de pocos meses
- Imposibilidad de admitir un error de prohibición fundado en los factores culturales a los que pertenece la persona, cuando los mismos suponen una flagrante vulneración de Derechos Humanos.
- El límite al respeto a las culturas autóctonas se encuentra en el respeto a los Derechos Humanos que actúan como un mínimo común denominador intercultural
- La ablación del clítoris no es cultura. Es mutilación y discriminación femenina

Nº: 3/2012

Ponente Excmo. Sr. D.: Joaquín Giménez García

Fallo: 24/10/2012

Secretaría de Sala: Ilma. Sra. Dña. María Josefa Lobón del Río

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Penal

SENTENCIA Nº: 835/2012

Excmos. Sres.:

**D. Joaquín Giménez García
D. Andrés Martínez Arrieta
D. José Ramón Soriano Soriano
D. Luciano Varela Castro
D. Manuel Marchena Gómez**

En nombre del Rey

La Sala Segunda de lo Penal, del Tribunal Supremo, constituida por los Excmos. Sres. mencionados al margen, en el ejercicio de la potestad jurisdiccional que la Constitución y el pueblo español le otorgan, ha dictado la siguiente

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a treinta y uno de Octubre de dos mil doce.

En el recurso de casación por Infracción de Ley y Quebrantamiento de Forma que ante Nos pende, interpuesto por la representación de **M. D. y N. S.**,

contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Teruel, Sección I, por delito de lesiones y mutilación genital, los componentes de la Sala Segunda del Tribunal Supremo que arriba se expresan, se han constituido para la Votación y Fallo, bajo la Presidencia y Ponencia del Excmo. Sr. D. JOAQUÍN GIMÉNEZ GARCÍA, siendo también parte el Ministerio Fiscal y estando dichos recurrentes representados por el Procurador Sr. De Antonio Viscor.

I. ANTECEDENTES

Primero.- El Juzgado de Instrucción nº 1 de Alcañiz, instruyó Sumario nº 3/2010, seguido por delito de lesiones y mutilación genital, contra **M. D. y N. S.**, y una vez concluso lo remitió a la Audiencia Provincial de Teruel, Sección I, que con fecha 15 de Noviembre de 2011 dictó sentencia que contiene los siguientes HECHOS PROBADOS:

"Probado y así se declara que en fecha 21 de mayo de 2009 nació en la República de Gambia I. D., hija de los procesados M. D. y N. S. El día 4 de septiembre de 2009 N. S. y su hija I. entraron legalmente en territorio español donde se hallaba ya residiendo el Sr. D. desde hacía diez años, fijando el domicilio familiar en el término municipal de Alcañiz (Teruel). Ninguno de los tres ha realizado viaje alguno a país extranjero desde esta fecha, permaneciendo desde entonces en territorio español.- En fecha no concretada pero comprendida entre los días 20 de noviembre de 2009 y 25 de mayo de 2010, los procesados, puestos de común acuerdo bien directamente o bien a través de persona de identidad desconocida pero contribuyendo eficazmente a tal fin, extirparon el clítoris de la menor motivados por sus creencias religiosas y culturales, siendo conocedor el procesado M. D. de la prohibición de esta práctica en su país de residencia, conocimiento del que carecía la procesada N. S.- Como consecuencia de estos hechos I. D. resultó con lesiones consistentes en amputación de clítoris con cicatriz lineal con secuelas en su capacidad sexual, no imposibilitando la relación sexual pero sí alterando el placer sexual". (sic)

Segundo.- La Audiencia de instancia dictó el siguiente pronunciamiento:

"FALLAMOS: Debemos condenar y condenamos: Al acusado M. D. como responsable en concepto de autor de un delito de lesiones, mutilación genital, ya definido, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de su responsabilidad penal, a la pena de SEIS AÑOS DE PRISIÓN, con su accesoria de inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena.- A la acusada N. S. como responsable en concepto de autora de un delito de lesiones, mutilación genital, ya definido, concurriendo un error de prohibición vencible, a la pena de DOS AÑOS DE PRISIÓN, con su accesoria de inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena.- Ambos acusados deberán satisfacer las costas procesales causadas por mitad". (sic)

Tercero.- Notificada la sentencia a las partes, se preparó recurso de casación por la representación de **M. D. y N. S.**, que se tuvo por anunciado remitiéndose a esta Sala Segunda del Tribunal Supremo las certificaciones necesarias para su sustanciación y resolución, formándose el correspondiente rollo y formalizándose el recurso.

Cuarto.- Formado en este Tribunal el correspondiente rollo, la representación de los recurrentes formalizó el recurso alegando los siguientes MOTIVOS DE CASACION:

PRIMERO: Al amparo del art. 852 LECriminal.

SEGUNDO: Al amparo del art. 849 n° 1° de la LECriminal.

TERCERO: Al amparo del art. 849 n° 2° LECriminal.

CUARTO: Al amparo del art. 851 n° 1° LECriminal.

Quinto.- Instruido el Ministerio Fiscal del recurso interpuesto, lo impugnó; la Sala admitió el mismo, quedando conclusos los autos para señalamiento de Fallo cuando por turno correspondiera.

Sexto.- Hecho el señalamiento para Fallo, se celebró la votación el día 24 de Octubre de 2012.

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.- La sentencia de 15 de Noviembre de 2011 de la Audiencia Provincial de Teruel condenó a M. D. y N. S. como autores de un delito de lesiones por mutilación genital, concurriendo en N. S. un error de prohibición vencible a las penas y demás pronunciamientos incluidos en el fallo.

Los hechos, en síntesis, se refieren a que los condenados por sí o a través de persona no conocida procedieran a extirpar el clítoris de la hija menor de ambos, I., nacida el 21 de Mayo de 2009 y que junto con su madre, N., ingresó legalmente en territorio español el 4 de Septiembre de 2009 para reunirse con su marido y padre que ya llevaba residiendo en España desde hacía diez años, no habiendo realizado viaje alguno a país extranjero desde que entraron en territorio español.

Como momento de la mutilación efectuada se indica que ocurrió en fecha situada entre el 20 de Noviembre de 2009 y el 25 de Mayo de 2010.

Se ha formalizado recurso de casación por parte de ambos condenados que lo desarrollan en un recurso conjunto a través de **cuatro motivos** a cuyo estudio pasamos seguidamente.

Segundo.- El motivo primero por la vía de la vulneración de derechos constitucionales denuncia la violación del derecho a la presunción de inocencia, y, en última instancia, por violación del principio *in dubio pro reo*.

En la argumentación se reiteran las mismas cuestiones alegadas en la instancia: que se reconoce la ablación del clítoris de su hija, pero que la misma no fue practicada en España ni por tanto intervinieron los recurrentes, que fue practicada en Gambia, en el país de origen antes de que la menor viniese a España en compañía de su madre, la también recurrente N..

Se cuestiona la prueba tenida en cuenta por el Tribunal de instancia que consistió en el resultado de dos informes médicos que tuvo la menor, el primero el 20 de Noviembre de 2009 --la menor entró en España el 4 de Septiembre del mismo año--, en la que se le efectuó una revisión completa en el Centro de Salud cuando la menor tenía seis meses, dicha revisión fue realizada por la pediatra dentro del programa "*Niño Sano*". Se le efectuó un examen detallado que incluía la exploración de los genitales, haciendo notar en su informe la doctora: "*Genitales externos normal*", lo que ratificó en el Plenario. Asimismo el Tribunal se refirió al

informe pericial del Dr. C. C. que la ablación del clítoris en bebés es fácilmente apreciable con solo examinar los genitales, y enlazado con ello que cuando en el nuevo reconocimiento de la menor llevado a cabo el 25 de Mayo de 2010, la Dra. A. hizo constar en su informe que obra en las actuaciones que carecía de clítoris porque le había sido extirpado, presentando una cicatriz acreditativa de la ablación que podía situarse meses atrás, sin concretar fecha.

Todo juicio es un decir y un contradecir, es decir se desarrolla en la dialéctica de versiones contrapuestas. En el caso de autos la prueba de descargo ofrecida por los recurrentes también fue valorada por el Tribunal de instancia que la rechazó. Dicha prueba estaba constituida por la declaración de los propios recurrentes que alegaron que dicha ablación fue efectuada en Gambia, antes de venir la menor a España, y enlazado con ello, alegaron que la doctora pediatra que efectuó el primer análisis pudo no apreciar la ablación.

El Tribunal sentenciador valoró toda la prueba y justifica su juicio de certeza en el sentido expresado en el fallo de forma razonable y razonada, como se acredita con la lectura de los fundamentos jurídicos primero y segundo de la sentencia.

Hay que recordar que no es misión de la casación ni decidir ni elegir, sino controlar el razonamiento con el que otro Tribunal (el sentenciador) justificó su decisión, en este caso condenatoria, y en este sentido, verificamos que la conclusión se ajusta perfectamente a los parámetros de racionalidad y de motivación exigibles.

Esta Sala ha visionado el video que contiene el desarrollo de la Vista, y en concreto, las declaraciones de los profesionales de medicina que le efectuaron diversos reconocimientos a la pequeña I. a raíz de su llegada, junto con su madre, desde Gambia para reunirse en España con el marido y padre --respectivamente-- que ya llevaba viviendo en España más de 10 años estando perfectamente integrado en la sociedad española.

La doctora A. M. P., le efectuó a la niña una revisión dentro del programa "*niño sano*", el día 25 de Mayo de 2010, se trata de una revisión integral que abarca el examen de los genitales y protocolizada, y en ella observó la ausencia del

clítoris, tratándose de una herida cicatrizada, no era una "*lesión aguda*" por lo que no podía datar la fecha de la mutilación.

Asimismo manifestó que al observar tal anomalía avisó a la pediatra del centro, ya que ella no tenía tal titulación.

La pediatra del centro de Alcañiz, Dra. A. coincidió con su diagnóstico de que a la niña se le había extirpado el clítoris, como ella misma declaró en el Plenario. Observó la ausencia de clítoris. No hay ninguna dificultad en diagnosticar la ausencia de clítoris para un especialista.

Por su parte la Dra. P. V., también pediatra del Centro de Salud de Alcañiz declaró en el Plenario que a la niña le efectuó una primera exploración ligera el 7 de Septiembre de 2009 por razón de que la niña no estaba vacunada de nada y había que vacunarla. Hay que recordar que fue el 4 de Septiembre --tres días antes-- habían --madre e hija-- venido a España. En relación a esta primera visita, reitera que la llevó a cabo el 7 de Septiembre pero en el historial se "*coló*" informáticamente en otra fecha.

Posteriormente le efectuó otra revisión, esta ya completa, protocolizada y dentro del programa "*niño sano*". Dicha revisión tuvo lugar el 20 de Noviembre de 2009 y en la revisión de los genitales observó, y así lo hizo constar, que los genitales externos eran normales, aclarando a preguntas que se le hicieron que de carecer de clítoris lo habría observado y habría actuado en consecuencia. Reiteró que no pudo haber error en relación a la observación de que los genitales eran normales.

Por su parte la Dra. O. D. ratificó el informe que le hizo a la niña el 21 de Junio de 2010, verificando la ausencia del clítoris por su extirpación total que no pudo ser por accidente, mutilación que debió haberse llevado a cabo unos pocos meses antes sin concretar, habiendo explicado al Tribunal las consecuencias de tal mutilación para la niña en su vida posterior, adjuntando las fotos a su informe concluyendo su informe respondiendo a preguntas del Presidente del Tribunal que a ningún especialista médico se le podía pasar en el marco de una exploración del niño integral, observar la ausencia del clítoris.

No existió el vacío probatorio de cargo que se denuncia, y por otra parte, verificado el cumplimiento del deber de motivación del Tribunal sentenciador, así como la razonabilidad de sus conclusiones, solo cabe concluir con la declaración de que no existió la violación del derecho a la presunción de inocencia.

En relación al principio *in dubio pro reo* hay que recordar que tal principio en su conexión con el derecho a la presunción de inocencia tiene el valor de una norma de interpretación y de valoración de la prueba para el Tribunal sentenciador, de suerte que cuando a la vista de la prueba de cargo y de descargo el Tribunal no puede alcanzar un juicio de certeza en un contenido condenatorio más allá de toda duda razonable, debe de optar por la tesis absolutoria o más beneficiosa para el imputado lo que supone que tal norma de interpretación y valoración probatoria se quebranta cuando el Tribunal sentenciador, constándole las dudas opta por la tesis más perjudicial.

En este sentido, el Tribunal sentenciador no ha patentizado ninguna duda sobre la autoría de los recurrentes en el hecho enjuiciado, por lo que en tal sentido no ha habido lesión de tal principio.

Ahora bien en sede casacional, el control que debe efectuar esta Sala, en relación al indicado principio es si el Tribunal sentenciador hizo bien en no dudar, a la vista de la contundencia y suficiencia de la prueba de cargo que supuso el decaimiento de la presunción de inocencia, o por el contrario, si el Tribunal no dudó pero debió dudar por la endeblez de dicha prueba de cargo, pues la prueba de cargo debe ser suficiente, es decir tener la consistencia necesaria para alcanzar el canon ya dicho de certeza más allá de toda duda. --SSTS 1317/2009; 855/2010; 591/2011 ó 956/2011, entre otras--.

Así centrado el debate verificamos en este control casacional que el Tribunal de instancia, no dudó e hizo bien en no dudar por la seriedad y contundencia de las informaciones incriminatorias valoradas, al no existir duda de que la niña, en el reconocimiento llevado a cabo el 20 de Noviembre de 2009 tenía sus órganos genitales normales, y el posterior reconocimiento de 25 de Mayo de 2010 acreditó que carecía de clítoris por habersele extirpado tiempo anterior, unos meses sin mayor concreción, datos objetivados por los informes médicos practicados que fueron ratificados y sometidos a contradicción al haber comparecido los doctores concernidos al Plenario, como ya se ha dicho. En tal

sentido, se está ante una certeza que alcanza el axiomático canon de "certeza más allá de toda duda razonable".

Procede la desestimación del motivo.

Tercero.- El motivo segundo, por la vía del *error iuris* del art. 849-1º LECriminal denuncia la inaplicación del error de prohibición del art. 14 respecto de M. D., el padre de la niña. Hay que recordar que la madre, N. se le apreció el error vencible.

Mantiene el recurrente que la mutilación de los genitales de las mujeres es una práctica ancestral de más de tres mil años en su país y que no busca menoscabar la integridad física de las mujeres sino cumplir con una costumbre que facilita la integración de la niña en su comunidad.

Debemos recordar que se produce el error de prohibición cuando el autor cree que actúa lícitamente, --STS 336/2009 de 2 de Abril--. El error de prohibición se constituye, como el reverso de la conciencia de la antijuridicidad, como un elemento constitutivo de la culpabilidad y exige que el autor de la infracción penal concreta ignore que su conducta es contraria a derecho o, expresado de otro modo, que actúe en la creencia de estar obrando lícitamente con la consecuencia de excluir la responsabilidad penal. No cabe extenderlo a los supuestos en los que el autor crea que la sanción penal era de menor gravedad y tampoco a los supuestos de desconocimiento de la norma concreta infringida. Solo en casos de que el error de prohibición sea vencible, cabrá una responsabilidad penal adecuada como prevé el art. 14 del Cpenal.

Sin duda uno de los factores más acusados de la sociedad actual, también de la española, es el alto grado de interculturalidad que presenta como consecuencia de las fuertes corrientes migratorias a países de más alto nivel de vida motivadas por el deseo de mejorar la vida de aquellos naturales de países empobrecidos. Es un viaje desde la desesperanza a la esperanza. Tales grupos proceden de otras culturas y tienen ritos y prácticas muy diferentes a los de los países de acogida. Tanto el recurrente como la propia sentencia se refiere a esta situación en referencia a la ablación del clítoris al afirmar que es una práctica cultural de su país de origen. Ello no puede ser excusa para elaborar una teoría del *"error de prohibición fundado en los factores culturales a los que pertenece el sujeto"*, porque el respeto a las

tradiciones y a las culturas tiene como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos que actúan como mínimo común denominador exigible en todas las culturas, tradiciones y religiones. La ablación del clítoris no es cultura, es mutilación y discriminación femenina. A tal efecto, debemos recordar la Exposición de Motivos de la L.O. 3/2005 de 8 de Julio que acordó perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina:

"...La mutilación genital femenina constituye un grave atentado contra los derechos humanos, es un ejercicio de violencia contra las mujeres que afecta directamente a su integridad como personas. La mutilación de los órganos genitales de las niñas y las jóvenes debe considerarse un trato "inhumano y degradante" incluido, junto a la tortura, en las prohibiciones del art. 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos....".

En el caso de autos, el recurrente M. D. llevaba a la sazón viviendo en España 10 años, estaba totalmente integrado en la cultura española y conocía --y así lo reconoció en su declaración en sede judicial obrante al folio 40 de la instrucción-- *"...que todo el mundo sabe que eso no se puede hacer en España...."*. El propio *factum* así lo tiene declarado.

Rechazada la tesis de que la ablación se efectuó por los abuelos en Gambia, y declarado que tuvo lugar en España, la tesis del error de prohibición en el recurrente no puede ser admitida en modo alguno.

Hay que recordar, que la sentencia de instancia en relación a la madre de I., le apreció el error de prohibición, vencible, al tener en cuenta su situación, cualitativamente diferente a la de su esposo, como se justifica en la parte final del f.jdco. segundo de la sentencia de instancia.

Procede la desestimación del motivo.

Cuarto.- El motivo tercero, discurre por el cauce del *error facti* del art. 849-2º LECriminal, dicho error se cuestiona en que debería hacerse desaparecer del *factum* que la mutilación genital tuvo lugar en fecha no determinada, en España, entre el 20 de Noviembre de 2009 y el 25 de Mayo de 2010.

Cita como documento acreditativo del error el Historial Clínico de la menor de la Dra. V. obrante a los folios 14, 15 y siguientes.

Se trata de reconocimientos --anteriores al del 20 de Noviembre de 2009-- no citados en la sentencia que se refieren a diversos episodios de estreñimiento, faringe congestiva con amígdalas hiperémicas y laringitis catarral que para nada acreditan ni se refieren a la mutilación genital sin que en base a ellos pueda afirmarse un error del Tribunal en sus conclusiones. Como ya se ha dicho en la respuesta al primero de los motivos formalizados, tanto la Dra. M^a P. V. como las otras Dras. que examinaron a la niña acudieron al Plenario ratificando sus conclusiones y confirmando la realidad de la ablación del clítoris que se apreció en el reconocimiento del 25 de Mayo de 2010, en tanto que en el reconocimiento llevado a cabo por la insinuada Dra. el 20 de Noviembre se verificó unos genitales normales.

La documental citada no acredita ningún error.

Procede la desestimación del motivo.

Quinto.- El **motivo cuarto**, por la vía del Quebrantamiento de Forma del art. 851-1º LECriminal denuncia falta de claridad en los hechos probados.

Se dice que la sentencia es imprecisa en cuanto al día concreto en el que se llevó a cabo la mutilación genital ya que tampoco se concreta la autoría de la misma, ya que se dice que pudieron ser los padres u otra persona de identidad desconocida.

No existió tal vicio.

El *factum* es claro y contundente y no hay oscuridad porque se desconozca la fecha concreta de la mutilación o si esta fue hecha por los padres o por tercero a su ruego. Lo relevante y acreditado por las pruebas practicadas es que la misma tuvo lugar entre la exploración de la menor el 20 de Noviembre de 2009 y el informe de 25 de Mayo de 2010. La fijación de la fecha exacta es algo periférico y accesorio.

En relación a la autoría de los padres, ha de recordarse que se trata de una niña que nació el 21 de Mayo de 2009, por lo que no tenía un año cuando sufrió la mutilación, y que la niña vivía con sus padres. En esta situación la autoría es clara teniendo en cuenta el concepto amplio de autor que tiene el Cpenal en el art. 27.

Procede la desestimación del motivo.

Sexto.- De conformidad con el art. 901 LECriminal, procede la imposición a los recurrentes de las costas de su recurso.

III. FALLO

Que debemos declarar y declaramos NO HABER LUGAR al recurso de casación formalizado por la representación de **M. D. y N. S.**, contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Teruel, Sección I, de fecha 15 de Noviembre de 2011, con imposición a los recurrentes de las costas del recurso.

Notifíquese esta resolución a las partes, y póngase en conocimiento de la Audiencia Provincial de Teruel, Sección I, con devolución de la causa a esta última e interesando acuse de recibo.

Así por esta nuestra sentencia, que se publicará en la Colección Legislativa lo pronunciamos, mandamos y firmamos

Joaquín Giménez García

Andrés Martínez Arrieta

José Ramón Soriano Soriano

Luciano Varela Castro

Manuel Marchena Gómez

PUBLICACION.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el Magistrado Ponente Excmo. Sr. D Joaquín Giménez García, estando celebrando audiencia pública en el día de su fecha la Sala Segunda del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario certifico.

Nyumba

EL PAIS

ARCHIVO

EDICIÓN
IMPRESA

JUEVES, 10 de noviembre de 2011

Juicio a un matrimonio por la ablación de clítoris de su hija

La fiscal sostiene que la mutilación genital se practicó en España y pide seis años de cárcel para la pareja gambiana

JESÚS GARCÍA | Barcelona | 10 NOV 2011

A la hija de Mamadou Darne y Niuma Sillah, de apenas dos años y medio, le han extirpado el clítoris. Los pediatras de Alcañiz (Teruel) detectaron la mutilación genital en una revisión hecha a los 12 meses. En España, cientos de niñas, adolescentes y mujeres están en riesgo de sufrir esta práctica delictiva extendida en algunos países del África subsahariana, que busca amparo en la tradición. La justicia casi nunca puede castigar a sus autores. Pero este caso es distinto. La Fiscalía está convencida de que la mutilación se practicó en España y pide seis años de cárcel para los padres de la criatura, que ayer se sentaron en el banquillo de los acusados.

El caso, el primero de estas características que llega a juicio, subraya las contradicciones en el seno de familias que proceden de países donde esa práctica aún perdura, especialmente en las zonas rurales. Como Gambia, de donde proceden Mamadou y Niuma. El padre, que lleva 12 años aquí y regresó un mes al país para casarse y engendrar a la niña, admitió ante los magistrados de la Audiencia de Teruel que la ablación es "ilegal" y que "está mal". Pero, al mismo tiempo, justificó que en el país africano se practique como "una cosa buena para ella". Y añadió que quienes la llevan a cabo son personas "especiales" que utilizan, también, utensilios "especiales" por motivos religiosos y para preservar las tradiciones.

El padre admite que en España es ilegal, pero en su país "es una cosa buena"

El ministerio público sostiene que los padres "practicaron o, al menos, consintieron" la mutilación genital de su hija. Frente a esa tesis, los acusados atribuyeron la culpa a los abuelos maternos. La defensa afirma que la niña, nacida en mayo de 2009 en Gambia, sufrió la mutilación en ese país, cuatro meses antes de viajar con su madre a Alcañiz por reagrupación familiar. Lo que no cuadra con esa

explicación es que, en la primera exploración a la que fue sometida la niña, al cumplir el sexto mes, no se detectó nada. El abogado de los padres, Félix Gil, lo atribuye a un "error" de la pediatra.

La médica, sin embargo, rechazó haber cometido un error de esa magnitud: aseguró que lo hubiera detectado "sin problemas" porque, además, en esas consultas "se mira expresamente" el desarrollo de los órganos genitales. La fiscal, Carmen Modrego, tampoco aprecia la posibilidad de un fallo y afirma que, después de esa revisión, la pequeña no salió del país.

Dos amigas de la madre -que se acogió a su derecho a no declarar- dicen que supieron que la pequeña había sido "cortada" cuando fueron a visitarla y, de paso, a explicarle a Niuma cómo debía colocarle los pañales. Según su testimonio, la madre les dijo que el hecho se había producido en Gambia a la semana de nacer "para el bien" de ella. Sin embargo, a preguntas de la fiscal, una de las amigas rechazó que una niña "no cortada" pueda ser discriminada o tener problemas para relacionarse dentro de la comunidad gambiana de Alcañiz.

Tras el juicio, la fiscal mantuvo la petición de seis años de cárcel, la pena mínima para esta

clase de delitos que el Código Penal castiga con hasta 12 años de prisión. Modrego no solicitó, en cambio, la retirada de la patria potestad porque "se considera que la relación afectiva entre padres e hija es buena". Lo que la defensa, que pidió la absolución de Mamadou y Niuma, ve como un contrasentido. "En caso de condena, la consecuencia práctica es que la niña perderá por un tiempo a sus padres. Ya ha sufrido la ablación, que es bastante". En su informe final, el letrado aludió a un supuesto "conflicto cultural" y pidió que la ley penal "aprecie la distinta valoración" que los acusados hacen sobre "una práctica que ven como parte de la tradición".



Roj: SAN 3429/2012
Id Cendoj: 28079220042012100036
Órgano: Audiencia Nacional. Sala de lo Penal
Sede: Madrid
Sección: 4
Nº de Recurso: 13/2011
Nº de Resolución: 36/2012
Procedimiento: PENAL - PROCEDIMIENTO ABREVIADO/SUMARIO
Ponente: CARMEN PALOMA GONZALEZ PASTOR
Tipo de Resolución: Sentencia

AUDIENCIA NACIONAL

SALA DE LO PENAL

SECCIÓN CUARTA

ROLLO Nº13/11

SUMARIO Nº5/11

JUZGADO CENTRAL DE INSTRUCCIÓN Nº5

IL.MOS. SRES. MAGISTRADOS :

Dª ANGELA MURILLO BORDALLO

Dª CARMEN PALOMA GONZALEZ PASTOR (PONENTE)

D. JUAN FRANCISCO MARTEL RIVERO

S E N T E N C I A Nº36/2012

En Madrid, a veinticuatro de julio de dos mil doce.

VISTAS por la Sección Cuarta de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, en juicio oral y público, las presentes actuaciones registradas en esta Sala con el número de Rollo 13/11 y tramitadas por el Juzgado Central de Instrucción nº5 por los trámites del sumario ordinario con el número 5/11 con respecto al acusado Jesus Miguel , nacido el NUM000 /1964 en Bantantinty (Senegal), hijo de Mamado y Tida, con NIE- NUM001 , sin antecedentes penales, de ignorada solvencia, en situación de libertad provisional de la que no ha sido privado, representado por la procuradora Dª. Adela Gilsanz Madroño y defendido por la letrada Dª Esther Martínez Fernández.

Las presentes actuaciones se incoaron también con respecto a Rocío , nacida en Senegal el NUM002 /1972, con NIE- NUM003 , de la que se acordó su busca y captura en auto del 15/12/2011 y su rebeldía el 05/12/2011 quien no ha sido juzgada.

Han sido partes, además del citado, el Ministerio Fiscal representado por el Ilmo. Sr. D. Jesús Alonso y actuando como ponente la Ilma. Sra. Dª. CARMEN PALOMA GONZALEZ PASTOR que expresa el parecer de la Sala.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Juzgado de Instrucción nº3 de Mataró se incoaron, mediante auto de 18/08/2010 que acordó igualmente su inhibición a favor de los juzgados centrales de instrucción, Diligencias Previas 2962/2010 a raíz del parte facultativo emitido por el centro médico de Premiá de Mar el 18/08/2010 por el que se pone en conocimiento del citado juzgado indicios que revelan la mutilación genital de la menor Ángeles nacida en 2006. Las indicadas diligencias fueron repartidas al Juzgado Central de Instrucción nº5 que incoó Diligencias Previas número 232/2010; practicadas las diligencias de instrucción que se estimaron pertinentes, se dictó el 04/02/2011 auto de transformación de las referidas diligencias en el procedimiento ordinario de sumario registrado con el número 5/2011 en el que con fecha 18/02/2011 se dictó auto de procesamiento y



el día 05/03/2012 el de conclusión, siendo remitidas las actuaciones a esta Sección donde se había formado el Rollo 13/11.

SEGUNDO.- Con fecha 07/03/2012, se acordó en diligencia de ordenación, dar traslado de las actuaciones al Ministerio Fiscal de conformidad con lo dispuesto en el artículo 627 y siguientes de la L.E.Crim., realizado lo anterior, se dio traslado a la defensa del acusado por igual tiempo, de modo que, con fecha 24/04/2012 se dictó auto que acordaba la confirmación de la conclusión del sumario y la apertura del juicio oral con respecto al acusado.

TERCERO.- El Ministerio Fiscal calificó provisionalmente los hechos para el acusado, Jesus Miguel, como constitutivos de un delito de lesiones, en la modalidad de mutilación genital del artículo 149.2 del Código Penal, sin concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal por lo que solicitó la imposición de una pena de 7 años de prisión, inhabilitación especial para el derecho de sufragio y pago de las costas del juicio.

Sin embargo, tras la práctica del juicio, retiró la acusación y solicitó una sentencia absolutoria.

CUARTO.- La defensa del acusado, en idéntico trámite, calificó los hechos de conformidad con la acusación pública, solicitando su libre absolución.

QUINTO.- Mediante Decreto de 01/06/2012 se señaló la celebración del juicio para el día 14/06/2012, debiendo suspenderse como consecuencia de la inasistencia de un testigo de cargo, por lo que se reanudó la vista el 23 de julio, quedando las actuaciones pendientes de dictar sentencia.

HECHOS PROBADOS

Y así expresamente se declara

Jesus Miguel, mayor de edad y sin antecedentes penales, inmigrante de Senegal, vino a trabajar a Cataluña en 1.999, dejando en su país, a su esposa, Rocío, y a sus dos hijos varones, quienes residían en una pequeña localidad alejada de cualquier centro asistencial, a donde regresó en algunas ocasiones.

El 20 de septiembre de 2.006, cuando el citado acusado se encontraba trabajando en Cataluña, nació en Senegal su hija Ángeles a quien, le practicaron le amputaron genital, sin que conste acreditado que tuviera conocimiento de lo sucedido.

Una vez que Jesus Miguel consiguió la reagrupación familiar, lo que permitió que Rocío y sus tres hijos vinieran a España en el 2.010, llevaron a la pequeña Ángeles al Centro de Salud Primaria de Premiá de Mar, donde tras el reconocimiento médico practicado le fue detectada la ausencia de clítoris, así como una sinequia o adherencia de labios menores que obtura los orificios de la uretra externa y vaginal, de unos dos años de antigüedad.

La citada situación motivó la apertura de un expediente tanto por parte de los servicios sociales del Ayuntamiento de Premiá de Mar, como del Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Cataluña, quienes al no apreciar ninguna situación de riesgo social para los menores archivaron el expediente.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Los hechos así relatados no constituyen el delito imputado por parte de la acusación pública y ello porque a la vista de las pruebas practicadas en pro de la versión acusatoria, el Ministerio Fiscal retiró la acusación.

En efecto, no consta dato alguno que permita suponer la existencia de un acuerdo entre el acusado con el ignorado autor artífice de la amputación genital practicada a su hija, lo que hace inviable pensar en cualquier tipo de autoría, no ya directa, sino mediata o subsidiaria como pudiera ser la de complicidad, pues ha resultado acreditado que el acusado viajó a su país en contadas ocasiones y cuando nació su hija no tuvo el menor contacto con el autor material de la amputación practicada.

Pero, además de la falta de dato alguno acerca de su autoría, hay otra razón de política criminal, cuando se introdujo el tipo penal objeto de acusación en el año 2.007, la Exposición de Motivos alude a que su razón de ser se centra en proteger a las menores que residiendo en España con sus padres inmigrantes, y sabedores éstos de la cultura y principios de nuestra sociedad, puedan olvidarse de los mismos y producir una mutilación genital cuando regresen a sus países de origen, so pretexto de su cultura ancestral.

SEGUNDO.- En materia de costas, procede declararlas de oficio, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 123 del Código Penal y 240 de la L.E.Crim.



VISTOS los citados preceptos y demás de general y pertinente aplicación,

FALLAMOS

QUE DEBEMOS ABSOLVER Y ABSOLVEMOS a Jesus Miguel del delito de lesiones por el que ha sido acusado, con declaración de oficio de las costas procesales.

Contra la presente resolución puede interponerse recurso de casación ante la Sala Segunda del Tribunal Supremo que deberá prepararse en el plazo de cinco días a partir de la última notificación.

Así, por esta nuestra sentencia definitivamente juzgando en esta instancia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la anterior Sentencia por la Magistrada Ponente Ilma. Sra. D.^a CARMEN PALOMA GONZALEZ PASTOR, estando celebrando audiencia pública el día de su fecha. Doy fe.

FONDO DOCUMENTAL • CENDOJ

Condenada una mujer por la ablación genital que sufrió su hija en Senegal

La madre afirmó a la Audiencia Nacional que se enteró de las lesiones una vez en Cataluña
Se trata de la primera sentencia por una mutilación de clítoris perpetrada fuera de España

FERNANDO J. PÉREZ / ANITA CASTEDO | Madrid | 8 ABR 2013 - 14:58 CET

120

Archivado en: Mutilación genital, Audiencia Nacional, Ablación clitoris, Derechos mujer, Sentencias condenatorias, Senegal, Integridad personal, Tribunales, Sentencias, Mujeres, Poder judicial, Sanciones, África, Europa occidental, España, Delitos, Juicios, Salud, Proceso judicial, Europa, Sociedad, Justicia

La [Audiencia Nacional](#) ha condenado por primera vez a una mujer por la ablación —mutilación genital— de la que fue víctima su hija fuera de España. La sección cuarta de lo Penal ha impuesto una pena de dos años de prisión a Fatoumata D., de 41 años, por las lesiones genitales que sufrió su hija menor en su país de origen, Senegal, tras ser sometida al ritual de iniciación. La madre deberá indemnizar a la niña con 10.000 euros, según la sentencia.

A diferencia de otras resoluciones en las que se condena a padres que viajaron con sus hijas a África para que se les practicara la [ablación de clítoris](#), este fallo, del pasado 4 de abril, condena por primera vez a progenitores que perpetraron o toleraron esta práctica antes de llegar a España con sus hijas. Esta es la razón por la que el caso ha correspondido a la Audiencia Nacional, el tribunal competente para investigar y juzgar los delitos cometidos en el extranjero sea o no español su presunto autor.

Fatoumata y sus cuatro hijos —tres varones y la menor— llegaron a Premià de Mar (Barcelona) en el año 2010 después de que su esposo, Bouly T., residente en España desde 1999, obtuviera el permiso para el reagrupamiento familiar. El 16 de agosto de 2010, en una visita médica dentro del protocolo de actuación de niños inmigrantes, la pediatra observó que A. T., hija de la pareja, de seis años, presentaba la extirpación del clítoris y, como consecuencia, una obturación de los orificios uretral externo y vaginal que precisará reparación quirúrgica. La lesión era antigua.

En el juicio, la madre, que no habla español, adujo que se enteró de las lesiones que presentaba su hija cuando acudió al centro de atención primaria de Premià de Mar y que estas le produjeron "profunda tristeza". Fatoumata explicó que la mutilación se le pudo practicar a la menor cuando, tras retirarle la lactancia materna, la dejó en la aldea de su abuela con un año de edad. Fatoumata aseguró que está en contra de la ablación —ella también la ha sufrido— y que si hubiera dependido de ella, su hija no hubiera sido sometida a un proceso que —aparte de doloroso y traumático— en no pocas ocasiones deriva en infecciones incluso mortales.

Sin embargo, en la condena pesó el testimonio del enfermero que presencié el reconocimiento pediátrico. Este señaló que cuando se comunicó a los padres las lesiones que presentaba su hija, estos actuaron con "indiferencia" e incluso "jactancia", y que el padre le comentó que la ablación de la menor era "normal" y "propia de su cultura y tradición". Ante tal testimonio, el tribunal, presidido por Ángela Murillo, "no alberga ninguna duda de la autoría de la acusada". La sala cree que la madre pudo bien perpetrar la mutilación o bien exponer a la niña, por omisión, al "inevitable peligro de que le fuera practicada la lesión genital".

La sentencia sostiene que el respeto a los derechos humanos es un "principio o presupuesto normativo" en España que no puede eludirse por razones "de tipo cultural, religioso o ideológico", y recuerda que, [desde 2005, las leyes españolas permiten "perseguir extraterritorialmente" la práctica de la mutilación genital](#).

Sin embargo, el tribunal entiende que Fatoumata “ignoraba” que la mutilación genital de su hija “constituía un delito no solo dentro de España, sino incluso fuera de ella”. Por esta razón, la sala reduce la pena por lesiones que solicitaba la fiscalía —siete años de prisión e indemnización de 50.000 euros— a una condena que, al no tener antecedentes la madre, puede no implicar el ingreso en prisión. La sentencia se puede recurrir ante el Tribunal Supremo.

Algunos profesionales que trabajan en la prevención de la ablación opinan que la sentencia puede ser contraproducente. Es el caso de Aina Mangas, técnica de Salud Pública del Ayuntamiento de Badalona que participa en la mesa local sobre el tema. “Es un error. La ablación se produjo en el país de origen antes de que la niña fuera reagrupada en Cataluña”, afirma. Mangas cree que la ley no está pensada para estos casos, sino para evitar que familias que viven en España aprovechen las vacaciones para realizar la mutilación. La diferencia, para ella fundamental, es si la familia ha entrado en los circuitos de prevención y conoce las repercusiones sanitarias y penales de esa práctica. “En países como Gambia no está prohibida y las tasas de ablación son del 97 %. Eso significa que puede haber centenares de casos como este de niñas que viven aquí”, afirma Mangas.



Roj: SAN 1323/2013 - ECLI:ES:AN:2013:1323
Id Cendoj: 28079220042013100001
Órgano: Audiencia Nacional. Sala de lo Penal
Sede: Madrid
Sección: 4
Nº de Recurso: 13/2011
Nº de Resolución: 9/2013
Procedimiento: PENAL - PROCEDIMIENTO ABREVIADO/SUMARIO
Ponente: CARMEN PALOMA GONZALEZ PASTOR
Tipo de Resolución: Sentencia

AUDIENCIA NACIONAL

SALA DE LO PENAL

SECCIÓN CUARTA

ROLLO Nº 13/11

SUMARIO Nº 5/11

JUZGADO CENTRAL DE INSTRUCCIÓN Nº 5

IIIMOS. SRES. MAGISTRADOS:

Dª ANGELA MURILLO BORDALLO

Dª CARMEN PALOMA GONZÁLEZ PASTOR (PONENTE)

D. JUAN FRANCISCO MARTEL RIVERO

SENTENCIA Nº 9/2013.

En Madrid, a cuatro abril de dos mil trece.

VISTAS por la Sección Cuarta de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, en juicio oral y público, las presentes actuaciones registradas en esta Sala con el número de Rollo 13/11 y tramitadas por el Juzgado Central de Instrucción nº 5, por los trámites del sumario ordinario con el número 5/11 con respecto a la acusada Bárbara , nacida en Bantantinty (Senegal), el NUM000 /1972, hija de Saibó Dabo y de Moskouta Souko, con NIE- NUM001 , sin antecedentes penales, de ignorada solvencia, en situación de libertad provisional, de la que no ha sido privada, representada por la procuradora Dª. Yolanda Jiménez Alonso y defendida por la letrada Dª Natalia Crespo de Torres.

Han sido partes, además de la citada, el Ministerio Fiscal representado por el Ilmo. Sr. D. Daniel Campos Navas. Actúa como ponente la Ilma. Sra. Dª. CARMEN PALOMA GONZÁLEZ PASTOR, que expresa el parecer de la Sala.

En el acto del juicio, ha ejercido las funciones de intérprete de mandinga, D. Jesús Carlos , con N.I.E. NUM002 .

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Juzgado de Instrucción nº 3 de Mataró se incoaron, mediante auto de 18/08/2010 , Diligencias Previas 2962/2010 a raíz del parte facultativo emitido por el centro médico de Premiá de Mar el 16/08/2010, que ponía en conocimiento del citado juzgado, indicios que revelaban la **mutilación genital** de la menor Rosana . El referido juzgado acordó su inhibición a favor de los juzgados centrales de instrucción en el propio auto de incoación de las Diligencias Previas, motivando que, tras su reparto, fueran turnadas al Juzgado Central de instrucción nº 5 que incoó las Diligencias Previas 232/2010. Practicadas las diligencias de instrucción que se estimaron pertinentes, se dictó auto de incoación de sumario el 04/02/2011, registrado con el número 5/2011, en el que con fecha 18/02/2011 se dictó auto de procesamiento, que no pudo serle



notificado en la citada fecha a la acusada, al haber sido declarada en rebeldía, de modo que una vez habida y concluido el sumario, se remitieron a esta Sección donde se había formado el Rollo 13/11.

SEGUNDO.- Una vez instruidos el Ministerio Fiscal y la representación legal de la citada procesada, se dictó auto el 24/09/2012, ratificando el de conclusión del sumario y, la apertura del juicio oral con respecto a la acusada.

TERCERO.- El Ministerio Fiscal calificó definitivamente los hechos para la acusada, Bárbara, como constitutivos de un delito de lesiones, en la modalidad de **mutilación genital** del artículo 149.2 del Código Penal, sin concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, por lo que solicitó la imposición de una pena de 7 años de prisión, inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo y pago de las costas del juicio, y en concepto de responsabilidad civil, solicitó indemnizar a su hija, Rosana, en la cantidad de 50.000 euros.

CUARTO.- La defensa de la acusada, en idéntico trámite, calificó los hechos en disconformidad con la acusación pública, solicitando su libre absolución.

QUINTO.- Admitidas las pruebas interesadas por las partes en auto de 08/01/2013, se acordó en Decreto de 08/01/2013, la celebración del juicio para el día 13 de marzo de 2.013, fecha en la que la referida acusada no compareció pese a estar debidamente citada y apercibida de las consecuencias legales en caso de incomparecencia.

Como consecuencia de la solicitud de la medida cautelar de prisión del Ministerio Fiscal, a los efectos de poder celebrar el juicio en el acta celebrada al efecto, con la presencia de la letrada de la acusada, se dictó auto de prisión el propio 13/03/2013 señalando para la celebración de la vista al día siguiente, 14/03/2013, de modo que tras comparecer la acusada, acompañada de su esposo, en las dependencias de la Audiencia Nacional, se celebró el juicio y se dejó sin efecto la prisión, quedando las actuaciones pendientes de dictar sentencia.

HECHOS PROBADOS

Y así expresamente se declara

Bárbara, mayor de edad y sin antecedentes penales, inmigrante de Senegal, vino a Cataluña en 2.010 con sus hijos, una vez que su marido, Florentino, residente en Cataluña desde 1.999, consiguiera permiso para reagrupar a su familia. El 16 de agosto de 2.010, Bárbara, acompañada de su esposo y la menor de sus hijos, Rosana, nacida, en una aldea de Senegal el NUM003 de 2.006, acudieron al centro de atención primaria de Premià de Mar donde, con motivo de la exploración realizada dentro del protocolo de actuación de niños inmigrantes, le fue apreciada la extirpación del clitoris y, como secuela, sinequia o adherencia de labios menores que obtura los orificios uretral externo y vaginal, con una abertura mínima de entre 3 y 5 milímetros de diámetro, que precisará tratamiento quirúrgico.

La citada lesión fue causada directamente por la acusada o por otra persona con su consentimiento, antes de venir a España, como consecuencia de motivos religiosos y culturales imperantes en las zonas rurales de Senegal.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Los hechos así relatados, constituyen una modalidad del delito de lesiones, tipificado en nuestro Código Penal, desde la reforma introducida por Ley Orgánica 11/2003, en el artículo 149.2.

De ahí que proceda exponer las pruebas practicadas en el juicio oral consistentes, en la propia declaración de la acusada, la testifical del enfermero que conversó con la familia y que junto con la pediatra estuvo presente en el reconocimiento médico de la menor, y la pericial médica de los pediatras y los forenses que emitieron el oportuno informe sobre la manipulación física sufrida por la menor.

La declaración de la acusada, presidida por el ejercicio de los derechos de no confesarse culpable y de no declarar contra sí misma, y para la que fue absolutamente imprescindible el intérprete de mandinga, al no poderse expresar en otro idioma, puso de manifiesto, en síntesis, los datos siguientes: En primer lugar, al no poderse precisar cuando vino a España al no tener estudios, pero sí indicó que antes de llegar a España, vivía con sus tres hijos varones y su hija pequeña Rosana, en una zona rural de Senegal, hasta que su marido, que ya se encontraba en Cataluña, consiguió los permisos necesarios para que todos ellos vinieran. Mientras vivió en Senegal, trabajaba en el campo, por lo que cuando Rosana, -respecto de la que tampoco supo decir en qué año nació,- dejó de tomar pecho, aproximadamente al año de edad, la llevó a la aldea donde vivía su madre, esto es, la abuela materna de la menor, lo que le permitió continuar trabajando en el campo,

ignorando si ella o alguien con su previo consentimiento, pudo haberle practicado la extirpación **genital**. Por último, reiteró habertenido conocimiento de la lesión sufrida por su hija en el propio centro asistencial catalán, produciéndole la noticia una profunda tristeza ya que ella nunca lo hubiera permitido.

La declaración testifical del enfermero que entrevistó a los padres y estuvo en el reconocimiento pediátrico, aclaró ciertos datos, resultando que algunas de sus manifestaciones resultaron abiertamente contrarias a las declaradas por la acusada.

En efecto, manifestó recordar la exploración de Rosana, una niña de 3 años, a la que se le aplicó el protocolo de niños inmigrantes sanos, detectando entonces la lesión. Recordó haber hablado con el padre, toda vez que la madre no podía expresarse ni en catalán ni en castellano, haciendo el marido de intérprete. Añadió, que cuando les informó de la lesión de la niña, se apercibió de que no hubiera ninguna reacción de especial sorpresa en los padres; apreciación que resultó corroborada cuando el padre manifestó que la ablación sufrida era un hecho cultural en África; por lo tanto, hablaron de ella con normalidad. Además, al insistir el Ministerio Fiscal en preguntar el testigo acerca de más detalles sobre este último extremo, en concreto, sobre si recordaba que la acusada manifestara que ella también había sido objeto de la misma **mutilación**, -tras mostrarse reacio a contestar por entender que su respuesta podía poner de manifiesto datos confidenciales efectuados por los pacientes o por quienes acompañan a una paciente menor de edad, en el estricto ámbito de una visita médica,- y ser disipadas sus dudas por el representante de la acción penal, en el sentido de hacerle saber que su declaración se encontraba legalmente protegida por cuanto se trataba de averiguar la perpetración de un delito, contestó, sin género de dudas, que efectivamente la acusada manifestó que ella también sufrió la misma lesión como consecuencia de las costumbres imperantes en ese aspecto en las zonas rurales de su país.

Por último, los peritos médicos manifestaron que efectivamente la niña había sufrido la indicada lesión que era antigua y que las secuelas observadas, esto es, la sinequia era consecuencia, con toda probabilidad, de alguna infección, sin poder precisar más datos al no conocer la forma en que se produjeron los hechos. Al ser informados por el Ministerio Fiscal que los hechos se produjeron por un profano de la medicina en una aldea de Senegal, sin ningún tipo de medios, no dudaron en afirmar el origen, de las secuelas; precisando que en casos como el de autos, estas lesiones suelen necesitar muchos días de curación, incluso meses, pudiendo producirse durante ese periodo infinidad de infecciones, algunas de ellas mortales.

SEGUNDO.- Como se ha dicho con anterioridad, y una vez examinadas las pruebas citadas, el delito cometido por la acusada reúne los caracteres de una modalidad del genérico de lesiones, previsto, en concreto, en el artículo 149.2 del Código Penal.

Partiendo de tal premisa, a la hora de declarar la autoría de la acusada acerca de la lesión causada a la menor Rosana, no hace falta que las pruebas practicadas conduzcan, de forma inequívoca, a la imputación directa y material de la acusada, pues dado el tipo penal cometido, la edad de la víctima y la existencia del vínculo materno-filial existente, a efectos penales, es indiferente que las lesiones las causara materialmente la acusada, la madre de esta última, -tal como la acusada insinuó-, o fueran perpetradas por un tercero, bastando que la acusada, en su condición de madre de la menor y, portanto, en el ejercicio de la patria potestad que le correspondía, hubiera consentido, en aras de la tradición y costumbres del lugar, que su hija sufriera la lesión en el entorno familiar o se viera expuesta a sufrirla, derivada de la anacronía de costumbres ancestrales. Pues esa falta de reacción o de sorpresa cuando, la acusada es informada por el enfermero, no puede obedecer sino es como consecuencia de saber la existencia de la lesión y, en su caso, de su anuencia para que ésta se produjera.

En efecto, que la acusada conocía la lesión **genital** de su hija Rosana, resulta acreditado pero no por sus manifestaciones pues, como se ha indicado, no sólo negó saber lo sucedido, sino que, en el acto del juicio, se mostró abiertamente en contra de la **mutilación genital femenina** y profundamente dolida cuando se enteró, supuestamente en el centro médico, de la lesión que padecía su hija.

Sin embargo, tales manifestaciones, efectuadas desde el prisma del ejercicio de sus derechos de defensa, quedaron absolutamente desvirtuadas por la declaración testifical prestada por el enfermero que entrevistó a los padres, quien, muy al contrario de lo anteriormente expuesto por la acusada, manifestó que, en el diálogo mantenido con el marido de la acusada y, haciendo al propio tiempo de intérprete de lo que ella le decía, cuando les comentó la lesión que presentaba Rosana, ambos se mostraron indiferentes, no sorprendidos por la noticia que en absoluto les resultó desconocida; es más, como se ha indicado, fue el marido de la acusada quien, ante la sorpresa del enfermero, le dijo que ese tipo de lesión era normal en su país, por ser propio de su cultura y tradición y por ello también, en su día, le fue practicada a su esposa.



Por todo ello y ante tal testimonio, el tribunal no alberga ninguna duda de la autoría de la acusada, ya sea como autora material de la lesión al amparo de lo dispuesto en los artículos 28 y 29 del Código Penal en relación con el tipo penal aplicable al caso, esto es, el artículo 149.2 del Código Penal, o bien insita en el tipo penal de omisión previsto en el artículo 11 de nuestro Código Penal al exponer a su hija al inevitable peligro de que le fuera practicada la lesión **genital**.

En, efecto, de encuadrarse la acción dentro de este segundo supuesto, concurrirían los parámetros descritos en la sentencia del Tribunal Supremo 1638/2000, que, para la aplicación del referido artículo exige: 1º.- Producción de un resultado de lesión o peligro; 2º.- Omisión de una acción que se encuentre en relación de causalidad hipotética con la evitación del resultado; 3º.- Que el omitente esté calificado para ser autor del tipo activo que se trate, requisito este fundamental en los delitos especiales; 4º.- Que el omitente hubiese estado en condiciones de realizar voluntariamente la acción que habría evitado o dificultado el resultado y 5º.- Que la omisión suponga la infracción de un deber jurídico de actuar, bien como consecuencia de una específica obligación legal o contractual, bien porque el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente. Datos, todos ellos, concurrentes en el caso.

Ahora bien, y partiendo de la autoría ya declarada de la acusada, la contumacia y claridad del testimonio prestado por el enfermero, en el sentido ya indicado de observar la imperturbabilidad y normalidad de la acusada ante el anuncio de la lesión sufrida por su hija, pone de manifiesto una importante cuestión acerca de su culpabilidad que, aún no habiendo sido planteada por las partes, obliga al tribunal a plantearse y, que no es otra distinta a la existencia de un posible error de prohibición que, de apreciarse, llevaría inevitablemente o bien a una exención de la responsabilidad, en el caso de que tal error fuera invencible, o una importante atenuación de la misma, en el caso de que el error fuera evitable.

Con objeto de exponer el tema de forma ordenada, se tratará, en primer lugar, si hay o no en el caso error de prohibición y de que tipo; en segundo lugar, cual sea la situación normativa de los extranjeros en España cuando, como en el caso, se alegue conflicto entre sus costumbres y tradiciones y el ordenamiento jurídico penal español y, por tanto, desconocer que lo realizado era delito; en tercer lugar cual es la respuesta del ordenamiento jurídico penal español y finalmente, cual es el error existente y sus efectos.

En relación a la primera cuestión, la jurisprudencia de la Sala II del Tribunal Supremo, en concreto, la ss. 14/11/97, ha señalado que el error de prohibición se constituye, como el reverso de la conciencia de la antijuridicidad, esto es, como un elemento constitutivo de la culpabilidad que exige que el autor de la infracción penal concreta ignore que su conducta es contraria a derecho o, expresado de otro modo, que actúe en la creencia de estar obrando lícitamente. Por lo tanto, sigue diciendo la mencionada sentencia, no cabe extenderlo a los supuestos en los que el autor crea que la sanción penal era de menor gravedad, ni tampoco a los supuestos de desconocimiento de la norma concreta infringida y únicamente se excluye, o atenúa, la responsabilidad cuando se cree obrar conforme a derecho.

Pues bien, a la luz de las pruebas practicadas en el plenario, lo que el tribunal ha deducido es que, realmente, la acusada ignoraba que la **mutación genital** de su hija constituía un delito no sólo dentro de España, sino incluso fuera de ella. Por tal motivo, y entendiendo así la cuestión, se entiende porqué en ese primer reconocimiento médico de su hija, en septiembre del 2010, reaccionara con total normalidad, con indiferencia y sin sorpresa al ser informada de la lesión descubierta, reconociendo, incluso, haberla sufrido. Esto es, la naturalidad de su reacción no podía derivar de otra cosa distinta que no fuera su convencimiento de que la lesión sufrida por su hija carecía de trascendencia penal.

Por el contrario, cuando tras aquel reconocimiento, se inició la investigación judicial que dio lugar a la celebración del presente juicio oral, su postura de indiferencia y jactancia, trocó radicalmente en desconocimiento y gran pesar por lo ocurrido.

Con respecto a la segunda cuestión, esto es, la determinación del marco legal en el que se desenvuelve la conducta de la acusada, en su condición de inmigrante, en supuestos en los que la actuación sometida a enjuiciamiento pretenda estar amparada por el ejercicio de su tradición y cultura, debe tenerse en cuenta que, el principio o presupuesto normativo en España es el respeto a los Derechos Humanos por parte de los extranjeros que llegan a nuestro país, sin que éstos puedan eludirse en base a razones de tipo cultural, religioso o ideológico.

En efecto, el artículo 3.2 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España, modificada por Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, establece que "Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros serán interpretadas de conformidad con la

Declaración **Universal** de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias vigentes en España, sin que pueda alegarse la profesión de creencias religiosas o convicciones ideológicas o culturales de signo diverso para justificar la realización de actos o conductas contrarios a las mismas".

Por su parte, y de forma más concreta, la Exposición de Motivos de la L.O. 3/2005, de 8 de julio, por la que se modifica el artículo 23.4 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la **mutilación genital femenina**, señala que "El hecho de que las **mutilaciones** sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos. La Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 2.f prevé que los Estados parte adopten medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan una discriminación contra las mujeres."

Se entra en los dos últimos aspectos de la cuestión. Esto es, tras deducir del plenario que la acusada no sabía que o bien su actuación o bien la realizada por otra persona con su consentimiento, era contraria al orden penal español, no cabe la menor duda de que la respuesta del ordenamiento penal no puede ser la misma a quien, a sabiendas, infringe una norma penal; de ahí que nuestro Código Penal regule en el artículo 14 el error de prohibición, con distintos efectos según se considere que éste es invencible o vencible, pues mientras la apreciación del error invencible, daría lugar a la extinción de responsabilidad penal, la conclusión de que el error era vencible, da lugar a una rebaja importante de la pena en uno o dos grados.

Cuando el Tribunal Supremo se ha pronunciado sobre este particular (ss. 14/12/1985 y 15/04/1996), ha establecido que, para valorar la entidad del error habrán de tenerse en cuenta las condiciones psicológicas y de cultura del infractor, así como las posibilidades que se le ofrecieran de instrucción y asesoramiento o de acudir a medios que permitieran conocer la trascendencia antijurídica de su obrar.

Pues bien, atendiendo a los citados parámetros, ha resultado probado que así como la acusada vivió en una zona rural de Senegal hasta 2010, su esposo llevaba residiendo en Cataluña, al menos desde hacía 10 años, por lo tanto, es inevitable pensar que así como la acusada no tenía acceso a información alguna sobre el particular, su marido, promotor de la idea de la reagrupación familiar en Cataluña y, por ello, conocedor suficiente de las normas mínimas de convivencia, debería haberla asesorado en este extremo, evitando así los problemas surgidos desde la llegada a España de la acusada y la hija de ambos.

En consecuencia, el tribunal, teniendo en cuenta los parámetros establecidos por el Tribunal Supremo y las circunstancias del caso, entiende que el error sufrido por la acusada es el vencible, por lo que procede minorar la pena de acuerdo a los cánones establecidos en el citado artículo 14 del Código Penal en uno o dos grados.

TERCERO.- No concurren circunstancias modificativas de la responsabilidad penal, por lo que, como consecuencia de lo anteriormente expuesto y en orden a la fijación de la pena concreta, procede rebajar la pena abstractamente considerada, de entre 6 a 12 años, en dos grados, de forma que procede la imposición de la pena de dos años de prisión, pena que se encuentra situada en la mitad inferior de la pena legalmente imponible, lo que atendidas las circunstancias del caso, se entiende coherente y ajustada a los hechos probados objeto de enjuiciamiento.

CUARTO.- En materia de responsabilidad civil, habida cuenta de la entidad no sólo de la lesión producida sino también de las secuelas descritas, se entiende razonable al caso la fijación de una suma de 10.000 euros a cargo de la acusada y a favor de su hija Rosana, habida cuenta de la escasez de medios económicos de la familia.

QUINTO.- En materia de costas, procede la imposición de las mismas a la acusada, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 123 del Código Penal y 240 de la L.E.Crim.

VISTOS los citados preceptos y demás de general y pertinente aplicación,

FALLAMOS

QUE DEBEMOS CONDENAR Y CONDENAMOS a Bárbara como autora responsable de un delito de lesiones en su modalidad de **mutilación genital**, con la concurrencia de un error de prohibición vencible, y sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a la pena de DOS AÑOS DE



PRISIÓN, inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena y pago de las costas del juicio y que en materia de responsabilidad civil indemnice a su hija Rosana en 10.000 euros.

Contra la presente resolución puede interponerse recurso de casación ante la Sala Segunda del Tribunal Supremo que deberá prepararse en el plazo de cinco días a partir de la última notificación.

Así, por esta nuestra sentencia definitivamente juzgando en esta instancia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Léida y publicada ha sido la anterior sentencia por la Magistrada Ponente Ilma. Sra. D^a. CARMEN PALOMA GONZÁLEZ PASTOR, estando celebrando audiencia pública el día de su fecha. Doy fe.

FONDO DOCUMENTAL • CENDOJ



Roj: STS 5908/2013 - ECLI:ES:TS:2013:5908
Id Cendoj: 28079120012013100962
Órgano: Tribunal Supremo. Sala de lo Penal
Sede: Madrid
Sección: 1
Nº de Recurso: 832/2013
Nº de Resolución: 939/2013
Procedimiento: RECURSO CASACIÓN
Ponente: JOSE RAMON SORIANO SORIANO
Tipo de Resolución: Sentencia

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a dieciséis de Diciembre de dos mil trece.

En el recurso de casación por infracción de ley, que ante Nos pende, interpuesto por la representación de la acusada Celestina, contra sentencia dictada por la Sección Cuarta de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, que la condenó por delito de lesiones en su modalidad de mutilación genital, los componentes de la Sala Segunda del Tribunal Supremo que al margen se expresan se han constituido para la votación y fallo bajo la Presidencia del primero de los indicados y Ponencia del Excmo. Sr. D. Jose Ramon Soriano Soriano, siendo también parte el Ministerio Fiscal y estando dicha recurrente acusada, representada por la Procuradora Sra. Jiménez Alonso.

I. ANTECEDENTES

1.- El Juzgado Central de Instrucción nº 5 instruyó sumario con el nº 5 de 2011 contra Celestina, y, una vez concluso, lo remitió a la Sección Cuarta Sala Penal Audiencia Nacional, que con fecha 4 de abril de 2013 dictó sentencia que contiene los siguientes Hechos Probados: Celestina, mayor de edad y sin antecedentes penales, inmigrante de Senegal, vino a Cataluña en 2.010 con sus hijos, una vez que su marido, Anibal, residente en Cataluña desde 1.999, consiguiera permiso para reagrupar a su familia. El 16 de agosto de 2010, Celestina, acompañada de su esposo y la menor de sus hijos, Hortensia, nacida en una aldea de Senegal el NUNU000 de 2006, acudieron al centro de atención primaria de Premiá de Mar donde, con motivo de la exploración realizada dentro del protocolo de actuación de niños inmigrantes, le fue apreciada la extirpación del clítoris y, como secuela, sinequia o adherencia de labios menores que obtura los orificios uretral externo y vaginal, con una abertura mínima de entre 3 y 5 milímetros de diámetro, que precisará tratamiento quirúrgico. La citada lesión fue causada directamente por la acusada o por otra persona con su consentimiento, antes de venir a España, como consecuencia de motivos religiosos y culturales imperantes en las zonas rurales de Senegal.

2.- La Audiencia de instancia dictó el siguiente pronunciamiento: FALLAMOS: Que debemos condenar y condenamos a Celestina como autora responsable de un delito de lesiones en su modalidad de mutilación genital, con la concurrencia de un error de prohibición vencible, y sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a la pena de dos años de prisión, inhabilitación especial para el derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena y pago de las costas del juicio y que en materia de responsabilidad civil indemnice a su hija Hortensia en 10.000 euros. Contra la presente resolución puede interponerse recurso de casación ante la Sala Segunda del Tribunal Supremo que deberá prepararse en el plazo de cinco días a partir de la última notificación.

3.- Notificada la sentencia a las partes, se preparó recurso de casación por infracción de ley, por la representación de la acusada Celestina, que se tuvo por anunciado, remitiéndose a esta Sala Segunda del Tribunal Supremo las certificaciones necesarias para su sustanciación y resolución, formándose el correspondiente rollo y formalizándose el recurso.

4.- El recurso interpuesto por la representación de la acusada Celestina, lo basó en los siguientes MOTIVOS DE CASACIÓN: Primero.- Al amparo del art. 852 LE.Cr., por vulneración de precepto constitucional, en concreto del art. 24.2º C.E., que recoge el derecho a la presunción de inocencia, y, en



última instancia, por violación del principio in dubio pro reo. Error en la valoración de la prueba; Segundo.- Se renuncia expresamente a este motivo; Tercero.- Al amparo del art. 849.1º L.E.Cr., por infracción de ley, por aplicación indebida del art. 11 del C. Penal; Cuarto.- Se renuncia expresamente a este motivo; Quinto.- Solo para el supuesto que nos fuesen desestimados los anteriores motivos; Al amparo del art. 849.1º L.E.Cr., por infracción de ley, por inaplicación del art. 14.3º del C. Penal en su modalidad de error de prohibición invencible; Sexto.- Se renuncia expresamente a este motivo; Séptimo.- Al amparo del art. 852 L.E.Cr., por vulneración de precepto constitucional, en concreto del art. 14 de la C.E., que recoge el derecho a la igualdad; Octavo.- Se renuncia expresamente a este motivo.

5.- Instruido el Ministerio Fiscal del recurso interpuesto, solicitó la inadmisión de todos sus motivos, quedando conclusos los autos para señalamiento de fallo cuando por turno correspondiera.

6.- Hecho el señalamiento para el fallo, se celebró la votación prevenida el día 4 de diciembre de 2013.

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Con sede procesal en el art. 852 L.E.Cr., en el primer motivo el recurrente considera infringido el derecho fundamental a la presunción de inocencia regulado en el art. 24.2 C.E.

1. Sostiene el recurrente que no se ha practicado una prueba de cargo mínima, apta y suficiente para enervar el derecho a la presunción de inocencia.

Parte del testimonio de la propia acusada, en modo alguno desvirtuado, en el que ha negado abierta y contundentemente su autoría o participación en los hechos que se le imputan.

Considera insostenible que la única prueba de cargo se halle integrada por la manifestación de un enfermero, por el hecho de que conocida la dolencia de su hija, cuando acudieron su esposo y ella a un centro de salud, dicho enfermero afirma que "no hubo reacción de especial sorpresa en los padres" al comunicarles la noticia. La inferencia del Tribunal de instancia no se sabe bien en qué consiste, es decir, si la falta de reacción es porque conocieran ya la lesión y sus posibles causas o porque no se le da importancia a una manipulación genital que es usual hacerlo en su país por una costumbre ancestral, sin que se le asigne un carácter ilícito en aquel país.

Hace igualmente referencia a que se ignora cuál fue la respuesta de la mujer a tal situación, ya que ella desconocía de forma absoluta el idioma español o catalán, ya que acababa de llegar a España y tuvo que hacer de traductor del idioma "mandinga" el marido de la acusada, también imputado en este proceso (nº 5/2011 del Juzgado Central de Instrucción nº5).

2. Las pruebas en que se ha basado la sentencia son tres: el testimonio de la acusada, la declaración de un enfermero del Centro de Salud donde fue atendida la niña, y los informes periciales, estos últimos dirigidos a la determinación de la naturaleza y alcance de la lesión detectada, por lo que a efectos de culpabilidad en el sentido de intervención y atribución del hecho delictivo, solo existieron las dos primeras.

A) La acusada declaró que "antes de llegar a España, vivía con sus tres hijos varones y su hija pequeña Hortensia", en una zona rural de Senegal, hasta que su marido, que ya se encontraba en Cataluña, consiguió los permisos necesarios para que todos ellos vinieran. Mientras vivió en Senegal, trabajaba en el campo, por lo que cuando Hortensia, -respecto de la que tampoco supo decir en qué año nació,- dejó de tomar pecho, aproximadamente al año de edad, la llevó a la aldea donde vivía su madre, esto es, la abuela materna de la menor, lo que le permitió continuar trabajando en el campo, ignorándose si ella o alguien con su previo consentimiento pudo haberle practicado la extirpación genital. Por último, reiteró haber tenido conocimiento de la lesión sufrida por su hija en el propio centro asistencial, produciéndole la noticia una profunda tristeza ya que ella nunca lo hubiera permitido.

B) El enfermero declaró que cuando les informó (a los padres) de la lesión de la niña se apercebó de que no hubiera ninguna reacción de especial sorpresa en los padres; apreciación que resultó corroborada cuando el padre manifestó que la ablación sufrida era un hecho cultural en África; por lo tanto, hablaron de ella con normalidad. Añadió que también dijo que su esposa también sufrió la misma lesión consecuencia de las costumbres imperantes en las zonas rurales de su país.

C) Respecto al dictamen pericial, en el juicio el Fiscal puso al corriente a los peritos de que "los hechos se produjeron por un profano de la medicina en una aldea de Senegal, sin ningún tipo de medios ...".

La Audiencia en su fundamentación jurídica realiza manifestaciones que envuelven un alto grado de incerteza en la determinación de la autoría y en la conciencia de la ilicitud del hecho.



En este sentido afirma:

a) Que a efectos penales es indiferente que las causara materialmente la acusada, la madre de ésta o un tercero, bastando la condición de madre de la menor, para responsabilizarle en aras a las obligaciones que la patria potestad le imponía. En cualquier caso la responsabilidad devendría por la vía de la comisión por omisión (art. 11 C.P.).

b) Que la acusada debía conocer la **lesión** de su hija porque, aunque los padres en principio se mostraron, al conocer la dolencia de la hija, indiferentes y no sorprendidos, luego en el juicio la acusada se manifestó abiertamente en contra de la mutilación genital, cambió de actitud, que certeramente la Audiencia Nacional calificó como efecto del ejercicio del derecho de defensa.

c) Ante las pruebas practicadas la Audiencia considera que nos hallamos ante un error de prohibición vencible, al haber llegado el Tribunal a la convicción de que "la acusada ignoraba que la mutilación genital de su hija constituyera un delito no solo dentro de España, sino fuera de ella".

Finalmente en las páginas 11 y 12 de la sentencia después de afirmar que el Tribunal de origen "dedujo del plenario que la acusada no sabía que, bien su actuación o bien la realizada por otra persona con su consentimiento, era contraria al orden penal español" todo lo cual justificaría una rebaja importante de la pena (dos grados, al reputar el error de prohibición como vencible).

A continuación nos dice en el mismo fundamento jurídico que " ha resultado probado que, así como la acusada vivió en una zona rural de Senegal hasta el 2.010, su esposo llevaba residiendo en Cataluña al menos desde hacía 10 años, por lo tanto, es inevitable pensar que así como la acusada no tenía acceso a información alguna sobre el particular , su marido, promotor de la idea de la reagrupación familiar en Cataluña, y por ello conocedor suficiente de las normas mínimas de convivencia, debería haberle asesorado en este extremo, evitando así los problemas surgidos desde la llegada a España de la acusada y la hija de ambos".

3. Resulta de sumo interés, antes de dar respuesta al motivo, destacar algunas de las consideraciones del escueto informe del Fiscal, que expone sobre la cuestión:

a) ".... no consta la forma y circunstancias en que se ha realizado la mutilación de la niña, la cual se encontraba a cargo de la ahora recurrente, teniendo en cuenta que la recién nacida si bien fue entregada a su abuela , la acusada mantenía su custodia .

b) ".... todo lo cual nos permite concluir que tenía pleno conocimiento de la **lesión** inferida a la niña (nacida el NUM000 de 2006)".

A esta conclusión llega el Fiscal con apoyo en el dictamen pericial, que se limita a concretar la **lesión** y el testimonio del enfermero.

4. Sobre los presupuestos fácticos o jurídicos en los que se asienta la sentencia, es evidente que a la recurrente le asiste razón, ya que la única prueba inculpativa (testimonio del enfermero) y la interpretación que de él hace la Audiencia, es absolutamente insegura y abierta, y en modo alguno justifica la participación consciente o negligente de la acusada en el hecho enjuiciado.

Hemos de partir, como hace la Audiencia, del testimonio razonable y persistente de dicha acusada, del que - como sostiene el Fiscal- " no consta la forma y circunstancias en que se ha mutilado a la niña ".

El testimonio del enfermero, que admite diversas interpretaciones, ninguna de ellas tiene carácter claramente inculpativo, pues las alternativas son dos: que los padres conocían antes la **lesión**, o que si se descubrió en el Centro de Salud, es lógico que no sufrieran una reacción adversa y de contrariedad, si como explicó el marido y la Audiencia aceptó constituye una práctica usual y generalizada en las regiones rurales de su país, donde residía la menor, que no califican de ilícita ni ilegal (no consta acreditado que esta conducta se halle castigada penalmente en aquel país).

Por tanto, si lo sabía antes de acudir al Centro, lo que no es extraño si había detectado graves anomalías lesivas en sus órganos genitales, que permitían barruntar su origen, nada aporta a efectos de la culpabilidad del hecho que hay que referirla al momento de su comisión o de su evitación si se trata de una conducta omisiva.

Si se descubrió en el Centro de Salud, también resulta razonable la reacción, si en su país de origen es un uso generalizado en zonas rurales, y pudieron atribuir hipotéticamente la causación de la mutilación a la abuela materna o a una tercera persona a instancia de dicha abuela.



Desde el punto de vista de la actuación omisiva o negligente, no puede tildarse de conducta irresponsable trasladar el cuidado y custodia de hecho a la abuela materna, que debe considerarse tan responsable o más que la madre, si ésta última por imperiosas razones vitales de subsistencia tenía que trabajar en el campo. Nunca espera que su madre lleve a cabo nada que perjudique a su nieta, ni puede pensar en ello la acusada, si la ablación del clítoris es normal, pues no consta que se halle penalmente castigado en Senegal, ni podía predecir que iba a trasladarse en pocos años a España, con la crisis económica generalizada que atenaza a los países europeos en los últimos años.

Por último, ni siquiera por la vía de la omisión negligente del art. 11 C.P., se acreditan hechos susceptibles de generar responsabilidad por la circunstancia de tener asignada la custodia legal por ley, cuando de facto se trasladó transitoria e intermitentemente a la abuela, por razones justificadas de necesidad. Se desconoce a su vez, la distancia a la que se hallaba la acusada de su hija y los posibles contactos con la misma y su frecuencia.

Tampoco es posible responsabilizarla porque su marido residente varios años en España no le comunicara que en este país la ablación del clítoris es delictiva, pues si no lo hizo, como da a entender la Audiencia, la responsabilidad estaría de parte del marido, a quien afectan las mismas obligaciones derivadas de la patria potestad, y sin embargo, este último en la misma causa ha resultado absuelto, en sentencia dictada por la misma Sección en fecha 24 de julio de 2012.

Por todo lo expuesto el motivo debe estimarse, por entender absolutamente insuficiente la prueba incriminatoria habida en la causa, y abierta e insegura y no concluyente la valoración del indicio hecha por la Audiencia.

Con ello bastaría para dictar sentencia absolutoria, sin analizar los siguientes motivos, aunque la Sala estima que un somero análisis de los mismos reforzaría el criterio absolutorio de esta Sala.

SEGUNDO.- Por renuncia del motivo 2º, en el tercero con sede en el art. 849.1º LE Cr., considera infringido el art. 11 C.P. En el séptimo motivo, relacionado con éste considera vulnerado el derecho fundamental a la igualdad (art. 14 C.E.).

1. La recurrente niega que su conducta esté incluida en el art. 11 como omisión con resultado positivo (comisión por omisión) al exponer a su hija al inevitable peligro de que le fuera practicada la **lesión** genital. No concurriría -a su juicio- el manifiesto conocimiento y consentimiento de la impugnante a la **lesión** que padece su hija, o dicho en otros términos, no aparece en el factum la omisión consciente por haber dejado a su hija cuando contaba 1 año al cuidado de su madre (abuela materna), lo que por sí mismo no implica aceptación del resultado de la extirpación del clítoris que padeció.

2. De las probanzas existentes en la causa no aflora la conciencia en la acusada de un deber jurídico, ya que no era consciente del riesgo que podía entrañar dejar la niña al cuidado de su madre, a la que se debe suponer de plena responsabilidad para cuidar a su nieta.

En cualquier caso no cabe responsabilizarle por la simple condición de madre de la menor en razón de los deberes impuestos por la patria potestad, pues de ser así, como bien apunta el recurrente, su esposo, padre de la menor, hubiera soportado el mismo resultado condenatorio, al ser juzgado en este mismo proceso, con iguales pruebas que la recurrente (su testimonio, declaración del enfermero y dictámenes periciales), cuando resultó absuelto como se comprueba en los folios 209-213 de la presente causa.

Con estos argumentos queda contestado el motivo 7º, que deberá rechazarse.

Por último resulta de interés transcribir algún párrafo del dictamen del Fiscal emitido al dar respuesta al motivo tercero.

Nos dice: "Es cierto que la oposición al motivo la hacemos partiendo de los hechos probados, pero en los mismos se deberían haber concretado más las circunstancias de esa omisión, y si la acusada estaba o no en condiciones de accionar en defensa de la menor, sobre todo porque estamos juzgando el comportamiento de unos seres humanos que proceden de un mundo tan alejado del nuestro". El Fiscal sigue diciendo: "creemos ver en el pronunciamiento de la sentencia con la apreciación del error veniable, la disyuntiva espiritual que se le ha tenido que producir al juzgador, de ahí que haya aprovechado para imponer una pena menor".

Con todo ello el motivo ha de estimarse, si bien no añade más que argumentos a la decisión de acoger el motivo primero.



TERCERO.- Por renuncia del motivo cuarto, en el quinto, a través de la vía procesal prevista en el art. 849.1º L.E.Cr., considera indebidamente aplicado el art. 14.3º inciso segundo, cuando debió aplicarse el inciso primero de ese art. 14.3º C.P.

1. La recurrente alega que si bien la Audiencia califica como vencible el error en que incurrió la acusación, no explica cómo ésta a pesar de todas las limitaciones en que se encontraba tuvo posibilidad de haber evitado la mutilación genital de su hija y no lo hizo, o si por el contrario el error padecido hubiera podido superarse empleando la diligencia objetiva y subjetivamente exigible.

2. A la acusada le asiste razón. No ha quedado acreditado, ni se ha razonado por la combatida, la accesibilidad a un medio o sistema de información capaz de deshacer el error, teniendo en cuenta el ambiente en el que vivió.

Esta Sala entiende que en el contexto en que se desarrollaron los hechos la acusada no disponía de medio adecuado que le informara de la ilegalidad de la ablación del clítoris, y en su caso impedir el resultado.

El motivo, aunque se reputa innecesario, por la estimación del primero, debe igualmente acogerse.

CUARTO.- La estimación de los motivos 1º, 3º, 5º y 7º hace que las costas del recurso se declaren de oficio, de conformidad al art. 901 L.E.Cr.

III. FALLO

QUE DEBEMOS DECLARAR Y DECLARAMOS HABER LUGAR AL RECURSO DE CASACIÓN por infracción de ley, con estimación de los motivos primero, tercero, quinto y séptimo y desestimación del resto, interpuesto por la representación de la acusada Celestina y, en su virtud, casamos y anulamos la sentencia dictada por la Sección Cuarta Sala Penal Audiencia Nacional, de fecha 4 de abril de 2013, en causa seguida contra la misma por delito de lesiones en su modalidad de mutilación genital. Se declaran de oficio las costas procesales. Y, comuníquese esta resolución, y la que seguidamente se dicte, a la mencionada Audiencia a los efectos legales oportunos, con devolución de la causa que en su día remitió.

Así por esta nuestra sentencia, que se publicará en la Colección Legislativa lo pronunciamos, mandamos y firmamos Juan Saavedra Ruiz Jose Ramon Soriano Soriano Miguel Colmenero Menendez de Larcia Manuel Marchena Gomez Perfecto Andres Ibañez

SEGUNDA SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a dieciséis de Diciembre de dos mil trece.

En la causa incoada por el Juzgado Central de Instrucción nº 5, con el número 5 de 2011, y seguida ante la Sección Cuarta Sala Penal Audiencia Nacional, por delito de lesiones en su modalidad de mutilación genital contra la acusada Celestina, nacida en Bantantiny (Senegal), el NUM001 /1972, hija de Segundo y de Estibaliz, con NIE- NUM002, sin antecedentes penales, de ignorada solvencia, en situación de libertad provisional, de la que no ha sido privada, y en cuya causa se dictó sentencia por la mencionada Audiencia, con fecha 4 de abril de 2013, que ha sido casada y anulada por la pronunciada en el día de hoy por esta Sala Segunda del Tribunal Supremo, integrada por los Excmos. Sres. expresados al margen y bajo la Ponencia del Excmo. Sr. D. Jose Ramon Soriano Soriano, hace constar lo siguiente:

I. ANTECEDENTES

ÚNICO.- Se dan por reproducidos los hechos probados de la sentencia de instancia.

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Los de la mencionada sentencia de instancia, salvo en aquello que contradigan los argumentos de este Tribunal, en los concretos extremos relacionados con los motivos que se estiman.

SEGUNDO.- Conforme a todo lo argumentado en la sentencia rescindente, procede decretar la absolución de la acusada, con todas las circunstancias favorables declarando de oficio las costas de la instancia.

III. FALLO

Absolver a la acusada del delito que se le acusa con todas las consecuencias favorables declarando de oficio las costas de la instancia. Alcéntese cuantas trabas y embargos pudiera haberse decretado en la causa.



Así por esta nuestra sentencia, que se publicará en la Colección Legislativa lo pronunciamos, mandamos y firmamos Juan Saavedra Ruiz Jose Ramon Soriano Soriano Miguel Colmenero Menendez de Larca Manuel Marchena Gomez Perfecto Andres Ibañez

Voto Particular

VOTO PARTICULAR

FECHA: 16/12/2013

VOTO PARTICULAR QUE FORMULA EL EXCMO. SR. MAGISTRADO D. Manuel Marchena Gomez A LA SENTENCIA DE FECHA 16 DE DICIEMBRE DE 2013, RECAÍDA EN EL RECURSO DE CASACIÓN NÚM. 832/2013

I.- Mediante el presente voto particular quiero expresar mi desacuerdo con la absolución de la acusada, Celestina . Todo motivo de casación formalizado con invocación del derecho a la presunción de inocencia del art. 24.2 de la CE , nos obliga a una valoración de la licitud de la prueba de cargo, de su suficiencia y de la racionalidad con la que ésta ha sido valorada por el Tribunal de instancia. Excluida cualquier duda sobre la licitud y sobre la lógica de los razonamientos esgrimidos por la Audiencia Nacional -nada de ello se ha cuestionado- nuestro análisis ha de centrarse en la consistencia incriminatoria de las pruebas ponderadas por los Jueces de instancia.

Mis compañeros han concluido la procedencia de estimar el primero de los motivos "...por entender absolutamente insuficiente la prueba incriminatoria habida en la causa, y abierta e insegura y no concluyente la valoración del indicio hecha por la Audiencia". Es en el FJ 1º donde se explican y razonan las claves que llevan a estimar vulnerado el derecho constitucional a la presunción de inocencia. Allí se indica que las pruebas en que se ha basado la sentencia de instancia son tres: a) el testimonio de la acusada; b) la declaración de un enfermero del Centro de Salud donde fue atendida la niña; y c) los informes periciales, estos últimos dirigidos a la determinación de la naturaleza y alcance de la **lesión** detectada. De ahí que -concluye la mayoría- "...a efectos de culpabilidad en el sentido de intervención y atribución del hecho delictivo, sólo existieron las dos primeras".

Tras hacer una glosa literal del testimonio de la madre y del enfermero que atendió a la niña, la sentencia concluye que "... sobre los presupuestos fácticos o jurídicos en los que se asienta la sentencia, es evidente que a la recurrente le asiste la razón, ya que la única prueba incriminatoria (testimonio del enfermero) y la interpretación que de él hace la Audiencia, es absolutamente insegura y abierta y en modo alguno justifica la participación consciente o negligente de la acusada en el hecho enjuiciado".

No puedo compartir este razonamiento.

Existe algo más que el testimonio del enfermero para proclamar la autoría de la acusada. En efecto, nuestra sentencia no extrae todas las consecuencias jurídicas que se derivan de un hecho que, a mi juicio, nos habría permitido confirmar el juicio de autoría, tal y como fue formulado por la Audiencia Nacional. Me refiero, claro es, a la condición de garante de la acusada, madre de Hortensia , quien ejercía la patria potestad sobre su hija y a la que correspondía su custodia. Y ello pese a que las largas jornadas de trabajo a la que le obligaba su dedicación a la agricultura, le exigieran poner a la niña al cuidado de su abuela materna. En la sentencia recurrida no se ofrecen datos que nos permitan concluir la existencia de períodos de interrupción en la custodia de la menor que hayan podido convertir en puramente nominal la titularidad de la patria potestad y la efectiva custodia de la niña.

Desde esta perspectiva adquiere pleno significado el fragmento del FJ 2º de la sentencia dictada por la Audiencia Nacional, en el que se razona en los siguientes términos: "...partiendo de tal premisa, a la hora de declarar la autoría de la acusada acerca de la **lesión** causada a la menor Hortensia , no hace falta que las pruebas practicadas conduzcan, de forma inequívoca, a la imputación directa y material de la acusada, pues dado el tipo penal cometido, la edad de la víctima y la existencia del vínculo materno-filial existente, a efectos penales, es indiferente que las **lesiones** las causara materialmente la acusada, la madre de esta última, -tal como la acusada insinuó-, o fueran perpetradas por un tercero, bastando que la acusada, en su condición de madre de la menor y, por tanto, en el ejercicio de la patria potestad que le correspondía, hubiera consentido, en aras de la tradición y costumbres del lugar, que su hija sufriera la **lesión** en el entorno familiar o se viera expuesta a sufrirla, derivada de la anacronía de costumbres ancestrales. Pues esa falta de reacción o de sorpresa cuando, la acusada es informada por el enfermero, no puede obedecer sino es como consecuencia de saber la existencia de la **lesión** y, en su caso, de su anuencia para que ésta se produjera".



La Audiencia Nacional ha descartado cualquier duda acerca de la responsabilidad de la acusada, ya sea como autora material de la acción dirigida a la ablación del clítoris, ya como responsable, en su condición de garante, de la omisión que condujo "... a exponer a su hija al inevitable peligro de que le fuera practicada la *lesión genital*".

Es en este contexto en el que hay que ponderar el testimonio del enfermero que atendió en el centro de salud de Barcelona a la niña y que detectó las *lesiones* padecidas por aquella. Esa declaración no es - frente a lo que sostiene la mayoría- la única prueba de cargo sobre la que se asienta la condena de Celestina. Su testimonio sirve al Tribunal de instancia para reforzar el valor jurídico de la omisión en la que incurrió aquella y a la que, su condición de garante, la convierte en responsable en los términos regulados en el art. 11 del CP. Así se expresa por los Jueces de instancia en el FJ 2º: "... en efecto, que la acusada conocía la *lesión genital* de su hija Hortensia, resulta acreditado pero no por sus manifestaciones pues, como se ha indicado, no sólo negó saber lo sucedido, sino que, en el acto del juicio, se mostró abiertamente en contra de la *mutación genital femenina* y profundamente dolida cuando se enteró, supuestamente en el centro médico, de la *lesión* que padecía su hija. [...] Sin embargo, tales manifestaciones, efectuadas desde el primer momento de interacción de lo que ella le decía, cuando les comentó la *lesión* que presentaba Hortensia, ambos se mostraron indiferentes, no sorprendidos por la noticia que en absoluto les resultó desconocida; es más, como se ha indicado, fue el marido de la acusada quien, ante la sorpresa del enfermero, le dijo que ese tipo de *lesión* era normal en su país, por ser propio de su cultura y tradición y por ello también, en su día, le fue practicada a su esposa".

II.- La sentencia de la que disiento extiende sus consideraciones a la posible concurrencia de un error de prohibición, no ya vencible, como fue valorado por la Audiencia Nacional, sino de carácter invencible.

Es más que discutible que la estimación del primero de los motivos -en el que se denunciaba la vulneración del derecho a la presunción de inocencia- sea compatible con el análisis que se contiene en el FJ 3, apartado 2º, referido a la concurrencia de un error de prohibición. Y es que descartada la autoría por la estimación del primero de los motivos, huelga cuestionarse si la persona a la que no se considera autora del hecho imputado ha podido ver afectada su culpabilidad. Sea como fuere, en la medida en que la sentencia estima el motivo ("... aunque se reputa innecesario"), me veo también obligado a dejar constancia de mi desacuerdo.

La razón que lleva a la mayoría a la estimación del error invencible de prohibición se expresa en los siguientes términos: "... no ha quedado acreditado, ni se ha razonado por la comisión, la accesibilidad a un medio o sistema de información capaz de deshacer el error, teniendo en cuenta el ambiente en el que vivió. [...] Esta Sala entiende que en el contexto en que se desarrollaron los hechos la acusada no disponía de medio adecuado que le informara de la ilegalidad de la ablación del clítoris, y en su caso impedir el resultado".

En mi opinión, el reproche a la falta de acreditación o de razonamiento acerca de la existencia de algún sistema de información que permita deshacer el error, no está justificado. Senegal ha suscrito los principales textos internacionales que reconocen la dignidad de la mujer y el derecho a su integridad física. También ha asumido el compromiso jurídico de evitar la práctica de mutilaciones en los órganos genitales femeninos.

En efecto, la Convención de Derechos del Niño fue firmada por Senegal con fecha 26 de enero de 1990, ratificada mediante instrumento de 31 de julio de 1990 y entró en vigor el día 2 de septiembre del mismo año. Del mismo modo, Senegal ha suscrito la Carta Africana de Derechos Humanos y el Protocolo de Maputo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos Relativo a los Derechos de la Mujer en África, de 11 de julio de 2003. En su art. 5 se establece que "... 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: a) 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; b) 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; c) 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; d) La protección de las mujeres que corran el riesgo de ser sometidas a prácticas nocivas o toda otra forma de violencia, abusos e intolerancia.

Por cuanto antecede, considero que la Sala debería haber desestimado los motivos que integran el recurso, manteniendo la condena de la recurrente como autora de un delito de **lesiones** en su modalidad de mutilación genital, en los mismos términos en que fue condenada por la Audiencia Nacional.

Manuel Marchena Gomez

PUBLICACIÓN .- Leídas y publicadas han sido las anteriores sentencias por el Magistrado Ponente Excmo. Sr. D. Jose Ramon Soriano Soriano, mientras se celebraba audiencia pública en el día de su fecha la Sala Segunda del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario certifico.

FONDO DOCUMENTAL • CENDOJ

El Supremo anula la condena a una madre por la ablación de su hija

La niña fue mutilada en una zona rural de Senegal antes de emigrar a España

ANTÍA CASTEDO | Barcelona | 23 DIC 2013 - 21:37 CET

220

Archivado en: Ablación clitoris, Tribunal Supremo, Audiencia Nacional, Derechos mujer, Senegal, Integridad personal, África subsahariana, África central, Cataluña, Mujeres, África, Tribunales, España, Poder judicial, Delitos, Sociedad, Justicia

El Tribunal Supremo ha absuelto a una madre senegalesa [condenada por la Audiencia Nacional a dos años de cárcel por la ablación genital a la que fue sometida su hija](#) cuando ambas vivían en Senegal y la niña pasaba una temporada en casa de su abuela. El tribunal considera que no ha quedado probada la participación de la madre en los hechos y no se le puede responsabilizar de la ablación, detectada en una revisión médica en un centro de salud de Premià de Mar (Barcelona) en 2010. La absolución anula la primera condena de un tribunal por un delito de ablación cometido en el extranjero antes de que la familia de la víctima emigrara a España. El Supremo admite el recurso de casación presentado por la mujer y anula la condenada dictada el 4 de abril, que imponía una indemnización de 10.000 euros.

Fatoumata Dabo llegó a Barcelona con sus cuatro hijos, en 2010, para reunirse con su marido gracias a la reagrupación familiar. Fue un profesional del centro de salud quien observó que la hija de la pareja, de seis años, había sufrido la extirpación del clítoris y una obturación de los orificios uretral externo y vaginal.

La Sala de lo Penal del Supremo considera que la única prueba incriminatoria contra la madre —el testimonio del enfermero del centro de salud, que manifestó que ni ella ni el padre mostraron sorpresa al conocer las lesiones de la niña— y la interpretación que de él hace la Audiencia es “absolutamente insegura y abierta” y que “en modo alguno justifica la participación consciente o negligente de la acusada”. La madre, que no entendía el castellano ni el catalán cuando le comunicaron la mutilación que había sufrido su hija, negó ser la autora de la lesión. La sentencia del Supremo considera irrelevante a efectos penales si los padres sabían o no que la niña había sido mutilada.

Los magistrados apuntan también que es “lógico” que los padres “no sufrieran una reacción adversa y de contrariedad” al enterarse, ya que en Senegal la ablación es “un uso generalizado en zonas rurales”. Además, estos “pudieron atribuir hipotéticamente la mutilación a la abuela materna o a una tercera persona a instancia” de ella.

La Audiencia había considerado que o bien la madre había perpetrado la mutilación, o bien había omitido el deber de proteger a la niña del peligro al dejarla con un año de vida en casa de la abuela. Los magistrados del Supremo rechazan de plano esta interpretación, al mantener que “no consta la forma y circunstancias en que se ha mutilado a la niña” y que “no cabe” responsabilizar a la mujer “por la simple condición de madre”, pues de ser así, la condena tendría que haber recaído sobre el marido, mientras que este fue absuelto.

Además, los magistrados opinan que “no puede tildarse de conducta irresponsable” el hecho de dejar a la niña al cuidado de la abuela materna por “razones vitales de subsistencia” para poder trabajar el campo.

Dabo no podía pensar que su madre iba a llevar a cabo “nada que perjudique a su nieta” ni “podía predecir que iba a trasladarse en pocos años a España”, donde la ablación es delito.

El tribunal cree que no se ha probado que la mujer participara en los hechos

La sentencia ha contado con el voto particular discrepante del magistrado Manuel Marchena, que estima que el tribunal debería haber confirmado la pena por el delito de lesiones.

El magistrado utiliza los argumentos de la sentencia de la Audiencia Nacional, que mantuvo que “a la hora de declarar la autoría de la acusada, no hace falta que las pruebas practicadas conduzcan, de forma inequívoca, a la imputación directa y material”.

AUDIENCIA PROVINCIAL
SECCIÓN NOVENA
BARCELONA

Rollo Procedimiento Ordinario nº 3/2012

Sumario num. 1/2011

Juzgado de Instrucción nº 9 de los de Vilanova i la Geltrú (Barcelona)

SENTENCIA Nº

Ilmo. Sr. e Ilmas. Sras.:

D. José María Torras Coll
D.ª Myriam Linage Gómez
D.ª Celia Conde Palomanes

En la ciudad de Barcelona, a trece de mayo del año dos mil trece.

Vista en Juicio Oral y público ante la Sección Novena de esta Audiencia Provincial de Barcelona, la presente causa nº 3/12, procedente de Sumario num. 1/11, del Juzgado de Instrucción nº 9 de los de Vilanova i la Geltrú (Barcelona), seguida por **dos delitos de mutilación genital femenina**, contra los acusados, **BINTA SANKANO**, mayor de edad, en cuanto nacida el día 10 de octubre de 1978, en Gambia, nacional de Gambia, hija de Hapmadu y de Hawa, con NIE nº X-285463-T, domiciliada en Vilanova i la Geltrú, calle Rambla Salvador Samà, 2, de ignorada solvencia, en situación de libertad provisional por esta causa, representada por la Procuradora de los Tribunales, D.ª Elena Lleal Barriga y defendida por la Abogada, Sra. Sonia Jiménez Randolpho, y contra el acusado, **SEKOU TUTAY**, mayor de edad, en 1 de junio de 1969, en Allunhari (Gambia), hijo de Mahamadou y de Sadi, nacional de Gambia, con NIE nº X-1448824-P, vecino de Vilanova i la Geltrú, domiciliado en la calle Rambla Salvador Samà, nº 2, de ignorada solvencia y en situación de libertad provisional por esta causa, representado por la Procuradora de los Tribunales, D.ª Patricia Sande Sucarrats y defendido por la Letrada, Sra. Vanesa González Fornes. Ha comparecido y ha sido parte interviniente, personada como Acusación Pública, el Ministerio Fiscal, habiendo sido Ponente el Ilmo. Sr. Magistrado, D. José María Torras Coll, el cual expresa el parecer unánime del Tribunal, previa deliberación y votación.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- En las fechas previamente fijadas se celebró el juicio oral y público en la causa referida en el encabezamiento, practicándose en el mismo las pruebas propuestas por las

partes que habían sido admitidas y declaradas pertinentes, con el resultado que es de ver en el acta del juicio.

SEGUNDO.-El Ministerio Fiscal, en sus conclusiones, elevando las provisionales a definitivas, calificó los hechos a que se refiere el presente procedimiento, como legal y penalmente constitutivos de dos delitos de mutilación genital femenina, previstos y penados en el art. 149.2º del Código Penal, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, de cuyos delitos reputó autores, penalmente responsables, conforme al art. 28 del mismo Texto Legal, a los procesados, BINTA SANKANO y SEKOU TOURAY, a la sazón padres de las víctimas, niñas, Saedi Touray y Hawa Toray, menores de edad, para quienes solicitó la imposición de la pena de SIETE AÑOS DE PRISIÓN por cada uno de los delitos que se imputan, así como la condena al pago de las costas procesales por mitad e iguales partes.

TERCERO.-Por su parte, y en igual trámite, la Defensa Letrada de la procesada, acusada, **Binta Sankano**, elevó a definitivas sus conclusiones provisionales, postulando su libre absolución, con toda clase de pronunciamientos favorables, o subsidiariamente, la concurrencia de la causa de exención de la responsabilidad criminal basado en error de prohibición invencible del art. 14.3 del C.Penal.

CUARTO.-En idéntico trámite, la Defensa jurídica del procesado-acusado- **Sekou Turay**, elevó a definitivas sus conclusiones provisionales, y, en primer lugar, solicitó la libre absolución de su patrocinado, con todos los pronunciamientos favorables, al negar su participación en los hechos incriminados, y con carácter subsidiario, interesó que fuese apreciada, la exención de responsabilidad criminal sustentada en el error de prohibición invencible del art. 14.3 del C.Penal, y, con el carácter de muy cualificada, la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal sustentada en la atenuante de reparación del daño, contemplada en el art. 21.5 del Código Penal, en base a que el dicho procesado ha accedido a que por parte del Dr. Pere Barri, del Instituto Dexeus de Barcelona, se lleve a cabo, en el momento clínico adecuado, una intervención de reconstrucción del clitoris de ambas menores, con la consiguiente repercusión, rebaja penológica.

Oídos que fueron los acusados, en el turno del derecho a la última palabra, efectuaron las manifestaciones de descargo que tuvieron por conveniente, con lo cual el juicio quedó concluso para el dictado de sentencia, previa deliberación y votación.

HECHOS PROBADOS

PRIMERO.- De la valoración racional y conjunta de la prueba practicada en el plenario con las garantías de contradicción, oralidad e inmediación, resulta probado y así se declara que:

I.-Los procesados,Binta Sankano y Sekou Touray,ambos mayores de edad,y nacionales de Gambia,sin antecedentes penales y residentes legales en España,son padres ,entre otros,de las menores, Saedi Touray,nacida el día 13 de marzo de 1999 y de la niña Hawa Touray ,nacida el día 8 de Agosto de 2004,conformando el núcleo familiar,hallándose domiciliados en el período que se dirá en la localidad de Vilanova i la Geltrú(Barcelona). Binta lleva residiendo en España desde el año 1998, mientras que Sekou lleva residiendo en España desde hace 22 años.Las niñas afectadas se hallaban escolarizadas en España.

II.-En fecha no concretada,pero comprendida entre los días 5 de julio de 2010 y el día 20 de enero de 2011,dichos procesados,puestos de común acuerdo ,bien directamente o bien a través de persona de identidad desconocida,pero contribuyendo eficazmente a tal fin, extirparon el clítoris a ambas menores,motivados por sus creencias culturales y religiosas,siendo conocedores ambos procesados de la prohibición de tal práctica en su país de residencia ,y sin que durante dicho período de tiempo las mencionadas menores hayan salido del territorio nacional.

III.-Como consecuencia de los hechos descritos, ambas menores resultaron con lesiones consistentes en ausencia del glande del clítoris, no imposibilitando la relación sexual pero sí alterando el placer sexual.

IV.-Mediante Resolución de fecha 14 de diciembre de 2012,dictada por el Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de Barcelona,Expediente 45788/Ed-76848-2012,se declaró con carácter cautelar,la situación de desamparo de las menores, Saedi y Hawa Touray,con la asunción inmediata de las funciones tutelares de las mismas que implica la condigna suspensión del ejercicio de la potestad y derechos inherentes de los padres.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Consideraciones previas.

El Ministerio Fiscal formula acusación contra los procesados,a la sazón, padres de la menores lesionadas,que sufrieron ablación de clítoris, sosteniendo que los acusados son autores ,penalmente responsables,cada uno de ellos, de dos delitos de mutilación genital femenina,previstos y penados en el art. 149.2º del Código Penal.

La ablación clitoridiana constituye una tradición cultural secular arraigada en algunos países, especialmente africanos.

Un mayor pluralismo cultural,religioso e ideológico que comporta el fenómeno propio del flujo migratorio evidencia uno de los problemas que desde la vertiente penal no pueden quedar sin respuesta: el conflicto que surge entre lo dispuesto por la ley imperante en la sociedad de acogida y las creencias y concepciones religiosas, tradicionales o culturales de unos determinados grupos sociales migratorios que,a su vez,son iconos de identidad y de

diferencia, en el seno de la pluralidad e interculturalidad.

Así las cosas, se suscita una tensión inevitable entre el poder, el Estado de acogida, y el individuo inmigrante, entre la autoridad y los valores del individuo, entre los valores sociales y colectivos y las vivencias personales del hombre.

No obstante, el Estado no puede admitir, bajo el alegato de la libertad de conciencia o al abrigo de la tradición y al amparo de la costumbre, todas las actuaciones que según criterios individuales sean conformes a los dictados de la conciencia, ya que ello supondría olvidar la afectación de bienes jurídicos de fundamental importancia y trascendencia que constituyen un referente universal, tales como la vida, la integridad física, la indemnidad sexual.

Son numerosos los instrumentos legales que la comunidad internacional pone en defensa de los Derechos Humanos, tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención de la ONU sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, destacando en su art. 5 la eliminación de prejuicios o prácticas consuetudinarias basadas en la idea de inferioridad o superioridad de los sexos, la Convención de los derechos del Niño, la Declaración de la ONU sobre la eliminación de todas las formas de Intolerancia y Discriminación fundadas en la religión o convicciones que protege los derechos del niño contra los abusos cometidos en nombre de una creencia o tradición cultural determinada, la Resolución de la Asamblea general 56/128, sobre Prácticas Tradicionales o Consuetudinarias que afectan a la salud de la Mujer o la Niña.

Y en el ámbito de la Unión Europea, la Resolución del Parlamento Europeo sobre las mutilaciones genitales femeninas (2001/2035(INI), del 20 de septiembre de 2001, precedida de un informe sobre mutilaciones genitales femeninas en el entendimiento de que dicha mutilación constituye un grave atentado contra los Derechos Humanos, siendo un ejercicio de violencia contra las mujeres que afecta directamente a su integridad como personas, debiendo asumir la unión Europea un firme y decidido compromiso en defensa de las potenciales víctimas de este delito, amparándolas y tutelándolas, resaltando el aspecto de violencia intrafamiliar de la mutilación genital, por lo que se hace un llamamiento a los Estados miembros para que persigan, condenen y castiguen la realización de dichas prácticas aplicando una estrategia integral que tenga en cuenta la dimensión normativa, sanitaria, social y de integración de la población inmigrante, instándose la implementación de medidas cautelares y preventivas, (como “ad exemplum” la medida cautelar de prohibición de salida del territorio cuando existan fundados indicios de que con ocasión de un viaje al país de origen pudiera haber intención de practicar la operación de ablación, ordenándose se practique por el médico forense, ginecólogo o especialista el reconocimiento de la menor, con toda urgencia, para determinar el estado de sus órganos externos genitales, con apoyatura en el art. 4 de la Ley 8/1995, de 27 de julio de Atención y Protección de los Niños y Adolescentes, en consonancia con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, la Carta Europea de los Derechos del Niño, en base al interés superior y prevalente del niño, como principio rector e inspirador de las decisiones y actuaciones que les conciernen adoptadas por la autoridad judicial, art. 15 de la C.E., en cuanto al derecho fundamental de toda persona a la integridad física sin que en ningún caso pueda someterse a nadie a tratos degradantes, el art. 13 de la L.E. Criminal, en sintonía con el art. 158.4 del Código Penal, en integración aplicativa, ex art. 4.3 del Código

Civil y la adopción de normas administrativas relativas a los centros de salud, educativos ,asistentes sociales, médicos ,enfatiándose la labor preventiva de la acción social dirigida a los menores, pero sin estigmatizar a las comunidades de inmigrantes.

Consciente de ello,el legislador ,mediante la L.O. 11/2003,de 29 de septiembre, incorporó de forma explícita a nuestro ordenamiento jurídico penal ,como nuevo delito autónomo y específico, la mutilación genital o ablación ,con su tipificación en el art. 149.2º del C.Penal,y conforme a su Exposición de Motivos, se explica que con la integración social de los extranjeros en España aparecen nuevas realidades a las que el ordenamiento jurídico debe dar adecuada respuesta y ello porque la mutilación genital de mujeres y niñas constituye una práctica que debe combatirse, y ser erradicada, con la máxima firmeza, sin que pueda en absoluto justificarse por razones pretendidamente religiosas o culturales. España se ha convertido en un Estado de acogida para personas procedentes de otros países, con otras costumbres, tradiciones y creencias.

Sin embargo, el respeto a tales costumbres y tradiciones tiene un límite allí donde se produzcan comportamientos aberrantes e inaceptables para nuestro entorno cultural y a ese fin responde la tipificación de estas conductas como delictivas y además, como quiera que en la mayoría de ocasiones son los padres o los familiares directos de las víctimas quienes las obligan a someterse a este tipo de mutilaciones aberrantes es por lo que se ha previsto la inhabilitación especial, con naturaleza de pena principal, para proteger a la niña de futuras agresiones o vejaciones.

La mutilación genital femenina consiste en la extirpación quirúrgica total o parcial de los genitales femeninos, práctica ampliamente extendida en el continente africano y en algunos países de Oriente Próximo y de la que se tiene constancia en países occidentales como consecuencia de los movimientos migratorios o con ocasión de los períodos de estancia vacacional de las niñas y mujeres en los países de origen.

La ablación sexual es la mutilación de parte de los genitales externos femeninos para evitar sentir placer sexual, con la finalidad de que pueda llegar virgen al matrimonio, puesto que si no es de ese modo, la mujer puede ser rechazada. También se realiza para evitar la supuesta promiscuidad de la mujer y asegurar que solamente tenga hijos con el marido. Mutilación genital femenina (MGF), que es la expresión oficial utilizada para referirse a esta práctica por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Existen tres variantes de la mutilación genital femenina, la extirpación total o parcial del clítoris (denominada *clitoridectomía*), la extirpación del clítoris y parte o la totalidad de los labios menores, lo que se conoce como *escisión*, y la ablación de los labios mayores para crear superficies en carne viva que después se cosen con el fin de que tapen la vagina, dejando una pequeña abertura para permitir el paso de la orina y de la menstruación, lo que se denomina *infibulación*.

Ni que decir tiene que las consecuencias que se derivan de esta mutilación resultan evidentes y hasta espeluznantes, no sólo en el plano físico, destacando el dolor severo, el shock

emocional, el coito doloroso, la retención de orina, las complicaciones en el parto, la ulceración de la región genital ,hemorragias,e infecciones que pueden llegar a provocar incluso la esterilidad,con un elevado índice de mortalidad materno-fetal al emplearse,de ordinario,en su práctica,sin utilizar anestesia,con instrumentos rudimentarios, cristales, trozos de metal (latas), navajas, tijeras o cualquier instrumento cortante, sin asepsia, sin haber sido previamente desinfectado, sin medidas de higiene y con instrumental inadecuado, valiéndose de vegetales para cubrir la herida o recurriendo a ungüentos que se consideran con virtudes medicinales.

A las secuelas físicas cabe asociar las psicológicas, como transtornos de carácter psicológico, situaciones de ansiedad, depresión y sentimientos de humillación y miedo y en el ámbito de la sexualidad habitualmente ocasiona frigidez, reduciendo y limitando sustancialmente la posibilidad de sentir placer,llegando incluso a producir anorgasmia. Se ha llegado a afirmar que la ablación del clítoris es la extirpación de la felicidad.En algunas sociedades africanas,a veces,no se concibe el sexo como placer,sino como motor exclusivo de reproducción,en un mundo patriarcal.

Son múltiples y variadas las razones que se suelen invocar para la práctica milenaria y ancestral de la mutilación genital femenina,unas de carácter social,otras de sesgo tradicional,como signo identificativo del sexo (fomento de la feminidad) y de la incorporación de la niña en la vida social y la atribución de un determinado papel y función dentro del matrimonio,considerándose signo de docilidad,obediencia y sometimiento,al reducir el deseo sexual de la víctima,minimizando las posibilidades de infidelidad,restringiendo su autonomía y libertad sexual,es decir,incidiendo en el libre desarrollo y ejercicio de la sexualidad.También se acude a la función estrictamente reproductora asignada a la mujer y que suelen practicarse en el período previo a la pubertad ,en niñas de seis y doce años,convirtiéndose la mutilación genital femenina en una especie de ceremonia de rito iniciático con un fuerte componente atávico.

La reforma penal,además de incorporar dicho delito,como autónomo,como una variante del delito de lesiones,con tipificación penal expresa,a su vez,modifica la L.O.P.J. ,(art. 23.4,apartado g),atribuyendo competencia jurisdiccional (consagra el principio de universalidad o de justicia mundial, la extraterritorialidad penal) a los Tribunales españoles para conocer de los delitos relativos a la mutilación genital femenina siempre y cuando los responsables se encuentren en España.

Como se declara en la Exposición de Motivos de la ley 3/2005 ,de 8 de julio por la que se modifica la L.O.P.J.,,el hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos.

Así,la Convención de Naciones Unidas para la Eliminación de todas la formas de Discriminación contra la Mujer prevé que los Estados parte adopten medidas adecuadas ,incluso de carácter legislativo para modificar o derogar leyes ,reglamentos ,usos

y prácticas que constituyan una discriminación contra las mujeres y en esta línea se inscribe la reforma de la L.O.P.J. al posibilitar la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando al comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país.

No cabe duda que resulta loable la tipificación de este tipo de conductas aberrantes que menoscaban seriamente la dignidad de la persona, so pretexto de un ritual iniciático, relegando ,postergando ,a la mujer a un puro instrumento del hombre cuando mantiene relaciones sexuales, su cosificación.

No resulta hacedero justificar tales prácticas alegando un conflicto de conciencia ,ya que de lo contrario ello comportaría el declive del principio de obediencia a las normas y la permisión de conductas anárquicas.

Así, en la esfera de la culpabilidad, es socorrido, por recurrente, el argumentario sustentado en el error de prohibición, ya lo fuere como error invencible o error vencible, ex art. 14 .3 del C.Penal.

Así, la nula eficacia de esa pretendida causa de justificación se deriva de la sedicente coartada alusiva a la ausencia de competencia territorial de los tribunales españoles, aduciendo que la operación se practicó allende de nuestras fronteras, lo que revela y denota el conocimiento previo por parte del infractor de la existencia del mandato normativo imperativo ,así como su práctica en la clandestinidad que supone un juicio acerca del conocimiento previo de la antijuricidad que hace desaparecer el sedicente error de prohibición, máxime cuando el infractor no es un inmigrante recién llegado del país de origen, sino un ciudadano extranjero que responde a un perfil de adecuado test de integración por su prolongada permanencia en territorio español y grado de adaptación social y cultural del país de acogida.

La pertenencia de las personas a las que se atribuyen tales prácticas a etnias o grupos culturales con deficiencias de integración social y asunción del bagaje cultural y valorativo de las sociedades europeas obligan a una cuidadosa, sosegada y ponderada valoración de la culpabilidad, partiendo de la alusión contenida en la propia Exposición de Motivos de la norma en cuanto al carácter injustificable de tales prácticas y que con rotundidad se proclama la inviabilidad de cualquier intento de fundamentar la justificación de estos deleznable comportamientos ,sin que ello cierre definitivamente el planteamiento en sede de culpabilidad de sus autores cuando se constata un claro y manifiesto aislamiento cultural y social, apuntando la posible aplicación de las reglas del error de prohibición del art. 14.3 del C.Penal, lo cual no cabe postular si lo que hay no es tanto un déficit cognitivo, de conocimiento de la antijuricidad ,sino una falta de reconocimiento o asunción interna del contenido valorativo de la norma.

El delito puede ser cometido mediante dolo directo, o de primer grado, o, por dolo indirecto,

eventual o de segundo grado, siendo en este último caso relevante la posición de garante de los familiares más directos de la menor o menores víctimas de la ablación acudiendo, inclusive, a la doctrina de la comisión por omisión.

SEGUNDO.- *De la calificación jurídica de los hechos.*

Proyectadas las precedentes consideraciones al supuesto actual ,y, valorada en conciencia, ex art. 741 de la L.E.Criminal,la prueba practicada en el juicio oral,este Tribunal Enjuiciador no alberga ningún atisbo de duda acerca de la autoría de los acusados, ya lo fueren a título de autores materiales directos, ora como autores indirectos eficaces de las lesiones mutilantes causadas a sus hijas, menores de edad, al amparo de lo dispuesto en los arts. 28 y 29 del Código Penal,en relación con el tipo penal aplicable al caso,esto es ,el art. 149.2º del Código Penal, o,en su caso,la autoría quedaría ínsita en el tipo penal de omisión previsto en el art. 11 del C.Penal,al exponer a sus hijas al inevitable peligro de que les fuera practicada la aberrante y deleznable lesión genital.

En efecto,y como ha cuidado de precisar la doctrina y la jurisprudencia, STS de 31 de octubre de 2012,las acciones descritas cabe encuadrarlas penalmente en el supuesto legal del art. 149-2º del C.Penal, para cuya aplicación se vienen exigiendo los siguientes requisitos:

- 1º.- Producción de un resultado de lesión o peligro;
- 2º.- Omisión de una acción que se encuentre en relación de causalidad hipotética con la evitación del resultado;
- 3º.- Que el omitente esté calificado para ser autor del tipo activo que se trate, requisito este fundamental en los delitos especiales;
- 4º.- Que el omitente hubiese estado en condiciones de realizar voluntariamente la acción que habría evitado o dificultado el resultado y
- 5º.- Que la omisión suponga la infracción de un deber jurídico de actuar, bien como consecuencia de una específica obligación legal o contractual, bien porque el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente. Datos, todos ellos, concurrentes en el caso.

TERCERO.-*Sobre la valoración de la prueba.*

La tarea de juzgar, ni que decir tiene, resulta harto difícil y especialmente ardua y sumamente compleja ,significadamente en este procedimiento penal, en cuanto a que se trata de abordar cuestiones como la que ya nos hemos adentrado, en que un mayor pluralismo cultural, religioso e ideológico concomitante al fenómeno propio del flujo migratorio evidencia uno de los problemas que desde la vertiente penal no pueden quedar sin respuesta: el conflicto que surge entre lo dispuesto por la ley imperante en la sociedad de acogida y las creencias y concepciones religiosas, tradicionales o culturales de unos determinados grupos sociales migratorios que,a su vez,son iconos de identidad y de

diferencia, en el seno de la pluralidad e interculturalidad, suscitándose una tensión inevitable entre el poder, el Estado de acogida, y el individuo inmigrante, entre la autoridad y los valores del individuo, entre los valores sociales y colectivos y las vivencias personales del hombre.

Sin embargo, como hemos afirmado, el Estado no puede admitir, bajo el manto alegatorio de la libertad de conciencia o al amparo de la tradición y al socaire de la costumbre, todas las actuaciones que, según criterios individuales, sean conformes a los dictados de la conciencia, ya que ello supondría olvidar la afectación de bienes jurídicos de fundamental importancia y trascendencia, tales como la vida, la integridad física, la indemnidad sexual, ya que tales inveteradas y seculares costumbres o tradiciones no pueden prevalecer ni anteponerse al respeto a la dignidad de la persona y a los derechos fundamentales universalmente reconocidos y admitidos, máxime cuando las afectadas son niñas, menores de edad, y los procesados, sus padres, es decir, quienes están llamados por antonomasia a preservar su dignidad, su integridad y a garantizar su libre desarrollo de la personalidad, con inclusión de su sexualidad.

La procesada, Binta, originaria de Gambia, nacida en un poblado, a través de intérprete traductor de su lengua vernácula, en el plenario, manifestó que vino a España en el año 1998, que es madre de las menores mencionadas, y que instalaron, junto con su esposo, el también procesado, Sekou, su domicilio familiar en la localidad de Vilanova i la Geltrú y que permanecieron en territorio español hasta el año 2007 en el que efectuaron un viaje a su país de procedencia, acompañados de dichas menores y que en el período comprendido entre el día 5 de julio de 2010 y el día 20 de enero de 2011 residían en el indicado domicilio, en España.

Acontece de la prueba documental y pericial ginecológica practicada en el plenario que el día 5 de julio de 2010, con ocasión de una revisión pediátrica realizada a las niñas no se detectó anomalía alguna, puesto que en la exploración se observó la presencia normal de los órganos genitales externos de ambas menores, es decir, íntegros.

Sin embargo, en fecha 20 de enero de 2011, con ocasión de otra exploración ginecológica se detectó la ablación del clítoris, su extirpación en ambas niñas.

La acusada fue rotunda al afirmar que durante dicho período no había viajado a Gambia, sino que permanecía con las niñas en España, residiendo en el domicilio indicado.

La procesada fue esquiva, reacia en sus respuestas, y dijo no saber nada de lo ocurrido a las menores, negó haber participado en acto alguno de mutilación genital causado a sus hijas.

Se refugió en decir que ella no sabía que tal práctica estaba prohibida y que constituía una conducta delictiva.

Refirió que nunca trató de ello con su esposo.

Al ser inquirida acerca de si a ella, cuando era pequeña, le había practicado la ablación del clítoris, respondió de forma confusa, difusa y un tanto ambigua, pues vino a manifestar que si le había hecho tal cosa, ella no lo sabía, lo cual resulta poco menos que sorprendente.

Dijo al procesada, al ser preguntada sobre su nivel cultural, formación y estudios, que no sabía

leer ni escribir y que con ellos no convivía ningún otro familiar,siendo la dinámica familiar ,la propia de la madre que realiza las tareas del hogar,siendo la que se ocupa de la atención y crianza,cuidado de los hijos,habiendo efectuado labores de limpieza ,de forma ocasional o esporádica en una casa.

Por su parte,el procesado,Sekou Tutay, admitió que llevaba residiendo en España desde hacía unos 22 años,teniendo su situación de estancia,de residencia administrativa,plenamente regularizada,al igual que su esposa.

Ratificó que el día 5 de julio de 2010,residían en España y que cuando se detectó la extirpación del clítoris a sus hijas,menores de edad,residían en el mismo domicilio,en España.

Negó haber participado en acto alguno de ablación de clítoris a sus hijas,apostillando que él era contrario a dicha práctica.

Dijo que su mujer le comentó algo referido a que la pediatra había detectado la ablación genital.

Sostuvo que la ablación no tuvo lugar en España y lo atribuye al viaje efectuado a Gambia con las niñas ,las cuales se quedaron una temporada allí,solas,desde el año 2007 hasta el año 2009,mientras ellos regresaron a España.

Dijo que él no se ocupaba personalmente de la higiene,del baño,del aseo, de las niñas,sino que de ello se encargaba su esposa,pues dijo que su mujer las bañaba y que él lo había visto.

Manifestó el procesado que acudió a la consulta del Dr. Pere Barri a fin de interesarse por la viabilidad de la eventual reconstrucción del clítoris de ambas menores, refiriendo que estaba totalmente dispuesto a que se se practicase,llegado el momento clínico adecuado, dicha intervención,dando su consentimiento.

Concluyó que él nada sabía acerca de la doble mutilación genital imputada.

La prueba testifical ha sido enormemente ilustrativa y esclarecedora para conformar la íntima y certera convicción de culpabilidad de ambos acusados por parte de este Tribunal.

En efecto,la testigo, Sra. Elisenda Prats,a la sazón comadrona ,depuso en el plenario,reiterando con declarado en la fase de instrucción ,que visualizó en la exploración ginecológica efectuada a las menores que no había anomalía alguna en los órganos genitales externos de las niñas y precisó que los mismos se hallaban íntegros ,y puso de relieve la falta de colaboración de la madre ,remisa,renuente, a la práctica de la exploración,ofreciendo cierta resistencia.

Puntualizó la testigo que esa exploración fue recabada por los Servicios Sociales ,a modo de prevención. Dijo que las niñas acudieron acompañadas de su madre,la procesada y que llegaron a ser citadas hasta en dos ocasiones ,sin comparecer.

La testigo, Joana Ferrer, atestiguó que intervino ,en su calidad de Auxiliar de Clínica,el día 5 de julio de 2010,en la exploración clínica de las niñas,las cuales acudieron acompañadas de su madre.Dijo que la niña a la que vio, hablaba poco,se mostraba ostensiblemente reticente a

ser explorada, reacia a ello, y que costó efectuar la exploración.

Por su parte, la médica ginecóloga, Sra. Gloria Valdevira, en el plenario, manifestó que el día 5 de julio de 2010 practicó la exploración genital de las menores, las cuales fueron remitidas por los Servicios Sociales ante el riesgo de que pudieran acudir, viajar, a su país de origen y que les pudieran practicar una mutilación genital.

Dijo la Dra. que costó colocar en la camilla a las niñas y que tras vencer su inicial oposición y resistencia, se comprobó que sus órganos genitales externos eran normales, estaban íntegros.

Sin embargo, en fecha 20 de enero de 2011, se detectó la anomalía, la alteración de los dichos órganos genitales externos que aparecían mutilados, ratificándose en el informe emitido obrante en las actuaciones.

Asimismo, las Dras. Rabanal y Luisa Ortega Sánchez, como peritos médicos, se ratificaron en el informe rendido en fecha 27 de enero de 2011, relativo a la exploración ginecológica efectuada a las menores mencionadas, ante la sospecha de los Servicios Sociales de que pudiera haberseles practicado la ablación del clítoris, durante algún período vacacional o de estancia en su país de origen.

Las doctoras detectaron que las dichas niñas no tenían clítoris, y que no presentaban cicatriz por lo que las mutilaciones no eran de fechas recientes y que la zona mucosa dificultaba situar la fecha de las mutilaciones, dado que se trata de una zona que suele cicatrizar muy bien.

Fueron ambas doctoras tajantes al descartar que la ausencia de clítoris fuese debido a una malformación congénita, dado que ello es muy infrecuente y del todo impropable en dos hermanas.

Dijeron que apreciaron en las niñas, en la zona genital, una ligera línea hipertrófica, que no había el “botón” del clítoris, y recalcó que la agenesia era muy infrecuente, y que no era posible en dos niñas que eran hermanas. Ambas peritos dictaminaron que no era posible poder dictaminar acerca de la fecha exacta en la que se practicaron las ablaciones, concluyendo que una mutilación genital no puede pasar desapercibida a una profesional.

Por su parte, la Dra. Mercè Utges, en la misma línea, declaró en el plenario, tras ratificar los informes obrantes a folios 91-92 y 185 a 187 de la causa, que descartaba la eventualidad de una malformación congénita como causa de la ausencia de clítoris en las niñas exploradas,

Dijo que no había cicatriz y que la data aproximada de las extirpaciones no se podía saber con exactitud, pero que sí debía situarse en el intervalo temporal que abarca desde el día 5 de julio de 2010 al día 20 de enero de 2011.

En cualquier caso, coincidió con el parecer de su colega, en cuanto a descartar que las ablaciones fuesen recientes y que podían haberse producido durante dicho lapso temporal. Refirió la doctora los riesgos que entraña la práctica de dichas mutilaciones genitales, pues suelen efectuarse en la clandestinidad, en lugares inapropiados, con instrumental

inadecuado,sin asepsia y con elevado riesgo de infecciones y sangrado ,con riesgo de complicaciones y que ello depende, obviamente, de quién, dónde y con qué tipo de material y en qué lugar se realiza tal práctica de ablación del clítoris.

Resultan definitivos ,por concluyentes,los informes médico forenses,emitidos en fecha 27 de enero de 2011,ratificados en el plenario,obrantes a los folios 91 y 92 y 185,186 y 187 de la causa,en cuanto se dictamina que en las menores,Saedi (de 11 años) y Hawa (de 6 años), no se observa clítoris en los órganos sexuales externos,y se precisa que la agenesia es extremadamente infrecuente que esté presente en dos miembros de una misma familia.Asimismo,se señala que la ausencia de signos de inflamación y de cicatrices en los genitales de las menores de edad sugiere que dichas lesiones no serian de producción reciente,sin poder estimar exactamente el tiempo en que se realizaron.

Por su parte,el Dr. Pere Barri,experto cirujano,médico especialista de la Clínica-Instituto Dexeus de Barcelona, experto en la reconstrucción genital femenina ,desde el año 2007,y que viene operando a través de la Fundación correspondiente,declaró que la reconstrucción era factible,pero que debía efectuarse en el momento clínico adecuado.

Dijo que los padres de las niñas mutiladas,los procesados,acudieron a su Consulta,acompañados de la Abogada y habló de los resultados positivos alcanzados.

En el Instituto Dexeus de Barcelona se ofrece la reconstrucción del Clítoris a todas aquellas mujeres inmigrantes que hayan sufrido una ablación parcial.

Se trata de una operación quirúrgica que devuelve la sensibilidad a este órgano de la mujer. Este tipo de cirugía se realiza por primera vez en España por el doctor del departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción del Instituto Dexeus, Pere Barri Soldevilla.

El doctor Barri aprendió la técnica de reconstrucción del clítoris en el Hospital Bichat-Claude Bernard de París,trabajando a las órdenes del cirujano Pierre Folbes que fue el precursor de este método que ha hecho posible la regeneración genital femenina. Dicha técnica viene avalada por los excelentes resultados obtenidos en la intervención de más de mil mujeres que han sufrido una mutilación del clítoris.

Cualquier mujer que haya sufrido una ablación, que se encuentre en edad adulta, y que sea consciente de la pérdida de su vida sexual es susceptible de ser operada.

El técnico,Sr. Llorenç Pere Olivé, adscrito a la Direcció General de Inmigració de la Generalitat de Catalunya,aseveró que uno de los países en los que se tiene noticia de la práctica de la mutilación genital femenina es precisamente Gambia,de donde son originarios los acusados y que se trata de una práctica execrable e injustificable por motivos culturales o tradicionales, tratándose de una práctica consuetudinaria ancestral.Hizo alusión al Protocolo actuacional del año 2001 en orden a la prevención del riesgo de mutilación genital femenina debido al fenómeno del flujo migratorio y que por ello se llevan a cabo campañas institucionales de prevención en el ámbito policial,sanitario, educativo,y a través de los Servicios Sociales pertinentes.

Pues bien ,sentado lo anterior este Tribunal debe concluir,a la vista del acervo probatorio

acopiado en este juicio que dicha verdad interina de inculpabilidad que es la presunción de inocencia ha quedado destruida con la prueba de cargo ofrecida.

En efecto, las pruebas documentales médicas, informes facultativos de médicos especializados, pediatras, ginecólogas, comadrona, resultan concluyentes en cuanto a que en fecha 5 de julio de 2010, en el curso de la exploración pediátrica-ginecológica, no fue detectada anomalía alguna en la composición de los órganos genitales externos de las niñas que permanecían íntegros, normales, intactos.

Se descartó también que esas ablaciones hubiesen pasado desapercibidas, inadvertidas a las Doctoras y profesionales sanitarias, pues cualquier profano las detectaría, dada su visualización. Pero en fecha 20 de enero de 2011, ya se apreció la supresión, su extirpación, la ausencia del glande del clítoris en ambas niñas, situando la práctica de las ablaciones de clítoris, en ese lapso temporal, descartándose la posibilidad de una malformación congénita.

Ciertamente, la ausencia de inflamación y de secuelas cicatrizales complica la determinación de la fecha en que se practicaron las mutilaciones genitales, pero de lo que no cabe duda alguna es que acontecieron durante ese intervalo temporal y como quiera que los propios procesados, progenitores, han afirmado que en ese intervalo no viajaron a Gambia y que permanecieron en España, no puede suscitarse duda alguna en cuanto a la competencia de este Tribunal.

Así centrado el debate concluimos que verificamos, sin duda alguna, por la seriedad y contundencia de las informaciones incriminatorias valoradas, de que las niñas, en el reconocimiento llevado a cabo en la primera de las exploraciones a las que fueron expuestas, tenían sus órganos genitales normales, y el posterior reconocimiento acreditó que carecían de clítoris por haberseles extirpado tiempo anterior, sin mayor concreción, datos objetivados por los informes médicos practicados que fueron ratificados y sometidos a contradicción al haber comparecido las doctoras concernidas al Plenario, como ya se ha dicho.

En tal sentido, se está ante una certeza que alcanza el axiomático canon de «certeza más allá de toda duda razonable».

Ciertamente constituye éste, como afirmó el experto de la Generalitat de Catalunya, uno de los primeros supuestos de mutilación genital femenina practicada en territorio español que ha llegado a juicio, pues no existe constancia de que ese tipo de intervenciones que se realizan en la clandestinidad se lleven a cabo en el país, pues lo habitual es que los padres aprovechen un viaje o las vacaciones para regresar a su país de origen para extirpar el clítoris a sus hijas.

La ignorancia o ausencia de conocimiento de que la ablación femenina sea delito esgrimida por los padres acusados no puede obstar a la viabilidad de la acción penal ejercitada, pues es de colegir lógica y razonablemente, cual postula el Ministerio Fiscal que las hijas de los acusados, residentes en Vilanova i la Geltrú (Barcelona), que convivían con sus progenitores,

sufrieron la ablación en territorio español porque no consta que abandonaran el país entre el 5 de julio de 2010, cuando la última revisión ginecológica comprobó que las niñas tenían el clítoris intacto, y el 20 de enero de 2011, fecha en que los médicos detectaron la ablación en ambas menores.

Lo cierto es que la mutilación genital de las menores fue descubierta merced a la implementación de los protocolos de prevención del riesgo de tales prácticas execrables que la Generalitat de Catalunya tiene aprobados desde el año 2001 para la prevenir y erradicar dicha práctica, lo que incluye ,amén de una campaña de concienciación y sensibilización dirigida a los grupos de riesgo ,las revisiones ginecológicas periódicas de las niñas cuyos padres pertenecen a las etnias africanas de riesgo.Asimismo, estudios contrastados y avalados indican que la dispersión territorial de los inmigrantes en España y,en Cataluña en particular,ha contribuido a que no se formen guetos ni grandes concentraciones ni aislamiento social que dificulte su integración y adaptación social en la sociedad de acogida.En este sentido ,en Cataluña son conocidas las camapañas institucionales realizadas con erspecto a los denominados “Nouvinguts”.

Es cierto que ambos acusados han explicado al Tribunal que pese a la existencia de esos protocolos, ningún responsable del ámbito educativo, social o médico implicado en los mismos les informó nunca de que la ablación constituye delito en España. El padre vino a decir que él no se ocupaba de esas cosas y en la misma línea ,la madre acusada se ha desvinculado de la mutilación genital de sus hijas menores de edad, aduciendo que es una mujer analfabeta originaria de un pequeño poblado de Gambia y que aseguró ,incluso, que ni siquiera sabía si ella tiene la ablación practicada.

Así ,en el plenario vino a decir que "Si me la hicieron de niña, yo no me acuerdo",afirmando que sus únicos estudios eran unos versículos del Corán que memorizó de niña para poder rezar y que durante su estancia en España ha trabajado solo durante un año como limpiadora.

Ahora bien,la madre procesada lleva más de quince años residiendo en España y ha trabajado en tareas de limpieza,y,no cabe desconocer que los medios de comunicación, prensa,radio y TV se han ocupado y preocupado de noticiar esa práctica ilegal y delictiva que es la ablación de clítoris.

El padre lleva más de 22 años residiendo en España,ha efectuado varias ocupaciones laborales y la Sala tiene el convencimiento de una más que aceptable integración social,disponiendo de NIE,al igual que su mujer,es decir,en situación administrativa de estancia en España regularizada.

Las médicos y personal sanitario que practicaron la primera revisión genital a las menores han destacado la resistencia que ofrecían a la exploración tanto ellas como su madre, quien, ha señalado la ginecóloga, "parecía no entender por qué estábamos allí".

Los procesados aseveraron desconocer quién pudo haber extirpado el clítoris a sus dos hijas, pero han apuntado que entre los años 2007 y 2009 las menores estuvieron residiendo con unos familiares de Gambia, mientras sus padres seguían trabajando en España.

Argumento éste que choca frontamente con los informes médicos y periciales que sitúan la intervención genital, la mutilación genital, en el segundo semestre del año 2010.

Es más, obra en las actuaciones, incorporada como prueba documental, y no impugnada ni contradicha, información suministrada por el Área de Cohesión e Identidad del Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú, emitido en fecha 3 de octubre de 2008, en méritos del cual se recoge que en fecha 22 de abril de 2008 se efectuaron entrevistas con la procesada Binta, informándole del requerimiento preventivo de la Fiscalía, y ella manifestó a los responsables, técnicos del Departamento municipal, que ella no hacía tales prácticas de mutilación genital femenina y que había hablado de ello a su marido.

Se le explicó e ilustró ya en aquel entonces a la procesada que dichas prácticas estaban penalizadas, incluso con pena de prisión, aun cuando las mismas tuviesen lugar fuera de España y se la instruyó del sentido y alcance del Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina, especialmente en el segmento de niñas de edades comprendidas entre los 6 y 12 años y se le dijo que debía informar de inmediato a las autoridades siempre que se dispusiera a salir de España y que antes de emprender el viaje a su país de origen, las niñas tenían que ser exploradas por el ginecólogo/pediatra y, una vez, de vuelta, del viaje, también.

La procesada afirmó asumir, como madre, el compromiso de no practicar en sus hijas dicha práctica de ablación del clitoris, si bien el informe señala que salió de la entrevista contrariada, enfadada.

En el informe se constata que, en la postrera entrevista la acusada, verbalizó que estaba a favor de dichas prácticas de mutilación genital.

Así las cosas, y, en palabras del Tribunal Supremo, siendo el *factum* historificado claro y contundente, sin oscuridad, en un supuesto que guarda gran similitud con el que aquí se enjuicia, en cuanto a que se desconocía la fecha o fechas exactas de las mutilaciones o si las mismas fueron hechas por los padres o por un tercero a su ruego, con su aquiescencia, anuencia y condescendencia, por cuanto lo verdaderamente relevante y acreditado por las pruebas practicadas es que las mutilaciones tuvieron lugar inconcusamente en ese intervalo temporal, siendo la fijación de la fecha exacta en que las mismas acontecieron algo periférico y accesorio, por irrelevante.

Y en relación a la predicada coautoría de los padres ha de recordarse, como lo hace el Alto Tribunal, la temprana edad de las niñas al tiempo de cometerse las ablaciones, en atención a sus respectivas fechas de nacimiento, cuando sufrieron las mutilaciones genitales y a que vivían con su padres y en tal situación la autoría es clara teniendo en cuenta el concepto amplio de autor que contempla el Código Penal en el art. 27 y concordantes.

CUARTO.-*Acerca del error de prohibición y su inoperatividad e ineficacia.*

Por lo que hace a la aducida circunstancia exonerativa de la responsabilidad criminal pretendidamente fundada en el error de prohibición del art. 14.3 del C. Penal, debemos desechar que concurra ni como error invencible, ni vencible, habida cuenta que la misma

deviene,a la vista de la prueba practicada,inaplicable.

En efecto,vienen a sugerir las Defensas de los procesados implícitamente que la mutilación de los genitales de las mujeres es una práctica ancestral milenaria en su país y que no busca menoscabar la integridad física de las mujeres, sino cumplir con una costumbre ,con un rito iniciático,que facilita la integración de la niña en su comunidad.

Pues bien,cabe traer a colación que se produce el error de prohibición cuando el autor cree que actúa lícitamente, --STS 336/2009 de 2 de Abril--. El error de prohibición se constituye, como el reverso de la conciencia de la antijuridicidad, como un elemento constitutivo de la culpabilidad y exige que el autor de la infracción penal concreta ignore que su conducta es contraria a derecho o, expresado de otro modo, que actúe en la creencia de estar obrando lícitamente con la consecuencia de excluir la responsabilidad penal.

No cabe extenderlo a los supuestos en los que el autor crea que la sanción penal era de menor gravedad y tampoco a los supuestos de desconocimiento de la norma concreta infringida. Solo en casos de que el error de prohibición sea vencible, cabrá una responsabilidad penal adecuada como prevé el art. 14 del CP.

Sin duda uno de los factores más acusados de la sociedad actual, también de la española, es el alto grado de interculturalidad que presenta como consecuencia de las fuertes corrientes migratorias a países de más alto nivel de vida motivadas por el deseo de mejorar la vida de aquellos naturales de países empobrecidos. Es un viaje desde la desesperanza a la esperanza. Tales grupos proceden de otras culturas y tienen ritos y prácticas muy diferentes a los de los países de acogida. Tanto el recurrente como la propia sentencia,refierte el Tribunal Supremo,en la calendada sentencia, se refiere a esta situación en referencia a la ablación del clítoris al afirmar que es una práctica cultural de su país de origen. Ello no puede ser excusa para elaborar una teoría del «error de prohibición fundado en los factores culturales a los que pertenece el sujeto», porque el respeto a las tradiciones y a las culturas tiene como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos que actúan como mínimo común denominador exigible en todas las culturas, tradiciones y religiones.

La ablación del clítoris no es cultura, es mutilación y discriminación femenina.

A tal efecto, debemos recordar la Exposición de Motivos de la L.O. 3/2005 de 8 de Julio que acordó perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina:

«...La mutilación genital femenina constituye un grave atentado contra los derechos humanos, es un ejercicio de violencia contra las mujeres que afecta directamente a su integridad como personas. La mutilación de los órganos genitales de las niñas y las jóvenes debe considerarse un trato «inhumano y degradante» incluido, junto a la tortura, en las prohibiciones del art. 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos....».

En el caso de autos, los acusados,llevan a la sazón residiendo en España,la procesada,desde el año 1998 y el procesado desde hace unos 22 años,entendiendo el idioma castellano este último,como pudo apreciar y percibir el Tribunal por mor de la inmediación, aun cuando

para revestir de plenas garantías su interrogatorio, lo hiciese valiéndose de intérprete traductor, habiendo realizado diversos empleos, y cabe entender que ambos se hallaban plenamente integrados en la cultura española o cuando menos la tenían que conocer, pues la menores se hallaban escolarizadas y la madre acudía a las tutorías y había acudido a los Servicios Sociales en situaciones acuciantes, por paremiantes necesidades, donde fue informada de que la ablación de clítoris constituía un delito.

Además, la procesada en todo momento se mostró reacia a que las niñas fuesen exploradas, lo que denota que sabía que podía detectarse la anomalía genital producto de la doble mutilación a la que fueron sometidas las menores. Ella era las que las bañaba, las aseaba y nada dijo, ni puso en conocimiento de las autoridades, ocultando las mutilaciones.

Ambos progenitores ostentaban una específica y consustancial posición de garantes respecto a sus hijas, menores de edad, y la autoría en base a la omisión de sus funciones viabiliza la culpabilidad penal.

Así las cosas, la tesis del error de prohibición no puede ser admitida, sin que tampoco sea de apreciar en la madre procesada una situación cualitativamente diferente a la del padre acusado, que pudiese dar cobijo a una error de prohibición vencible, dado que pese a que dijo haber nacido en una aldea o poblado, no acababa de llegar a España, sino que venía residiendo, en concreto, en Cataluña desde el año 1998, por lo que es plausible razonar que sin llegar a estar plenamente integrada, no cabe duda de que su integración social tenía que ser importante.

Como puso de relieve el Ministerio Fiscal, en su informe final, dispone el artículo 3.2 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España, modificado por Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, que "Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros serán interpretadas de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias vigentes en España, sin que pueda alegarse la profesión de creencias religiosas o convicciones ideológicas o culturales de signo diverso para justificar la realización de actos o conductas contrarios a las mismas". Y en concreto, sobre la mutilación general femenina, la Exposición de Motivos de la L.O. 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina, señala que "El hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos. La Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 2.f prevé que los Estados parte adopten medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan una discriminación contra las mujeres.

En suma, debe señalarse que el límite al respeto a las culturas autóctonas se encuentra en el respeto a los Derechos Humanos, universalmente conocidos, y que actúan como mínimo

común denominador intercultural.

QUINTO.- *Sobre la atenuante de reparación del daño basada en la reconstrucción quirúrgica del clítoris, como circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal.*

En cuanto a la pregonada atenuante de reparación del daño que la defensa del procesado plantea al Tribunal ,invocando el art. 21-5º del Código Penal, aun cuando la tesis resulta sugerente, la misma no puede tener cabida como circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal, habida cuenta que se afirma que el procesado, y, por lo visto también la coacusada, habrían tomado la firme determinación y estarían dispuestos a que a ambas niñas, llegado el momento clínico adecuado, cual informó el perito especialista,Dr. Pere Barri,experto cirujano,formado en Paris,en esa especialidad , se sometieran a sendas intervenciones quirúrgicas de reconstrucción de clítoris,pues amén del resultado que pudiera lograrse con tales operaciones,lo cierto es que esa iniciativa no puede trascender ni incidir en la conducta de los acusados sometida a reproche penal,pues se trata de una circunstancia “ex post”, “ad futurum”, y ,en puridad, no constituye propiamente una reparación del daño, ni comporta un esfuerzo reparador por parte del infractor, por cuanto ni disminuye los efectos del daño ocasionado antes de la celebración del acto del juicio oral, ni cabe aplicarla por analogía, pues lo que verdaderamente fundamenta la atenuante,ya lo fuere ordinaria,cualificada o muy cualificada,es la reparación objetiva del daño antes del juicio oral y no una promesa o compromiso ,más o menos firme, de reparación posterior ,pues el criterio apreciativo es sumamente restrictivo, ni cabe entender que la proposición efectuada guarde una suerte de similitud formal, morfológica o descriptiva a modo de identificar cualquier otra circunstancia de análoga significación, y,por lo demás,la conducta de los padres ,como tales ,ya viene impuesta por la ley,pues deben velar por la vida,la salud e integridad,física y psíquica de sus hijos y preservar su desarrollo personal, emocional,vital y también en el ámbito sexual,en orden a su plena indemnidad.

SEXTO.- *Penalidad.*

Otra cosa es que esa conducta a modo de contrición o arrepentimiento pueda tener su repercusión en orden a la individualización y fijación de la pena, ex art. 66 y concordantes del C.penal.

Por todo ello, procede imponer a cada uno de los acusados ,por cada uno de los dos delitos de mutilación genital femenina por los que han sido acusados y son condenados, al carecer de antecedentes penales, la pena de seis años de prisión por cada uno de los dos delitos de mutilación genital femenina por los que han sido acusados.

SEPTIMO.- *Acerca de la pena de inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad.*

En cuanto a la pena principal de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria

potestad,tutela,curatela,guarda o acogida,contemplada en el art. 149,ordinal segundo del C.Penal,siendo el caso que la misma no es de imperativa imposición,sino que tiene un carácter potestativo, es decir, de pena facultativa, cuando el legislador señala, "si el Juez lo estima adecuado al interés del menor" ,resulta que dicha pena no fue postulada expresamente por el Ministerio Fiscal,y,por ende, no fue objeto de efectivo debate dialéctico en el seno del proceso, ni en el juicio oral,por lo que ,teniendo en cuenta el principio de contradicción ,de defensa e intermediación, y, sin que tampoco las menores hayan sido exploradas ni oídas en este juicio, considera el Tribunal que no procede pronunciarse acerca de la dicha pena de inhabilitación que debe tener una aplicación sumamente restrictiva ,y ,ello sin perjuicio de que el Ministerio Fiscal, por mientras no alcancen las menores la mayoría de edad, inste las medidas concernientes a su tutela que considere más idóneas en orden al interés de las menores que es el prevalente y el prioritario y el más digno de protección.En efecto, ese haz de obligaciones inherentes a la condición paterna-materna es ontológicamente consustancial a la primordial potestad parental ,como función inexcusable,en orden a garantizar el bienestar de los hijos,menores de edad,su seguridad,estabilidad emocional,facilitar el desarrollo armónico de su personalidad,educar y procurar al menor una formación integral como persona,con pleno respeto a su dignidad que abarca la esfera de su sexualidad,conforme a lo dispuesto en el art. 236 y concordantes del Codi de Família de Catalunya,que rige como norma foral especial. A tal efecto significar que por Resolución de fecha 14 de diciembre de 2012,dictada por el Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de Barcelona,Expediente 45788/Ed-76848-2012,se declaró con carácter cautelar,la situación de desamparo de las menores, Saedi y Hawa Touray,con la asunción inmediata de las funciones tutelares de las mismas que implica la condigna suspensión del ejercicio de la potestad y derechos inherentes de los padres,por lo que no están expuestas a ninguna situación de riesgo.

OCTAVO.- *Sobre la responsabilidad civil.*

Huelga pronunciamiento expreso en esta materia de responsabilidad civil "ex delicto", habida cuenta que,como es sabido,rige en este ámbito el principio dispositivo,de rogación y de congruencia,y, como quiera que el Ministerio Fiscal ninguna petición resarcitoria ha formulado en tal sentido,ello impide al Tribunal pronunciarse al respecto,pues no es dable hacerlo de oficio,sin excitación de parte.(arts. 109,110 ,166 y concordantes del C.Penal).

NOVENO.-*Costas procesales.*

Las costas procesales vienen impuestas legalmente a todo responsable de delito, a tenor de lo dispuesto en los artículo 123 del Código Penal y art. 239 y 240 y concordantes de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, por lo que los procesados abonarán las costas de este procedimiento por mitad, a partes iguales.

Vistos los artículos anteriormente citados y demás de general y pertinente aplicación, en nombre de S. M. EL REY

FALLAMOS

Que **DEBEMOS CONDENAR Y CONDENAMOS A LOS ACUSADOS, BINTA SANKANO y SEKOU TUTAY**, mayores de edad, sin antecedentes penales, ya circunstanciados, como autores, cada uno de ellos de **DOS DELITOS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA, EXTIRPACIÓN DE CLITORIS**, precedentemente definidos, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a la pena de **SEIS AÑOS DE PRISIÓN** para cada uno de ellos, por cada uno de los dos delitos por el que han sido acusados y condenados, debiendo ambos acusados satisfacer las costas procesales generadas en este juicio por mitad e iguales partes.

Además y como viene interesado, notifíquese de inmediato, con adelanto vía Fax, esta resolución, adjuntando testimonio fedatario de la misma, con atento oficio acompañatorio, al Servei d'Atenció de la Infància i de l'Adolescència, Departament de Benestar Social i Família, de la Generalitat de Catalunya, a fin de que se tome constancia de ello en los correspondientes Expedientes de las menores afectadas por la mutilación genital, interesando acuse de recibo para debida constancia en las presentes actuaciones.

Notifíquese la presente resolución a las partes, previniéndoles de que contra la misma podrán interponer recurso de casación por infracción de ley o quebrantamiento de forma dentro del plazo de cinco días.

Así por esta nuestra sentencia de la se unirá certificación al rollo, la pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior sentencia por el Ilmo. Sr. Magistrado Ponente constituido en Audiencia Pública, en el mismo día de su fecha. De lo que doy fe.

EL PAÍS

CATALUÑA

Penas de 12 años de cárcel a unos padres por practicar la ablación a sus dos hijas

La Audiencia de Barcelona considera que la extirpación del clítoris se produjo en España

REBECA CARRANCO | Barcelona | 22 MAY 2013 - 16:35 CET

65

Archivado en: Mutilación genital AP Barcelona Audiencias provinciales Integridad personal Cataluña Tribunales España Delitos Poder judicial Justicia



Juicio a los padres que practicaron la ablación a sus dos hijas. / GIANLUCA BATTISTA

No está claro quién mutiló a las hijas de Binta Sankano y Sekou Tutay. Tampoco se sabe la fecha exacta, ni dónde se hizo. Pero la Audiencia de Barcelona no tiene ninguna duda de que cuando las niñas acudieron a una exploración ginecológica, el 20 de enero de 2011, las crías, entonces de 11 y 6 años, no tenían clítoris. [Sus padres sostuvieron en el juicio que entre 2010, fecha de su última](#)

[revisión, en la que sus órganos genitales estaban intactos, y 2011, cuando se detectó la extirpación, no habían viajado a su país de origen, Gambia, ni habían abandonado España por ningún otro motivo.](#)

Por ello, la sección novena de la Audiencia Provincial de Barcelona considera a los progenitores responsables de dos delitos de mutilación genital femenina, y les condena a seis años de prisión por cada uno de ellos. En total, 24 años para los progenitores. El tribunal se basa en los diferentes testigos realizados durante el juicio, empezando por el de los propios acusados.

Este es un de los primeros casos de mutilación genital femenina en España que ha llegado a juicio, según afirmó un experto de la Generalitat de Cataluña. "No existe constancia de que ese tipo de intervenciones que se realizan en la clandestinidad se lleven a cabo en el país, pues lo habitual es que los padres aprovechen un viaje o las vacaciones para regresar a su país de origen para extirpar el clítoris a sus hijas", menciona la sentencia.

La madre de las menores "fue rotunda al afirmar que durante dicho período no había viajado a Gambia, sino que permanecía con las niñas en España", en su casa de Vilanova i la Geltrú (Barcelona). Negó haber participado en la mutilación genital, pero fue "esquiva, reacia en sus respuestas", alegando que "no sabía que tal práctica estaba prohibida y que constituía una conducta delictiva". Y adujo además que era analfabeta y que ella ni siquiera sabía si le habían practica la ablación de pequeña.

Pero el Ayuntamiento de Vilanova visitó en 2008 a Binta, para explicarle la postura en España ante la mutilación genital. "La procesada afirmó asumir, como madre, el compromiso de no practicar a sus hijas dicha práctica", recoge la sentencia. Aunque en la entrevista se mostró "contrariada, enfadada" y, posteriormente, "verbalizó que estaba a favor de la mutilación genital".

El padre de las menores negó también su participación en la extirpación durante el juicio, apostilló que estaba en contra, y atribuyó la mutilación al viaje que realizaron en Gambia en

2007, cuando las niñas se quedaron allí dos años. Algo, sin embargo, que desmiente la revisión que les hicieron en 2010, cuando no se detectó la ablación.

En el juicio también declararon los facultativos que trataron a las menores y que comprobaron que en 2010 sus órganos genitales no presentaban ninguna alteración. Las niñas y su madre, explicaron, se mostraron "ostensiblemente reticentes" a la exploración. "Parecía no entender por qué estábamos allí", añadió una ginecóloga.

Un año después, los médicos descubrieron que las niñas "no tenían clítoris y que no presentaban cicatriz por lo que las mutilaciones no eran de fechas recientes". Pero el tribunal considera que la fecha es irrelevante. "De lo que no cabe duda es que acontecieron [las extirpaciones] durante ese intervalo temporal y como quiera que los procesados, progenitores, han afirmado que en ese intervalo no viajaron a Gambia y que permanecieron en España", alega, para defender que es el tribunal competente.

La Audiencia tampoco acepta que los padres desconociesen que la práctica está penada en España, puesto que ambos llevaban mucho tiempo arraigados en España. Y no les practica el eximente de reparación del daño, a pesar de que los progenitores se han comprometido a someter a las niñas a una reconstrucción del clítoris. Pero el tribunal considera que no se pueden basar en una promesa de futuro. Además, los padres no denunciaron los hechos una vez constataron que las menores habían sido mutiladas.

La sentencia menciona la "tensión inevitable" cultural entre las diferentes culturas, flujo del migraciones. En países como Gambia, del que es originario el matrimonio, la mutilación genital es una cuestión de tradición, y se practica sin la intención de menoscabar la integridad física o moral de las menores. Pero el tribunal se acoge a lo defendido por el ministerio fiscal, que pedía la misma pena, según el cual "el límite al respeto a las culturas autóctonas se encuentra en el respeto a los Derechos Humanos, universalmente conocidos, y que actúan como mínimo denominador intercultural".



O.J.D.: 109452
E.G.M.: 633000
Tarifa: 1501 €
Área: 106 cm2 - 10%

el Periódico
de Catalunya

Fecha: 24/12/2013
Sección: SOCIEDAD
Páginas: 27

MUTILACION GENITAL

Anulada la primera condena por una ablación realizada fuera de España

EL PERIÓDICO
BARCELONA

El Tribunal Supremo dejó sin efecto la condena de dos años de prisión que previamente había impuesto la Audiencia Nacional a una inmigrante senegalesa residente en Catalunya por una ablación practicada a su hija en su país de origen en el 2010. La Audiencia impuso la pena por un delito de lesiones el pasado abril, en lo que se convirtió en el primer fallo judicial por una mutilación genital realizada fuera de España.

El alto tribunal considera que existe un alto grado de «incertidumbre» tanto a la hora de determinar la autoría de los hechos como respec-

La pena de dos años que decretó la Audiencia Nacional queda sin efecto

to del grado de conocimiento de que estas prácticas representarían una acción tipificada como delito en la legislación española.

Y argumenta que la única prueba incriminatoria contra la madre es el testimonio de un enfermero y la interpretación que la Audiencia hace de sus palabras, «absolutamente insegura y abierta», según sostiene el fallo absolutorio, que concluye que «en modo alguno justifica la participación consciente o negligente de la acusada en el hecho enjuiciado».

DISCRIMINACIÓN // En mayo, la Audiencia de Barcelona condenó a 12 años de cárcel a una pareja de Gambia residente en Vilanova i la Geltrú (Garraf) por haber practicado o haber permitido la extirpación del clítoris de sus dos hijas, de 6 y 11 años, al considerar que «la ablación no es cultura, sino mutilación y discriminación femenina». ≡