



GUÍA MULTISECTORIAL DE FORMACIÓN ACADÉMICA SOBRE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

DIRECTORAS

Laura Nuño Gómez y Adriana Kaplan

EDITORAS

Magaly Thill y Nora Salas Seoane



MAP-FGM

MULTISECTORAL ACADEMIC PROGRAMME
TO PREVENT & COMBAT FEMALE
GENITAL MUTILATION / CUTTING



Índice



Introducción a la Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina (MGF)



CAPÍTULO 1. Introducción a la MGF



CAPÍTULO 2. Profundización del conocimiento sobre MGF



CAPÍTULO 3. Medicina, Enfermería y asistencia en el parto



CAPÍTULO 4. Derecho Internacional, Derecho Penal y Derecho Migratorio y de Asilo



CAPÍTULO 5. Trabajo social, Educación y Psicología



CAPÍTULO 6. Antropología y Cooperación



CAPÍTULO 7. Estudios de Género y Estudios Feministas



CAPÍTULO 8. Ciencias de la Comunicación y Periodismo



A.A. Listado de abreviaturas



Instituciones participantes y autoras/es



Tablas, cajas y mapas



Referencias bibliográficas



A.A.





Introducción

a la Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina (MGF)





Introducción

a la Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina (MGF)

SUMARIO

1. El Programa Académico Multisectorial para prevenir y combatir la MGF
2. La Guía Multisectorial de Formación Académica sobre MGF
3. ¿Por qué y cómo utilizar la Guía Multisectorial de Formación Académica sobre MGF?

Laura Nuño Gómez

Directora del Observatorio de Igualdad de Género Universidad Rey Juan Carlos

Adriana Kaplan

Directora del Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina Fundación Wassu. Universidad Autónoma de Barcelona

La Mutilación Genital Femenina (MGF), también referida en castellano como “ablación”, es una práctica tradicional lesiva con fuertes y ancestrales raíces socio-culturales. Según datos de UNICEF, la MGF vulnera, en la actualidad, los derechos de más de 200 millones de mujeres y niñas en el mundo. Practicada de forma habitual en 29 países de la franja central de África y algunos países de Oriente Medio y Asia, se ha extendido a los países de destino de personas migrantes o refugiadas que viajan con su bagaje cultural. El incremento de su prevalencia en Europa en las últimas dos décadas ha sido recibido con inquietud por parte de las y los profesionales y administraciones públicas, que carecen en general de un conocimiento sobre la práctica, sus significados culturales, sus consecuencias, así como las formas más eficaces de prevenirla o de proteger y acompañar a las personas que han sido o pueden ser sometidas a ella.

La poca o nula atención inicialmente prestada a la MGF en las políticas nacionales en materia de erradicación de la violencia de género, debido a la ausencia bastante generalizada de un enfoque interseccional en la elaboración de las mismas, ha dado paso a un alarmismo no siempre exento de subtextos que estigmatizan, en su conjunto, a las comunidades que la practican. Es por tanto imprescindible promover un abordaje integral, culturalmente contextualizado y con la necesaria perspectiva de género, que ponga el énfasis en la prevención y la atención adecuada. Sólo así podremos evitar los riesgos de revictimización y/o discriminación de las supervivientes de la MGF.



A.A.





1. El programa académico multisectorial para prevenir y combatir la MGF

El Programa Académico Multisectorial de Prevención y Lucha contra la Mutilación Genital Femenina (MAP-FGM en sus siglas en inglés) tiene como finalidad contribuir a la defensa de los derechos humanos de las mujeres, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos, mediante la intervención preventiva multidisciplinar de la práctica y la protección eficaz de las niñas en situación de riesgo. El proyecto MAP-FGM, con una duración bianual y co-financiado por la Comisión Europea, constituye un programa innovador cuyo objeto es sensibilizar y capacitar a las futuras y futuros profesionales de diferentes áreas y especialidades en contacto con población procedente de países en los que se practica la MGF.

La investigación y la amplia experiencia del Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF desde 1989, demuestran que los y las profesionales que trabajan en interacción directa con las familias tienen un papel crucial en la prevención de la práctica. Son los y las profesionales legitimados que han construido relaciones de confianza con las familias y que contribuyen a potenciar su desarrollo biopsicosocial, quienes más y mejor capacitados se encuentran para realizar la labor de prevención de la práctica desde los servicios de atención a las personas. Por este motivo, se hace patente y necesaria la introducción de la MGF en los currículos académicos de las universidades, donde se están formando, con el fin de que puedan abordar este tema complejo con sensibilidad, respeto y conocimientos.

Para ello, un equipo pluridisciplinar ha desarrollado esta Guía Multisectorial, disponible en seis idiomas, que pretende incorporar dicha capacitación en los contenidos docentes de los diferentes grados ofertados en las cinco universidades europeas implicadas en esta experiencia piloto. Especialmente, en los grados y posgrados de Ciencias de la Salud, Ciencias Jurídicas, Sociales, Políticas, de la Educación y de la Comunicación. De forma tal que, al menos medio millar de estudiantes reciban una formación integral que les habilite para prevenir y proteger eficazmente a las niñas y mujeres frente a la MGF.

El proyecto persigue a su vez, incentivar la sensibilización y favorecer el intercambio de conocimientos y experiencias entre docentes universitarios, personal de investigación, expertas y expertos, administraciones públicas y organizaciones no gubernamentales pertenecientes a diversos países europeos, africanos y asiáticos. Con tal finalidad se organizarán cuatro congresos y seminarios internacionales en las ciudades de Madrid, Bruselas, Lisboa y Roma, cuyos resultados serán publicados en la página web del proyecto (<http://mapfgm.eu/>). Con la pretensión de involucrar a un público más amplio, MAP-FGM difundirá y diseminará, con carácter periódico, sus resultados a través de boletines electrónicos, publicaciones y material audiovisual.

2. La guía multisectorial de formación académica sobre MGF

La Guía Multisectorial de Formación Académica sobre MGF está destinada



A.A.





a promover y facilitar la incorporación de contenidos docentes sobre MGF en los grados de Medicina, Enfermería, Educación, Psicología, Trabajo social, Derecho, Criminología, Antropología, Cooperación Internacional, Estudios de Género y Estudios Feministas, Comunicación y Periodismo. En su redacción, ha participado personal docente e investigador vinculado a la Universidad Rey Juan Carlos, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Universidad Roma Tre, el Instituto Universitario de Lisboa y la Vrije Universiteit Brussel, así como expertas de dos fundaciones especializadas con una amplia trayectoria en la intervención de terreno: la Fundación Wassu-UAB y la Fundación Angello Celli.

La finalidad de la misma es ofrecer de forma estructurada y accesible contenidos docentes para la capacitación de futuros y futuras profesionales que puedan desempeñar un papel clave en la prevención y abandono de la práctica y en la asistencia a mujeres y niñas. En este sentido, puede ser de utilidad tanto para el profesorado universitario, el alumnado o toda persona interesada en adquirir un conocimiento académico y/o profesional especializado en la materia. Su carácter multisectorial se deriva de la participación de autoras y autores provenientes de diferentes disciplinas, con distintos enfoques conceptuales y epistemológicos.

Cabe señalar que la pluralidad de las perspectivas y posiciones recogidas en la presente guía refleja la intensidad de los debates académicos en torno a la MGF y la complejidad de los dilemas teóricos y prácticos que plantea su abandono, tanto en los países de origen como en los de acogida. Se

ha hecho especial hincapié en suministrar toda la información necesaria para identificar la autoría de cada apartado, la filiación académica y el área de conocimiento de cada autora u autor.

3. ¿Por qué y cómo utilizar la guía multisectorial de formación académica sobre MGF?

La Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina está estructurada en dos partes. La primera es común a todas las disciplinas y se divide a su vez en dos capítulos: un primero que ofrece información básica sobre MGF ([Capítulo 1. Introducción a la MGF](#)), mientras el segundo permite profundizar conocimientos y abordar aspectos teóricos que plantea la investigación sobre esta materia ([Capítulo 2. Profundización del conocimiento sobre MGF](#)). El contenido de estos primeros capítulos resultará de interés y utilidad para todo el profesorado y/o alumnado, independientemente de su especialidad. Se trata de una aproximación inicial multidisciplinar a las prácticas agrupadas bajo las siglas MGF.

La segunda parte se compone de seis capítulos sectoriales. Tiene un diseño metodológico adaptado a la actividad docente de los grados y posgrados universitarios en Medicina, Enfermería y Obstétrica ([Capítulo 3](#)), Derecho y Criminología ([Capítulo 4](#)), Trabajo social, Ciencias de la Educación y Psicología ([Capítulo 5](#)), Antropología y Cooperación Internacional ([Capítulo 6](#)), Estudios de Género y Estudios Feministas ([Capítulo 7](#)) y Ciencias de la Comunicación y Periodismo ([Capítulo 8](#)).



A.A.





Con el fin de alcanzar los objetivos y competencias didácticas propias de cada materia, los capítulos sectoriales han sido elaborados por grupos interuniversitarios cuya composición queda reflejada en el índice de la guía en cada capítulo.

Dichos capítulos proporcionan contenidos conceptuales y teóricos, información y recomendaciones prácticas, extractos de entrevistas de carácter etnográfico, recursos bibliográficos y audiovisuales, dilemas y preguntas a resolver, propuestas temáticas para trabajar o debatir en el

aula así como posibles ejercicios de evaluación. Todo ello, con el propósito de facilitar la incorporación de la temática en los currícula formativos.

Confiamos en que MAP-FGM sea un instrumento útil para la integración de la perspectiva de género en la formación universitaria, con vistas a promover y defender los derechos de todas las mujeres y niñas, independientemente de su clase social, confesión religiosa, identidad u orientación sexual, diversidad funcional, nacionalidad, lugar de origen e identidad cultural.



A.A.





FGM/C

La Mutilación Genital Femenina / Ablación

0:18 / 7:03 HD

[VER EL VIDEO ONLINE](#)





Capítulo I

Introducción a la MGF



A.A.





Capítulo I

Introducción a la MGF

SUMARIO

1. Definiciones, terminología y tipos de MGF
(Adriana Kaplan y Nora Salas Seoane, Wassu-UAB)
2. Historicidad de la MGF y de las agendas anti-MGF
(Ricardo Falcão, ISCTE-IUL)
3. Perspectivas antropológicas
(Francesco Pompeo, Roma3)
4. Consecuencias de la MGF
(Els Leye, VUB)
5. Violencia contra las mujeres y marco internacional de los derechos humanos
(Laura Nuño Gómez y Magaly Thill, URJC)

1. Definiciones, terminología y tipos de MGF

Adriana Kaplan y Nora Salas Seoane (Wassu-UAB)

La Mutilación Genital Femenina (MGF), también denominada “ablación”, es una práctica tradicional con fuertes raíces ancestrales que se ve respaldada por una complejidad de significados simbólicos y culturales. Se practica principalmente en 30 países de África subsahariana, Oriente Medio (Kurdistán iraquí y Yemen) y Asia (Indonesia) (UNICEF 2016). Hoy en día, lo local se convierte en global y las personas se desplazan con su bagaje cultural. De este modo, la práctica se ha extendido por todo el mundo (Europa, Estados Unidos de América, Canadá y Australia, entre otros) a través de los movimientos migratorios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2016) define la MGF como “todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”. UNICEF estima que alrededor de 200 millones de mujeres han sufrido esta práctica y que más de 63 millones de niñas habrán sido sometidas a ella para el 2050 (UNICEF 2016). La MGF se reconoce a nivel internacional como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas, constituyendo una forma de discriminación extrema contra las mujeres, aunque suele ser por amor a sus hijas y preocupación por su futuro, que las madres siguen perpetuando una práctica que proporciona identidad étnica y de género a las niñas (Kaplan, Hechavarría y Puppo 2015).



A.A.





La MGF es un tema extremadamente complejo, delicado y politizado, difícil de entender a través de definiciones normativas, clasificaciones y delimitaciones geográficas (como trataremos de explorar en esta guía). Generalmente, los medios de comunicación difunden noticias sensacionalistas sobre la MGF, lo que ha contribuido a propagar la idea de que es una práctica horrible realizada por gente “primitiva”. Ha existido, y existe aún, un amplio debate acerca de cómo nombrar esta práctica –a nivel internacional, dentro de la academia y en las comunidades que la practican–. Tal y como señala Sara Johnsdotter, las opiniones dentro del mundo académico y el activismo están divididas (Johnsdotter 2012).

La MGF ha sido denominada “circuncisión femenina”, o simplemente “circuncisión”. Este término alude a una práctica cultural realizada a personas de ambos sexos, a un rito de paso a la edad adulta cuyo significado no comporta violencia ni agresión alguna. Las posiciones relativistas defienden el uso de dicho vocablo y es a menudo empleado por las propias comunidades que practican la MGF. El término “circuncisión” ha sido no obstante criticado porque equipara la circuncisión femenina y la masculina, cuando la realidad es que, al privar a las mujeres de un órgano, la versión femenina constituye un procedimiento mucho más invasivo que la masculina y conlleva consecuencias más graves para la salud.

Numerosas comunidades musulmanas, como las de Sudán o Etiopía, se refieren a la MGF como *Sunna* (palabra árabe que significa “tradición” o “recomendación”) o utilizan el término acuñado en las lenguas locales. Los mandingas, un grupo étnico que vive en Gambia y Senegal, utilizan *ñyaka*

y, en Somalia, el término empleado es *gudniin gadbahaada*. En el marco de las intervenciones preventivas destinadas a fomentar el abandono de la práctica por las comunidades, el uso de los términos locales, que tienen una carga más simbólica y menos emocional, resulta menos estigmatizante, además de ser interpretado como una muestra de respeto hacia sus culturas.

En los años setenta, el término “mutilación genital femenina” (MGF) fue introducido, principalmente por activistas feministas, con el propósito de poner énfasis en el aspecto de violación de los derechos de las mujeres y las niñas¹. A principios de los noventa, el Comité Interafricano sobre las Prácticas Tradicionales que afectan la salud de las mujeres y del niño (CIA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzaron a emplear este término, lo que anunció la entrada de la MGF en las agendas de derechos humanos y violencia de género. Desde la última Declaración Interagencial sobre MGF de Naciones Unidas (OMS 2008), el término de mutilación genital femenina (MGF) es considerado como el más indicado para defender la erradicación de la práctica a nivel internacional. No obstante, a la hora de establecer un diálogo con los grupos que practican la MGF, se recomienda emplear expresiones neutras como “corte” o “mujer cortada”, que son percibidas como más respetuosas (Kaplan, 2003).

También se ha aludido a la MGF como una práctica tradicional dañina que afecta la salud de las mujeres y las niñas, un concepto que remite a otras tradiciones lesivas, como el matrimonio precoz, el planchado de senos, el vendaje de pies o los llamados crímenes de “honor”. En otro orden, el término “modificaciones genitales femeninas” se ha presentado como una



A.A.





alternativa al “uso ambiguo del término ‘mutilación’, que puede percibirse como estigmatizante, y cuyo empleo puede resultar contraproducente a la hora de establecer relaciones de atención efectivas” (Fusaschi 2014, 95).

En la versión inglesa original de la presente guía, se ha optado por utilizar la terminología bastante extendida de “Female Genital Mutilation/Cutting (MGF/C)”.² Este término pretende abarcar todas las formas de MGF haciendo hincapié en la necesidad de promover su abandono desde un abordaje respetuoso orientado a cambiar los comportamientos. La terminología utilizada varía de un idioma a otro, de modo que para cada versión de la guía, se ha buscado el término más adecuado.³

La MGF se practica mayoritariamente en niñas desde los cero hasta los quince años, casi siempre antes de la primera menstruación. Puede ser ocasionalmente realizada en mujeres adultas y/o casadas.

La OMS estableció cuatro tipos de MGF en 1995. Esta clasificación fue actualizada en 2007 y nuevamente revisada en 2016, siendo la última versión la que se reproduce en la tabla abajo (Tabla 1). Es importante señalar que a menudo no resulta fácil clasificar unos procedimientos llevados a cabo por mujeres de edad avanzada, probablemente con mala vista (lo que favorece que el corte no sea preciso), que hacen uso de cuchillas o navajas, todo ello fuera del ámbito médico-sanitario (aunque la medicalización de la MGF es un fenómeno en aumento). Las estimaciones actuales indican que alrededor del 90% de las MGF son de tipo I o II, o bien casos en que se ha realizado una incisión en los genitales de las niñas sin extracción de carne (tipo IV). El 10% restante son del tipo III. Esta clasificación es exclusivamente biomédica y no toma en cuenta un enfoque de salud global del tema.

TABLA 1:
Tipos de MGF según la clasificación de la OMS (2016)

TIPO I	Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris). En la cultura islámica, este tipo de MGF es conocido como Sunna (“tradición”), y se le compara con la circuncisión masculina.
	TIPO Ia: Resección del prepucio/capuchón clitoridiano (<i>circuncisión</i>).
	TIPO Ib: Resección del clítoris con el prepucio (<i>clitoridectomía</i>).



A.A.





TIPO II

Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores (los pliegues internos de la vulva), con o sin escisión de los labios mayores (los pliegues externos de la vulva). También se conoce como *"escisión"*.

TIPO IIa: Resección de los labios menores solamente.

TIPO IIb: Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.

TIPO IIc: Resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.

TIPO III

Estrechamiento del orificio vaginal cortando y juntando los labios menores y/o los labios mayores para crear un tipo de sello, con o sin escisión del clítoris. En la mayoría de los casos, los bordes cortados de los labios son cosidos entre sí, lo que se denomina *"infibulación"*, de la palabra latina infibulare ("sujetar con un broche"). Esta forma de MGF es conocida a veces como *"faraónica"*.

TIPO IIIa: Resección y aposición de los labios menores con o sin escisión del clítoris.

TIPO IIIb: Resección y aposición de los labios mayores con o sin escisión del clítoris.

TIPO IV

Todos los demás procedimientos dañinos para los genitales femeninos con fines no médicos, por ejemplo: punciones, perforaciones, incisiones, raspado y cauterización. Algunos ejemplos concretos serían los siguientes:

- punciones, perforaciones o incisiones del clítoris y/o de los labios;
- estiramiento del clítoris y/o de los labios;
- cauterización mediante abrasión del clítoris y del tejido circundante;
- raspado del tejido que rodea el orificio vaginal (cortes tipo angurya) o cortes de la vagina (cortes tipo gishiri);
- introducción de sustancias corrosivas o hierbas en la vagina para provocar una hemorragia, para tensar o estrecharla; y
- cualquier otra práctica (que no sea del tipo I, II o III) que pueda ser incluida en la definición de MGF anteriormente mencionada.



A.A.





La “*desinfibulación*” hace referencia a la práctica de abrir el orificio vaginal cerrado de una mujer que ha sido infibulada. A menudo es necesario realizar la *desinfibulación* antes de las primeras relaciones sexuales, para facilitar el parto o simplemente para mejorar la salud y el bienestar de la mujer. La “*reinfibulación*” consiste en coser de nuevo el orificio vaginal de una mujer después de que haya sido *desinfibulada* (por ejemplo, después del parto), con el fin de volver a estrecharlo. También se conoce como re-sutura.

No se ha incluido en esta tipología la Cirugía Plástica Genital (CPG), un fenómeno que ha aumentado de forma inquietante en los últimos años, principalmente en Europa y Estados Unidos. La Sociedad Americana de Cirugía Plástica y Estética (ASAPS) ha registrado unas 400 jóvenes menores de 18 años que se sometieron a una labioplastia en 2015, lo que representa un aumento del 80% con respecto a las 222 menores intervenidas en 2014. Por su parte, un informe británico de 2013 desveló que el número de labioplastias realizadas por el Servicio Nacional de Salud se había quintuplicado en una década.⁴ Estas operaciones se llevaron a cabo principalmente por razones estéticas y no-médicas. A parte de la clasificación de la OMS, que es la que se emplea a escala global, se han propuesto otras tipologías relativas a la MGF (Fusaschi 2003; 2011, 157; 2013).

2. Historicidad de la MGF y de las agendas anti-MGF

Ricardo Falcão (ISCTE-IUL)

La primera referencia explícita a la circuncisión femenina la realizó Strabo, un geógrafo e historiador griego, hacia el primer siglo a.C., cuando relató el celo con el que se practicaba en Egipto. Existen pruebas de que ha sido una práctica común en esta región incluso con anterioridad a ese período. Según Sara Johnsdotter, fue en los siglos quince y dieciséis cuando empezaron a aparecer descripciones más detalladas de esta práctica redactadas por europeos que viajaban a África. En el siglo dieciocho y diecinueve, surgieron diferentes interpretaciones sobre las razones por las cuales la MGF se llevaba a cabo – debates morales mezclados con consideraciones de tipo higiénico y estético –, pero la verdad es que sus orígenes siguen siendo un misterio (Johnsdotter 2012).

La clitoridectomía y la infibulación también han sido practicadas a lo largo de la Historia. Están documentadas como prácticas médicas desde el siglo II hasta el siglo XVIII, periodo en el que las descripciones ya contenían una información más detallada, concretamente sobre cómo este procedimiento era considerado como terapéutico en el control de la sexualidad y de una gran variedad de enfermedades en Europa y América del Norte. En estos lugares se ha constatado que se practicaban como remedio contra la masturbación, el adulterio o el lesbianismo, algo que subraya las percepciones altamente moralizantes del cuerpo en los siglos dieciocho y diecinueve (Johnsdotter 2012).



A.A.





Durante el primer cuarto del siglo XX, se empezó a denunciar enérgicamente la circuncisión femenina, tanto por razones políticas como médicas. Las primeras prohibiciones de la práctica que han sido documentadas se produjeron en aquella época, en países como Kenia, Egipto y Sudán, y fueron promovidas tanto por actores y poderes coloniales como por actores locales, aunque las motivaciones de unos y otros diferían.

Por ejemplo, durante los años veinte en Kenia, los argumentos médicos fueron empleados por misioneros y misioneras protestantes para denunciar la práctica que se realizaba en las regiones más remotas, a raíz de las relaciones existentes entre las costumbres sobre el aborto, la baja tasa de fertilidad y el rito de iniciación a través del cual las niñas se convertían en mujeres mediante la escisión. “Misioneros protestantes consiguieron involucrar parcialmente en su campaña a grupos feministas y humanitarios establecidos en Londres. Mujeres parlamentarias y organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres sostuvieron ante la Cámara de los Comunes que la clitoridectomía debería prohibirse debido al daño que suponía para las niñas y las madres durante el parto” (Thomas 1998, 130).

Si los argumentos médicos parecían cobrar respaldo, el poder colonial, según Lynn Thomas, estaba más preocupado por el problema poblacional que suponían los abortos practicados a las mujeres y niñas que no habían sido sometidas a la ablación, lo que representaba “una amenaza para los modelos económicos basados en el uso intensivo de mano de obra” (Thomas 1998, 129). Las demandas, formuladas por misioneras y mujeres

parlamentarias, para que se prohibiera la circuncisión femenina en todas las colonias se encontraron de frente con la reticencia de los administradores coloniales a formalizar la penalización de la práctica, bajo el argumento de que constituía una interferencia en las iniciaciones femeninas, en lugar de optar por una estrategia “educativa” y de propaganda.

El ejemplo descrito ilustra cómo la prohibición de la MGF ha estado siempre atrapada en debates sobre administración, poder y legitimidad cultural. Pero también se han documentado esfuerzos locales por erradicar la práctica, entre los cuales cabe destacar el caso de la Sociedad Médica Egipcia que exigió una prohibición de la MGF en los años veinte (Boddy 2007) o del gobierno local de Sudán que proscribió la práctica en 1946 (aunque ésta ha perdurado hasta el día de hoy). Todo ello evidencia que la historicidad de las agendas sobre MGF está atravesada por las tensiones entre quienes la practican y quienes abogan en su contra.

El resultado de estas agendas es el producto de décadas de diseño de políticas y programas de sensibilización promovidos por una infinidad de actores, tanto individuales como institucionales. A lo largo del siglo veinte, el debate pasó de ser un asunto de salud a una cuestión de derechos (humanos) individuales. La historia de las agendas contra la MGF viene marcada por los cambios que la práctica, su significado y su valor han experimentado a lo largo del tiempo, desde el punto de vista individual y por parte de las comunidades; pero está también especialmente influenciado por la evolución de los marcos de interpretación a través de los cuales ha sido analizada y percibida y de los instrumentos legales disponibles para combatirla.



A.A.





En el ámbito de las Naciones Unidas, la cuestión de la MGF se puso sobre la mesa por primera vez en 1952, por la Comisión de Derechos Humanos. En 1958, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas instó a la Organización Mundial de la Salud a que estudiara “las operaciones basadas en [estas] costumbres”, pero ésta adoptó la posición de que las operaciones en cuestión tenían ‘fundamentos sociales y culturales’, y se situaban por tanto fuera de su competencia” (Hosken 1976). Según Hosken, esta negativa de la OMS está al origen de la falta de información que seguía rodeando la práctica a finales de la década de los setenta. Instituciones como la OMS o UNICEF creían que el problema tenía que ser resuelto por los líderes políticos de los países africanos (Hosken 1978), poniendo el acento en la legitimidad cultural; lo que nos recuerda cómo, desde sus inicios, el marco del derecho internacional de los derechos humanos se fundamentó en una mirada androcéntrica del mundo que no empezaría a ser cuestionada hasta los años setenta.

La labor de las feministas de esta época permitió que saliera a la luz la primera legislación internacional específicamente dedicada a las cuestiones de género, lo que fue considerado “un paso crucial hacia el reconocimiento internacional de los abusos de los derechos humanos dentro del ámbito privado” (Baer 2007, 98). A pesar de esta evolución y de los instrumentos jurídicos que proporcionaron lo que podría llamarse una “carta de derechos de las mujeres”, los primeros documentos políticos relevantes fracasaron en visibilizar la naturaleza problemática de la MGF (Berkovitch 1999). Tan solo uno de esos textos hizo referencia específica a la misma: la Recomendación General No. 14 del Comité para la Eliminación

de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (Nuño y Thill; véase [Capítulo 1.5. Violencia contra las mujeres y marco internacional de los derechos humanos](#)).

Fue también durante esos años cuando aparecieron las primeras señales de que una agenda global sobre los derechos de las mujeres se hacía realidad. En este marco, la MGF fue denunciada, por un lado, por profesionales de la medicina y defensoras y defensores de los derechos de las mujeres autóctonos, pero también por feministas occidentales que internacionalizaron el debate. Entre el primer grupo, cabe mencionar: el doctor egipcio Youssef El Masry, con su revolucionario estudio, *The Sexual Tragedy of Arab Women in the Orient* (1962); la denuncia pormenorizada de las consecuencias médicas, sexuales y sociales de la MGF en las mujeres, realizada por la doctora feminista egipcia Nawal El Saadawi (1969), también crítica con la circuncisión masculina, que fue despedida del Ministerio de Sanidad de Egipto en represalia por sus textos sobre la sexualidad de las mujeres; el estudio sistemático de la práctica de la MGF en Sudán por la doctora Asma El Dareer (*Woman, Why Do You Weep?* 1982); el alegato de la senegalesa Awa Thiam contra la poligamia, la clitoridectomía y la infibulación (*Speak Out, Black Sister* 1978); la labor de investigación sostenida por Nahid Toubia; así como otros testimonios de denuncia de la MGF, como los de Evelyne Accad (1975) u Olayinka Koso-Thomas de Sierra Leona.

Las primeras feministas occidentales que denunciaron la MGF en sus escritos fueron la escritora francesa Benoîte Groult (*Ainsi soit-elle*, 1975) y la profesora



A.A.





Mary Daly (*Gyn/ecology: The Metaethics of Radical Feminism*, 1978). Pero la publicación que mayores repercusiones obtuvo fue el famoso Hosken Report de la periodista americana Fran P. Hosken (1979), la primera en proporcionar datos globales sobre MGF desde una doble perspectiva médica y de derechos humanos y en poner énfasis en el uso de la terminología “mutilación”. Más tarde, las escritoras afroamericanas Alice Walker y Pratibha Parmar tomaron el relevo de esta labor de denuncia internacional (*Warrior Marks: Female Genital Mutilation and the Sexual Blinding of Women* 1993).

Aunque el término “mutilación” fue también utilizado por autoras locales como Awa Thiam y Nahid Toubia y adoptado por el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan la salud de mujeres y niños (IAC-CIAF) en 1990, su uso provocó la indignación de numerosas mujeres africanas, quienes vieron en esta denominación “una imposición desde fuera de normas culturales que celebran los derechos del individuo desligado de la unidad étnica o familiar” (Berkovitch 1999, 490). La polémica dio origen a un acalorado debate entre teóricas y activistas feministas con diferentes marcos ontológicos y epistemológicos. Al margen de la disputa terminológica, las mujeres africanas también se movilizaron para la erradicación de las “prácticas tradicionales dañinas” (incluida la MGF), como demuestra la constitución del Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan la salud de mujeres y niños (IAC-CIAF) en el año 1984.

Entre los años ochenta y noventa, la MGF dejó de ser un problema estrictamente médico para convertirse en una cuestión de derechos

humanos, y a partir de los años noventa, una forma de violencia contra las mujeres. La emergencia del marco género-específico de lucha contra la violencia que sufren las mujeres y el reconocimiento de la MGF como una práctica lesiva que se da en el ámbito privado suponen un paso importante para la transversalización de las agendas. El desarrollo de estos instrumentos ha permitido, por otra parte, que las instituciones internacionales destinasen financiación para la eliminación de la MGF, la producción de conocimiento y el lanzamiento de campañas de sensibilización. En los últimos veinte años, hemos asistido a la multiplicación y consolidación de instrumentos internacionales para abordar la MGF.

A pesar de la proliferación de textos vinculantes, de los avances legales registrados en los ámbitos nacionales y del desarrollo de capacidades de las organizaciones internacionales, la preocupación acerca del significado de un gobierno global humanitario (Fassin 2009) y las reflexiones sobre los límites del enfoque de derechos humanos para abordar la MGF (porque hace hincapié en el nexo víctima-salvador y en una noción demasiado esencialista de la cultura) alertan sobre los riesgos que puede entrañar la condena de la MGF a través de la lógica de la alteridad cultural. A medida que la MGF gana terreno en Europa, se hacen más visibles los nuevos retos que presentan los derechos humanos de las comunidades migrantes, conflictos de derechos y agendas no exentas de contradicciones. Esto es consecuencia también de la historicidad específica de la institucionalización de la lucha contra la MGF, de sus marcos de interpretación, promotores y alcance más o menos reducido.



A.A.





3. Perspectivas antropológicas

Francesco Pompeo (Roma3)

Desde su institucionalización a finales del siglo diecinueve, la antropología promueve el conocimiento científico sobre la alteridad, asumiendo la crucial importancia epistemológica de la diversidad sociocultural en la experiencia humana. La historia de la disciplina, con casi un siglo de investigación, da acceso a un amplio abanico de trabajos de campo sobre la MGF: la investigación etnográfica, llevada a cabo en múltiples contextos sociales, geográficos e históricos, ha resaltado la complejidad de estas prácticas. El resultado es una gran variedad de situaciones, de acuerdo con la edad, el impacto en los genitales, los actores involucrados y los rituales sociales, y que dependen de los distintos contextos culturales: una panorámica general de las modalidades y significados que adquieren importancia en relación con cada régimen social específico de sexo/género. Tan solo la aceptación total de una perspectiva antropológica que desarrolle el conocimiento de estos mundos desde dentro y desde la base, y analice los constructos del poder simbólico –pensamiento de las órdenes– y las relaciones de género, puede ayudar a abordar un verdadero discurso no etnocéntrico sobre la MGF, y compartir por último el debate con los actores involucrados. Desde un punto de vista antropológico adecuado, cada práctica –ritualista o no– es incomprensible solo en relación con su propio contexto cultural y social. Literalmente, su significado es relativo a un conjunto específico de “valores”.

Partiendo de una experiencia más profunda de la diversidad cultural, y del rechazo de la visión evolutiva que caracterizaba el pensamiento occidental dominante, este enfoque fue definido en el período posterior a la guerra de los años 50 como “relativismo cultural” o, más bien, como una postura basada en el supuesto general de que no había culturas mejores o peores per se. Al mismo tiempo, se señaló el peligro de un relativismo extremista, absoluto y amoral, en el que la diversidad cultural existe como una especie de esfera incuestionable de respeto o legitimidad. Hoy en día, en muchos manuales antropológicos, se invoca el tema de la MGF para resaltar los límites del relativismo extremo. Además, el relativismo cultural fue definido como un enfoque metodológico: primero como una actitud crítica hacia los propios valores culturales, y luego como un patrón de investigación basado en “una suspensión temporal del juicio” con el fin de separar la observación y el conocimiento de cualquier juicio moral derivado de una visión particular. En el proceso etnográfico, esta retención de juicio es la premisa indispensable para descubrir el significado de otros mientras se tiene en cuenta el punto de vista de la persona investigadora. En general, tan solo un relativismo cultural metodológico nos permite recuperar información y ser conscientes del hecho de que la corporalidad está cultural y socialmente determinada por –y se corresponde con– los modelos, o anti-modelos, que las sociedades incorporan y sobre los que tiene un efecto, más allá de los individuos en una sociedad capitalista avanzada.

El debate antropológico que ha tenido lugar en las últimas décadas ha desarrollado un fuerte enfoque crítico y reflexivo (Pompeo 2013),



A.A.





atravesando el postmodernismo y la antropología feminista con el fin de deconstruir el punto de vista universalista de occidente y descolonizar algunos elementos de su propio dispositivo de conocimiento, comenzando por la autoridad etnográfica masculina, para proponer luego una concepción de cultura como un proceso, y vencer así cualquier idea estereotipada de tradición (Tamale 2008).

Esta perspectiva revela distintas formas de dominación, tales como presunciones universalistas ideológicas. Exige implicarse en vencer la clásica oposición “nosotros y nosotras / ellos y ellas” (colonizadores o colonizadoras y colonizados o colonizadas); denunciar lo género-neutral como negación de los roles de las mujeres y de la complejidad de las dinámicas de poder en las relaciones; abandonar cualquier modelo positivista de falsa objetividad y confirmar la necesidad de reconocer las diferencias y subjetividades de una manera no sexista. Así, un enfoque crítico que asuma también una perspectiva dinámica promueve una nueva conciencia histórica mediante un acercamiento diacrónico a las representaciones de la alteridad y una revisión genealógica de las principales categorías. Por ejemplo, el término “mutilación genital femenina” fue acreditado solo por la OMS en 1995, en lugar de “circuncisión femenina”, como resultado de la política emprendida y coordinada por Naciones Unidas desde los años 50. A mitad de los años 90, muchas organizaciones decidieron adoptar términos más neutrales, tales como “corte genital femenino”, ya que consideraban que el término MGF era sentencioso y peyorativo. Sin embargo, el lenguaje empleado para designar estas prácticas permanece en la controversia y requiere de una cuidadosa consideración ética con respecto a la subjetividad de las mujeres.

En este sentido, en la perspectiva antropológica, es absolutamente necesario mantener una fuerte atención crítica al lenguaje y categorías utilizadas para describir la MGF, con el fin de evitar atribuciones injustificadas y caer en generalidades comunes. En un sentido más general, en la discusión de este tema, debemos tomar cualquier actitud estereotipada como consecuencia de los juicios simplistas eurocéntricos, especialmente referida en una supuesta superioridad moral. Cierta retórica pública acerca de la MGF, centrada solo en la denuncia y la indignación moral, puede contribuir a reproducir el patrón colonial de civilizar a “los bárbaros” y devolvernos a la vieja idea de erradicar lo “primitivo” luchando contra tradiciones oscurantistas y supersticiones peligrosas. Muchos estudios etnográficos han mostrado que el uso del término “mutilación” con mujeres con MGF ocasiona muchos problemas, ya que se percibe como humillante y despectivo. Muy a menudo, el cambio irreversible no es percibido como una mutilación por parte de los actores sociales (Fusaschi; véase [Capítulo 2.2. Genitales y construcción del cuerpo de la mujer](#)). Tratándose de un problema crucial, la siguiente pregunta es: ¿Cómo podemos contribuir mejor a debilitar esta(s) práctica(s)? ¿Con los actores implicados o contra ellos? Es necesario cambiar la perspectiva de una manera antropológica con el fin de establecer las condiciones para el diálogo con las mujeres afectadas capaces de reconocer sus subjetividades. En lugar de usar el término “mutilación”, sería mejor emplear “modificación”, para construir con las protagonistas sociales un espacio “neutro”, relativamente libre de prejuicios, en el que puedan darse un diálogo y una mediación multiculturales. Es más, ampliar la mirada desde abajo y guardando distancia (hablamos de personas, y con personas) nos permite entender



A.A.





cómo el cuerpo está socialmente construido en contextos locales, y cómo, a través de él, los significados atribuidos a las relaciones de género vienen dados y son negociados.

En los últimos años, la antropología ha desarrollado una reflexión crítica sobre las acciones y razones humanitarias, con el objetivo de analizar lo local y lo global. Comenzar por la representación del “otro” como una “víctima tras la pantalla”, hace posible mostrar cómo las organizaciones construyen una representación imprecisa de la “humanidad africana” formada por mujeres y niños (Fusaschi, 2010). Desde el punto de vista de estas ONG u organizaciones internacionales, inspiradas por una ideología moral y pedagógica, la supervivencia de mujeres y niños depende de sus acciones de desarrollo. Los debates en torno a África propuestos en los medios de comunicación europeos están directamente conectados con políticas internas ante la alteridad –llamada migración– y algunos temas políticamente candentes, como la familia, el rol de las mujeres, la adopción y la orientación sexual, los derechos civiles, el matrimonio forzado, etc. (Fassin 2010). En este sentido, el estado presenta a menudo la migración como un problema, la persona migrante se convierte en moralmente sospechosa, se le exige una “hipercorrección social” (Sayad 1999). El cuerpo migrante de la mujer soporta “orígenes” sospechosos y a lo largo de su vida será forzada a afrontar su estatus de víctima. Un cuerpo de migrante puede encontrar una posición de legitimidad en la sociedad receptora, pero solo mediante la implementación de un recurso bio-político que es el “nuevo cuerpo”: un cuerpo obligado a ser reajustado, regulado de nuevo y adaptado de manera apropiada a “nuestra” vida corriente.

4. Consecuencias de la MGF

Els Leye (VUB)

La MGF puede tener un grave impacto en la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas. En la literatura existente, las consecuencias en la salud más comunes se describen y están clasificadas en función de dos criterios: según el momento en que aparecen, es decir a corto plazo (en el momento del corte o inmediatamente después) o a largo plazo; y por la naturaleza de las consecuencias (por ejemplo: obstétricas, psicológicas, sexuales o sociales); o incluso sobre la base de ambos criterios. Aunque se conoce que la MGF es un procedimiento que causa sufrimiento físico y psicológico, supone todavía un reto recopilar y suministrar información rigurosa y cuantificada acerca de las muertes que provoca y de sus consecuencias en la salud (OMS 2016, 1-7).

Las posibles consecuencias de la MGF varían según el tipo de procedimiento en el que se incurra, las condiciones generales de la niña o de la mujer en el momento de la intervención, las circunstancias en las que se realice (por ejemplo, en una remota área rural alejada de cualquier centro de salud), los instrumentos empleados (por ejemplo, un cuchillo tradicional), y la persona que efectúe la MGF (por ejemplo, una circuncidadora tradicional, normalmente sin habilidades quirúrgicas y sin experiencia médica).

A pesar de los muchos retos que plantea la obtención de datos sobre el alcance y la naturaleza exactos de las consecuencias de la MGF en la salud y



A.A.





el bienestar de mujeres y niñas, las Directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre las complicaciones sanitarias provocadas por las mutilaciones genitales femeninas (OMS 2016) han sido elaboradas a partir del estudio detallado de las pruebas científicas disponibles. La Tabla 2, que constituye una adaptación de los datos contenidos en las mencionadas directrices,

ofrece un resumen de los riesgos en la salud tanto inmediatos como a largo plazo que tiene la MGF, sus complicaciones obstétricas y sus consecuencias en la salud psicosexual de mujeres y niñas. Todos los términos médicos utilizados están explicados en la columna de la derecha⁵.

TABLA 2:
Riesgos asociados a la MGF

COMPLICACIONES INMEDIATAS (BERG ET AL. 2014A; IAVAZZO ET AL. 2013, 1137-49)	
Complicaciones	Definición
Hemorragia.	<i>Hemorragia: sangrado (grave).</i>
Dolor.	
Shock.	<i>Una condición crítica provocada por caída repentina del fluido de la sangre en el cuerpo. El shock puede producirse por una pérdida repentina de sangre debido al corte del clítoris y/o del tejido genital (shock hemorrágico), debido a una lesión de los órganos (shock séptico), o por daños en el sistema nervioso (shock neurogénico).</i>
Puede haber inflamación del tejido genital debido a una infección local o una reacción inflamatoria.	



A.A.





Complicaciones

Definición

Puede haber infecciones en el tracto urinario, el tracto genital y/o el tracto reproductivo. Pueden ser agudas o locales, causar sepsis o septicemia, y derivar en la formación de abscesos.

Una infección en el tracto urinario afecta una parte o la totalidad del tracto urinario, que consta de órganos que producen, almacenan y segregan la orina. Estos órganos incluyen la vejiga, los riñones, la uretra y los uréteres.

El tracto genital femenino consta de los genitales femeninos internos y externos. Los genitales externos constan de la vulva, el clítoris y la uretra femenina.

El tracto reproductivo (o genitales internos) de una mujer consta de los ovarios, el útero, las trompas de Falopio, la vagina, el cuello del útero y la vulva.

Pueden surgir problemas de micción, como dolor al pasar la orina por los bordes de la herida, lo que puede provocar la retención aguda de orina. También pueden surgir problemas debidos al daño en el tracto urinario producido tras el corte.

Problemas de cicatrización.

Puede provocarse la muerte debido a sangrados graves o a una septicemia.

Sepsis, contaminación de la sangre, septicemia: la presencia de bacterias, otros organismos infecciosos, o toxinas creadas por organismos infecciosos en el flujo sanguíneo que se extiende por todo el cuerpo. Puede darse una condición tal que ponga en riesgo la vida y requiera de cuidados urgentes e integrales.



A.A.





COMPLICACIONES A LARGO PLAZO (BERG ET AL. 2014A; IAVAZZO ET AL. 2013, 1137-49)

Complicaciones	Definición
Daño del tejido genital, con consiguientes dolores crónicos en la vulva y el clítoris.	
Secreción vaginal debido a infecciones crónicas del tracto genital.	
Picores vaginales.	
Problemas menstruales, tales como dismenorrea, menstruaciones irregulares y dificultad en el paso de la sangre menstrual.	<i>Dismenorrea: menstruaciones dolorosas.</i>
Infecciones del tracto reproductivo, que puede provocar dolor pélvico crónico.	
Infecciones genitales crónicas, incluido un aumento del riesgo de vaginosis bacterial.	<i>Vaginosis bacterial: condición caracterizada por un flujo vaginal anormal debido a un aumento de la bacteria normal de la vagina.</i>
Infecciones muy recurrentes del tracto urinario.	
Micción dolorosa debido a la obstrucción y repetidas infecciones del tracto urinario.	



A.A.





COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
(GRUPPO DI STUDIO 2006 DELL'OMS, 1835-41; BERG ET AL. 2014B)

**CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO,
EL PARTO Y EL PERÍODO DE POSPARTO**

Complicaciones	Definición
Cesárea.	Uso de cirugía para permitir el parto. Las cesáreas son cirugía mayor y conllevan riesgos.
Hemorragia posparto (pérdida de sangre de 500 ml o más).	El posparto es el período inmediatamente después del alumbramiento.
Episiotomía.	Un proceso quirúrgico destinado a ensanchar la salida del canal de nacimiento, facilitar el parto del bebé y evitar un desgarre abrupto del área situada entre el ano y la vulva.
Partos prolongados.	
Desgarros obstétricos / laceración.	Desgarro perineal: laceración del perineo o área entre el ano y la vulva (apertura labial hasta la vagina). El desgarro perineal se da principalmente en mujeres como resultado de un parto vaginal, que presiona el perineo.
Parto instrumentalizado.	
Partos difíciles / distocia.	Distocia: cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil.
Largas estancias hospitalarias por maternidad.	
Parto de feto muerto o muerte neonatal temprana.	Neonatal: atañe al período de recién nacido, concretamente las primeras cuatro semanas tras el nacimiento.
Reanimación infantil en el parto.	



A.A.





COMPLICACIONES SEXUALES (BERG ET AL. 2014A; BERG ET AL. 2010, 1-79)

Complicaciones	Definición
Dispareunia, que es más frecuente con el tipo III de MGF.	<i>Dispareunia: dolor durante las relaciones sexuales.</i>
Disminución de la satisfacción sexual.	
Disminución del deseo y la excitación sexuales.	
Disminución de la lubricación durante las relaciones sexuales.	
Frecuencia de orgasmos reducida o anorgasmia.	<i>Anorgasmia: incapacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante las relaciones sexuales.</i>

COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS (VLOEBERGHS ET AL. 2012, 677-95)

Complicaciones	Definición
Trastorno de estrés postraumático (TEPT).	
Trastornos de ansiedad.	
Depresión.	



A.A.





Aunque la prevalencia de daños inmediatos en los casos de MGF de tipo I y II es probablemente menor que en los casos de tipo III, este tipo de complicaciones suelen estar infraestimadas debido a que no se registran adecuadamente (Berg et al. 2014a).

Además de las consecuencias sanitarias reseñadas por la OMS en la tabla anterior, existe una serie de actividades cotidianas que podrían verse entorpecidas debido a las distorsiones anatómicas causadas por la MGF, especialmente en los casos de tipo III, como los exámenes ginecológicos, pruebas de citología, legrados, colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y uso de tampones (OMS 2016).

5. Violencia contra las mujeres y marco internacional de los derechos humanos

Laura Nuño Gómez y Magaly Thill (URJC)

La comunidad internacional no siempre ha considerado la MGF como una forma de violencia de género y una violación de los derechos humanos. Inicialmente abordada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan la salud de mujeres y niños (IAC-CIAF) como un problema de salud materno-infantil, esta práctica tradicional solo hizo su aparición en la agenda de los derechos humanos en los años noventa, dentro del lento proceso de incorporación del enfoque de género en el derecho internacional y

definición de la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos (Rahman y Toubia 2001).

A raíz de la revisión crítica de los marcos epistemológicos, culturales y jurídicos patriarcales, la teoría feminista desafió la naturaleza androcéntrica de las leyes. Paulatinamente, los derechos de las mujeres fueron incorporados al ámbito de los derechos humanos y asumidos por la gobernanza de las Naciones Unidas, gracias principalmente al activismo del movimiento feminista transnacional (Bunch 1990; Walby 2011).⁶ Como resultado de esta intensa labor teórico-reivindicativa, la comunidad internacional reconoció formalmente que “los derechos de las mujeres son derechos humanos” en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena en 1993 (Peters et al. 1995).

Paralelamente, la violencia contra las mujeres pasó a formar parte de la agenda global, al reconocerse que constituye una forma de discriminación por razón de género, mediante la Recomendación general No. 19, sobre violencia contra las mujeres (1992) del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Esta recomendación subsanó la omisión cometida por la comunidad internacional al no mencionar fenómenos tan graves y tan extendidos como la violencia doméstica, la violación, el abuso sexual, el matrimonio forzado, la MGF o los llamados crímenes “de honor”, en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (1979). Los Estados parte de la CEDAW adquirieron así en 1992 la obligación de prevención, persecución y protección frente a la violencia contra las mujeres (Nuño Gómez 2013).



A.A.





Un año después, la Asamblea General adoptó la pionera Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993), en la que se acuñó la definición internacional de violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Artículo 1). Cabe señalar que esta declaración insta a los estados a “condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla” (Artículo 4).

El reconocimiento de la MGF como forma de violencia contra las mujeres y las niñas se produjo en este contexto. Por un lado, la Recomendación General nº 14, sobre Circuncisión Femenina (1990) abanderó los esfuerzos del Comité CEDAW para exigir “medidas apropiadas y efectivas con vistas a erradicar la práctica de la circuncisión femenina”. Dos años más tarde, el mismo órgano incluyó la práctica en su mencionada Recomendación

General nº 19 sobre violencia contra las mujeres, aunque la calificó tan solo como “violación del derecho a los servicios de salud”. El tercer hito no tardó en llegar: en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, la Asamblea General de Naciones Unidas incorporó la MGF y otras prácticas tradicionales dañinas (PTD) entre las formas de violencia contra las mujeres que se producen en el seno de la familia (Artículo 2).

A raíz de la definición de la MGF como violencia de género, la comunidad internacional emprendió una intensiva labor de erradicación de la práctica, combinando programas educativos y preventivos con la adopción de instrumentos de carácter político y programático (véase Tabla 3). El ámbito regional, cabe señalar dos instrumentos jurídicamente vinculantes, que se han convertido en referentes para la armonización de los marcos legales nacionales sobre MGF: el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África, también llamado Protocolo de Maputo (2003), y el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica o Convenio de Estambul (2011).

TABLA 3:

Principales instrumentos internacionales y regionales sobre la MGF

Institución	Documento	Año	Art.
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	Programa de Acción y Acciones clave para la mayor implementación del Programa de Acción	1994	4.22, 7.5, 7.6, 7.35, 7.40, acción clave 52



A.A.





Institución	Documento	Año	Art.
IV Conferencia Internacional de la Mujer (Conferencia de Beijing)	Declaración final y Plataforma de acción	1995	Todo
UNICEF, OMS y FNUAP	Mutilación Genital Femenina: Declaración conjunta	1997	Todo
Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer	Resolución sobre la Erradicación de la Mutilación Genital Femenina (E/CN.6/2007/L.3/Rev.1)	2007	Todo
OACDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNIFEM, UNECE, UNESCO, FNUAP, ACNUR, UNICEF	Erradicación de la Mutilación Genital Femenina: una declaración interagencial	2008	Todo
Asamblea General de las Naciones Unidas	Resolución A/RES/53/117 sobre Prácticas tradicionales y consuetudinarias que afectan a la salud de las mujeres	2001	Todo
	Resolución A/RES/67/146: Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina	2012	Todo
	Resolución A/RES/70/1: Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible	2015	Objetivo 5.3
Organización para la Unidad Africana (ahora, Unión Africana)	Protocolo a la Carta africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta Banjul) relativo a los derechos de las mujeres (Protocolo de Maputo)	2003	Art. 5



A.A.





Institución	Documento	Año	Art.
Consejo de Europa	Resolución 1247 (2001) sobre Mutilación Genital Femenina	2001	Todo
	Resolución 1662 (2009) sobre la Acción para combatir violaciones a los derechos humanos por motivos de género, incluido el secuestro de mujeres y niñas	2009	Art. 1, 4, 5, 7.2, 7.4
	Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres la violencia doméstica (Convenio de Estambul)	2011	Art. 38
Parlamento Europeo	Resolución de 20 de septiembre de 2001 sobre la Mutilación Genital Femenina (2001/2035(INI))	2001	Todo
	Resolución sobre la Lucha contra la MGF en la UE (2008/2071(INI))	2008	Todo
	Resolución de 14 de junio de 2012 sobre la Erradicación de la Mutilación Genital Femenina (2012/2684(RSP))	2012	Todo
Unión Europea (Comisión Europea y/o Consejo Europeo)	Directrices de la UE para la Promoción y protección de los derechos del menor	2007	Mencionada



A.A.





Institución	Documento	Año	Art.
Unión Europea (Comisión Europea y/o Consejo Europeo)	Directrices de la UE sobre la violencia contra las mujeres y niñas y la lucha contra todas las formas de discriminación contra ellas	2008	Mencionada
	Estrategia para la Igualdad entre hombres y mujeres 2010-2015	2010	Acción clave 4.1
	Comunicación: Agenda de la Unión Europea en pro de los derechos del niño (COM(2011) 60 final)	2011	Sin mención específica de la MGF
	Declaración conjunta del Vicepresidente de la Comisión Europea y el Alto Representante sobre el Día internacional contra la Mutilación Genital Femenina (MEMO/11/73)	2011	Todo
	Directiva 2012/29/EU que establece unos estándares mínimos relativos a los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de crímenes	2012	Art. 17
	Comunicación: Hacia la eliminación de la Mutilación Genital Femenina (COM(2013)833 final)	2013	Todo
	Compromiso estratégico para la igualdad entre mujeres y hombres 2016-2019	2015	3.4
	Documento de reflexión: 9º Foro europeo sobre los derechos de los niños: La coordinación y la cooperación en los sistemas integrados de protección infantil	2015	Diez principios aplicables a la MGF



A.A.





Debido a que la MGF suele acarrear graves consecuencias en la salud física, psíquica y sexual de las mujeres y las niñas que han sido sometidas a ella, representa una violación del derecho a la salud, incluido el derecho a la salud sexual y reproductiva, y del derecho al grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr. La MGF también vulnera o anula derechos humanos fundamentales como el derecho a la integridad física y el derecho a la vida (cuando el desenlace final es el fallecimiento de la niña); el derecho a la seguridad de la persona y a una vida libre de violencia; el derecho a la no discriminación, a la igualdad de género y a igual protección ante la ley (en los casos que la MGF es legal, tolerada o considerada una circunstancia atenuante).

Algunos/as juristas han planteado que el hecho de que las personas que realizan la MGF, así como los padres y madres de las niñas, no actúen, por lo general, con la intención de causarles dolor o sufrimiento, impide que se pueda establecer con seguridad que la MGF vulnera el derecho a estar libre de tortura (Rahman y Toubia 2001). En contra de este criterio, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas (OCDH) admite que la MGF puede constituir una forma de tortura y/o trato cruel, inhumano o degradante (OMS 2008).

TABLA 4:

Derechos humanos protegidos por tratados internacionales y vulnerados por la práctica de la MGF

Derecho a la salud

Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; Artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Dignidad humana

Artículo 22 de la Declaración Universal de Derechos Humanos

Derecho a estar libre de todas las formas de discriminación (por razón de sexo)

Artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; Artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Artículos 2 y 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; todos los artículos de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres



A.A.





Igualdad entre hombres y mujeres

Artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; todos los artículos de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres

Derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr

Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Artículo 12 de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

Derechos del niño/a

Artículos 2, 3, 6, 19, 24 y 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño

Derecho a estar libre de tortura, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes

Artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; Artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; todos los artículos de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Fuente: Instituto Europeo de la Igualdad de Género. 2013 Female genital mutilation in the European Union and Croatia⁷. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.



A.A.





Dado que, en la gran mayoría de los casos, la MGF se practica en menores de edad, vulnera los derechos de las niñas al desarrollo, protección y participación (Miller et al. 2005), y quebranta varios artículos de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), incluyendo la obligación de los estados de “adoptar todas las medidas [...] apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, [...] mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los progenitores, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” (Artículo 19). Someter a una niña a la MGF contradice el principio del interés superior del menor, el cual debe prevalecer en todas las actuaciones que conciernen a niños y niñas (Artículo 3).

Aunque los padres y madres pueden creer que los beneficios de la MGF para las niñas (posibilidad de casarse, honor de la familia, etc.) compensan el riesgo de secuelas físicas o psicológicas, dicha percepción no justifica en ningún caso la práctica de una operación irreversible, potencialmente mortal, que constituye una violación de los derechos fundamentales de las niñas (OMS 2008). Las niñas suelen ser sometidas a la MGF mediante la coerción o el abuso de superioridad o autoridad. Pero incluso cuando una niña accede a someterse a la MGF, su pretensión de acatar la decisión de su familia y de ser aceptada en su comunidad no debe confundirse con la expresión de una voluntad libre e informada. Debe interpretarse, por el contrario, como el resultado de la presión familiar y de las expectativas sociales que recaen sobre mujeres y niñas (OMS 2008).

La MGF puede afectar de forma permanente la capacidad de una mujer a disfrutar de su sexualidad. A menudo se justifica con la excusa de proteger a las niñas de excesivas emociones sexuales y de ayudarlas a conservar la castidad (Miller et al. 2005). El efecto de preservación de la virginidad y fidelidad femeninas, respectivamente antes y después del matrimonio, que se atribuye a la MGF, refuerza el control patriarcal sobre la sexualidad de las mujeres y perpetua la desigualdad en los roles, normas y estereotipos de género. Así mismo, debido a que puede mermar o anular el placer sexual y la libido en las mujeres, la MGF ha sido relacionada con la violación marital y la poligamia (Rahman y Toubia 2001).

Otra idea subyacente a la práctica, es que los genitales femeninos son impuros, sucios o feos si no están cortados. En función de esta percepción del cuerpo de las mujeres como defectuoso, se defiende que su apariencia fisiológica debe ser modificada para adecuarse a unos criterios claramente opuestos a los objetivos de salud, bienestar e igualdad entre mujeres y hombres. En este sentido, la MGF puede ser comparada con normas patriarcales presentes en otras culturas (por ejemplo, la ya desaparecida práctica de los pies vendados en China o la promoción de la anorexia a través de la moda y la publicidad en Occidente). La prevención de la MGF puede contribuir, por tanto, al empoderamiento de las mujeres y a la eliminación de las desigualdades de género.



A.A.





Capítulo II

Profundización del conocimiento sobre MGF



A.A.





Capítulo II

Profundización del conocimiento sobre MGF

SUMARIO

1. Significado sociocultural de la práctica
(Adriana Kaplan y Neus Aliaga, Wassu-UAB)
2. Genitales y construcción del cuerpo de la mujer
(Michela Fusaschi, Roma3)
3. Migración, movimientos migratorios y etnicidad
(Ricardo Falcão, ISCTE-IUL)
4. La prevalencia de la MGF *(Els Leye, VUB)*
5. Geografías de la MGF
(Adriana Kaplan y Nora Salas Seoane, Wassu-UAB)
6. Aspectos críticos de la penalización de la MGF
(Julia Roper Carrasco, URJC)
7. Enfoque integral hacia el abandono de la MGF *(Els Leye, VUB)*

1. Significados socioculturales de la práctica

Adriana Kaplan y Neus Aliaga (Wassu-UAB)

La MGF tiene un gran significado simbólico para las comunidades que la practican. Se considera un rito fundamental del proceso de socialización cuya práctica ejerce una gran presión social sobre los integrantes de la familia y de la comunidad al completo, dado que se la asocia con dos valores fundamentales de la cultura africana: el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la complementariedad de los sexos.

En la historia antigua de la cultura Dogón en Malí, se relata un acontecimiento importante sobre los orígenes de la MGF. De acuerdo con la mitología, “Amma, Dios del Cielo, estaba solo y quería mantener relaciones sexuales con la Tierra, cuya forma se asemejaba a la del cuerpo de una mujer. Los órganos sexuales de la Tierra eran como un nido de hormigas y su clítoris se había elevado como un termitero. Amma la atrajo cerca, pero el termitero se alzó, impidiendo la penetración. Así ocurrió porque la Tierra tenía el mismo sexo que Amma, causando discordia en el universo. Amma tuvo muchas relaciones con su mujer y se restableció la armonía en el universo una vez que desapareció el termitero” (Castañeda Reyes 2003).

En algunas sociedades, la práctica pertenece a las ceremonias de iniciación y otorga identidad étnica y de género a las niñas que son sometidas a ella: aporta un sentido de pertenencia a la comunidad, marca la entrada en la mayoría de edad e inspira un sentimiento de orgullo. Así mismo, la MGF se



A.A.





ha convertido en la señal física de que una niña ha adquirido la condición de mujer, siendo garantía de su femineidad y de que tiene el conocimiento necesario para pertenecer a la comunidad y acceder al universo secreto de las mujeres (Kaplan et al. 2013).

Otras razones alegadas para justificar la continuación de la práctica son: la necesidad de perpetuar la tradición (“siempre se ha hecho así”, “es algo normal”, “es algo natural”) y de ser fiel a la religión (“es Sunna”, “es una obligación religiosa”); las razones higiénicas (“es más limpio”) y estéticas (“el clítoris puede crecer demasiado, como un pene”); la protección de la virginidad y evitar la promiscuidad (“una chica que no es cortada tiene un deseo sexual incontrolable y perderá su virginidad de manera prematura”); la preservación del honor de la familia; una mayor garantía de acceder a un matrimonio “apropiado” (“es necesario para convertirse en una mujer correcta”); y/o el incremento de la fertilidad (“reduce el riesgo de muerte del feto”, “las mujeres podrán tener más bebés”) y fecundidad (“los genitales externos pueden provocar la muerte, deformidad física o mental del bebé al nacer”) (Kaplan, Hechevarría y Puppo 2015, 29-32).

La MGF es una práctica altamente valorada en aquellas sociedades que la practican. Éstas no la consideran un asunto aislado y exclusivo de la esfera privada y del mundo de las mujeres, sino una pieza que encaja en un conjunto de prácticas ritualistas cotidianas que influyen en los roles y estatus asignados a mujeres y hombres en función del género. La preservación de la identidad étnica también supone un factor importante para distinguir estas sociedades de los grupos que no la practican.

Las familias celebran esta práctica como algo natural y normal, una tradición que garantiza que las niñas están preparadas para la edad adulta y el matrimonio, evitando así que sean excluidas de la comunidad. Algunas veces se considera como un rito de paso que madres y abuelas organizan y disponen para sus hijas y nietas, convencidas de que es lo mejor que pueden hacer para criar y educarlas adecuadamente. El momento en que la MGF se lleva a cabo puede variar según el grupo étnico, desde los siete días después del nacimiento hasta la pre-pubertad, pero casi siempre se realiza antes de la primera menstruación. Hoy en día, la edad en que se practica ha ido disminuyendo: lo más importante es ser circuncidada, tanto si se respetan los ritos en torno a la práctica como si no (Kaplan, Hechevarría y Puppo 2015).

La MGF es una práctica habitual en muchas comunidades animistas y pertenecientes a las tres principales religiones monoteístas, como varias comunidades musulmanas, la cristiana copta o la judía falasha (por ejemplo, en Egipto y Etiopía). La incertidumbre en torno a los orígenes de esta tradición lleva a algunas comunidades a vincularla con la religión. Es interesante resaltar el hecho de que, aunque ni la Biblia ni el Corán avalan la práctica, es a menudo justificada como un mandato religioso. En las sociedades musulmanas, se considera Sunna, es decir como una tradición religiosa (“todo lo que es bueno para Dios”), sin embargo, muchas academias y autoridades islámicas muestran una actitud positiva respecto a su abandono y condenan la práctica cada vez que se les brinda la oportunidad de expresar su opinión (Gomaa 2013).



A.A.





Las comunidades que practican la MGF perciben los genitales externos de las mujeres como antiestéticos y sucios: de ahí que modificarlos haga que la niña se vea “limpia” y “bonita” (motivos higiénicos y estéticos). La extirpación de partes genitales también simboliza la eliminación de lo que perciben como “elementos masculinos”, como el clítoris. Por su lado, la infibulación se realiza con el fin de dar un aspecto liso a los genitales femeninos, lo que es interpretado como un embellecimiento de los mismos. Las mujeres a menudo creen que la MGF aumenta el placer sexual de los hombres. También en varias regiones, es un tabú ingerir comida preparada por una chica no circuncidada (Johnsdotter y Essén 2010).

El deseo de un matrimonio socialmente adecuado también juega un papel clave en la continuación de la práctica. En muchas sociedades, la virginidad femenina, de la que depende el honor de la familia, es un requisito indispensable para casarse. Se cree que la MGF garantiza la virginidad, de forma que solo las jóvenes circuncidadas son consideradas apropiadas para ser desposadas, lo que les da acceso a la tierra y a la seguridad económica. En cambio, se piensa que las niñas que no han sido sometidas a MGF tienen impulsos sexuales incontrolables, siendo muy probable que pierdan la virginidad antes del matrimonio, lo que constituiría una deshonra para toda la familia.

Así mismo, se cree que el estrechamiento del orificio vaginal mediante infibulación e introducción de químicos astringentes aumenta el placer sexual masculino, reduciendo el riesgo de divorcio o infidelidad por parte del marido. Algunos estudios indican que mujeres y hombres se culpan mutuamente por la perpetuación de la MGF y que las razones alegadas

para realizar la infibulación o reinfibulación radican en los conceptos socialmente definidos de “normalidad”, identidad, tradición, religión y cultura del silencio entre hombres y mujeres (Berggren et al. 2006).

Algunas comunidades creen que los genitales femeninos externos pueden provocar la muerte del niño o niña primeriza o alguna deformidad física o mental en el neonato. Otras comunidades sostienen que pueden causar la ceguera en la(s) persona(s) que atiende(n) durante el parto a una mujer que no ha sido sometida a MGF o que el hecho de no estar circuncidada puede causar la muerte del marido o dañar su pene. Además, se cree que la ablación de una mujer que no puede concebir, puede constituir un remedio a su infertilidad.

2. Genitales y construcción del cuerpo de la mujer

Michela Fusaschi (Roma3)

En antropología y sociología sociocultural, la expresión “técnicas del cuerpo” incluye la manera en que hombres y mujeres aprenden y saben cómo utilizar sus cuerpos en sociedad. Este concepto, propuesto por Marcel Mauss, está basado en el supuesto de que “el primer objeto técnico y, a su vez, medio técnico, del hombre y el más natural, es su cuerpo” (Mauss 1936).

Las técnicas del cuerpo pueden describirse como construcciones físico-psicosociales y prácticas culturales socialmente aprendidas y construidas. A lo largo de su vida, cada persona se convierte en objeto y sujeto de múltiples y



A.A.





variadas técnicas corporales, que se dividen primero por sexo y edad. Ninguna técnica puede considerarse por separado respecto a las demás: cada una se desarrolla precisamente como un proceso diferenciador con respecto a las otras formas de actuar a través del cuerpo y de dejar al cuerpo actuar. Cada sociedad tiene sus propios hábitos y entendemos cómo funciona una sociedad cuando entendemos cómo, en ella, funciona el cuerpo.

La relación entre cuerpo y sociedad es fundamental y compleja y va más allá de la oposición cartesiana naturaleza/cultura. Mary Douglas (Douglas 1970), en su teoría de “los dos cuerpos”, mostraba que la concepción y experiencia del cuerpo físico estaba condicionada por el cuerpo social. Los símbolos del cuerpo humano se utilizan para expresar experiencias sociales, y viceversa, el cuerpo humano es “educado” por la sociedad. El cuerpo es un artefacto físico y cultural, y todo el mundo experimenta las dinámicas de materialización (Bourdieu 1977, 1980) y las normas y valores socioculturales.

De este modo, las antropólogas Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (Scheper-Hughes y Lock 1987) propusieron el concepto de cuerpo consciente, con el fin de reflexionar sobre la conexión entre cuerpo y mente, individuo y sociedad, defendiendo de que su oposición provenía de las teorías y los paradigmas de investigación occidentales. Los tres cuerpos son: el cuerpo individual, que se entiende, desde un punto de vista fenomenológico, como la experiencia vivida del cuerpo consciente; el cuerpo social, que atiende al uso representacional del cuerpo como símbolo natural, tal y como sugirió Douglas y a todas las prácticas

mediante las cuales hombres y mujeres deconstruyen sus cuerpos para construir cuerpos simbólicos; y el cuerpo político, que hace referencia a la regulación, control y vigilancia de los cuerpos (tanto individuales como colectivos). En cada sociedad, la relación de estas tres dimensiones da lugar a representaciones multiformes y a distintos significados y conceptos sobre anatomía, fisiología, sexo/género, sexualidad, enfermedad, salud, higiene, normalidad y desviación. Esta aproximación conceptual al cuerpo, que admite la corporalidad como objeto y sujeto de toda práctica social, no es exclusiva de las disciplinas socio-antropológicas.

Michel Foucault y Judith Butler dieron especial relevancia a esta dimensión, confirmando que el cuerpo es objeto de representaciones simbólicas, formaciones discursivas y prácticas disciplinarias. Cuando Butler nos recuerda la afirmación “no se nace mujer, se llega a serlo” de Simone de Beauvoir con el fin de introducir su teoría de la performatividad de sexo/género, profundiza precisamente en este enfoque: el cuerpo experimenta un proceso de “materialización” del género (Butler 1993) que constituye la identidad de género mediante la repetición de actos corporales.

Por lo tanto, si consideramos que en todas las sociedades las prácticas que afectan a los cuerpos tienen como objetivo (des)adaptarlos a las normas culturales de género y hacerlos socialmente más “(in)apropiados”, podremos entender mejor las modificaciones corporales, incluso las que afectan los genitales. Las modificaciones corporales en los genitales femeninos son una práctica transculturalmente universal: junto con otras señales en el cuerpo, buscan institucionalizar la identidad de género,



A.A.





atribuyendo además a las portadoras de las mismas, privilegios sociales específicos relativos a la vida, al matrimonio y a la familia en general.

Examinar objetivamente la “deconstrucción” física del cuerpo femenino no es suficiente para entender la sociedad en la que esta práctica tiene lugar. Más bien necesitamos entender que esta “deconstrucción física del cuerpo”, paradójicamente, construye el cuerpo y el género simbólicos. En este sentido, para abordar la construcción social de la modificación genital femenina, necesitamos entender las ideas y representaciones que acompañan este proceso como partes integrales de una determinada cultura.

Las modificaciones corporales pueden ser permanentes/irreversibles (por ejemplo, la MGF, pero también los tatuajes o la escarificación) o temporales/reversibles (por ejemplo: peinados, maquillaje corporal, tatuajes temporales o autobronceado) (Remotti 2000). Desde 2003, la investigación etnográfica en contextos del África subsahariana y Europa ha dividido las modificaciones genitales y extragenitales irreversibles en tres categorías: (a) prácticas reductoras, (b) prácticas expansivas y (c) otras modificaciones (Fusaschi 2003; 2011; 2013).

Modificaciones reductoras del cuerpo

Las modificaciones genitales reductoras reducen parte de los genitales. Tal es el caso de la escisión e infibulación y de la castración y esterilización. En esta categoría se incluye la cirugía estética íntima inserta en la era neoliberal, como la reducción del capuchón del clítoris o la labiaplastia

(Fusaschi 2011). Los vendajes de pies realizados en China se consideran modificaciones reductoras extragenitales.

En esta categoría también se encuentran la ablación de mamas con fines ritualistas y su modificación reductora mediante cauterización, como es el caso de las jóvenes aborígenes del norte de Australia que se cortaban ambos pechos para impedir el amamantamiento o el de las mujeres de los alrededores del Lago Tanganica sometidas a la amputación de pechos como forma de castigo (Erich 1991, 31).

MODIFICACIONES REDUCTORAS GENITALES	MODIFICACIONES REDUCTORAS NO GENITALES
Clitolabiales: escisión del clítoris y reposicionamiento del clítoris	Deformaciones: pies
Vulvoperineales: estrechamiento de la vagina, infibulación Uterinas: castración, esterilización.	Ablaciones: pecho

Modificaciones expansivas del cuerpo

Esta categoría incluye operaciones que tienen el fin de de alargar los genitales femeninos, como los masajes vaginales practicados en la zona de los Grandes Lagos de África, Tanzania y Benín. Estos masajes pretenden



A.A.





aumentar el tamaño del órgano (símbolo de la actividad sexual) e incrementar el placer sexual para fines procreativos.

Entre las deformaciones extragenitales encontramos las llamadas “dilataciones labiales” de las y los nativos del Amazona o el estiramiento de los lóbulos de la oreja. Otro tipo de deformación extragenital es el aumento de pecho, que entraña un significado distinto dependiendo del contexto en el que se realiza (por ejemplo, cirugía estética o rituales). Otra práctica es la alimentación forzada: engordar el cuerpo mediante la administración forzosa de ciertos alimentos, como en el caso de las niñas en Mauritania.

MODIFICACIONES EXPANSIVAS GENITALES	MODIFICACIONES EXPANSIVAS NO GENITALES
Clitolabiales: estiramiento	Deformaciones: estiramiento de labio u oreja, aumento de pecho
Vulvoperineales: dilatación vaginal	Engorde artificial
	Implantes subcutáneos.

Otras modificaciones corporales

Esta categoría agrupa el resto de operaciones que alteran permanentemente los genitales (introcisión, subincisión, etc.), así como otras modificaciones extragenitales, las cuales pueden afectar al cuello (por ejemplo, las padding

o mujeres “jirafas” de Myanmar/Burma), al cráneo (por ejemplo, las tribus pigmeas africanas) y al torso/pecho (por ejemplo, corsés y otros vendajes). En tales prácticas incluimos la escarificación, tatuajes, afilado de dientes y el resurgimiento de tradiciones tales como incisiones, branding o quemaduras.

OTRAS MODIFICACIONES GENITALES	OTRAS MODIFICACIONES NO GENITALES
Rituales para desvirgar, introcisión, prácticas abortivas	Deformaciones (por ejemplo: torso/pecho, cuello, dientes, cráneo)
	Escarificación, tatuajes, incisiones, branding, quemaduras

En el análisis de todos estos tipos de modificaciones corporales han de tenerse en cuenta otras dimensiones clave, concretamente el sexo, la edad, el consentimiento, la voluntad y/o el grado de conciencia de los sujetos. Y de forma más amplia, se debería tener en cuenta las relaciones de género y órdenes simbólicos locales.

Es importante señalar que la clitoridectomía (en todas sus variantes, incluidos los procedimientos estéticos/quirúrgico) y la infibulación (tanto si se realizan, o no, bajo regímenes patriarcales o neoliberales, o en ambos) forman parte de programas de control social y jerarquía de género que limitan la sexualidad y autodeterminación de las mujeres y



A.A.





dan lugar a regímenes de género que conllevan la legitimidad exclusiva de identidades binarias, complementarias y asimétricas.

3. Migración, movimientos migratorios y etnicidad

Ricardo Falcão (ISCTE-IUL)

A raíz de las migraciones internacionales, la MGF ha sido reconocida como un problema europeo. Hasta principios de este siglo, su prevalencia en el continente europeo era aún bastante desconocida y, aunque en el pasado hubo procedimientos médicos considerados como formas de mutilación según las definiciones actuales, se creía que la MGF era una práctica principalmente africana.

Al convertirse en un problema europeo o en un problema que tiene lugar en dicho territorio, la práctica de la MGF ha planteado nuevos retos tanto para las agendas de lucha contra la violencia contra las mujeres (VCM) como para las agendas anti-MGF. No solo estamos ante prácticas consideradas como específicas de determinadas identidades (de género o étnicas), sino que se puede observar como la MGF se ha convertido en una marca identitaria de ciertas comunidades. El hecho de que la MGF se haya convertido en un “problema europeo” no significa que haya dejado de ser un problema atribuido a un “otro cultural”. Las instituciones tienden a asumir perspectivas culturalistas y a imputar el problema de la MGF a los movimientos migratorios e identidades étnicas de los mismos.

La relación entre migrantes y comunidades de los países de acogida viene determinada por procedimientos formales que contribuyen a definir una otredad cultural y son con frecuencia el origen de varias formas de discriminación y estigmatización. Las comunidades que practican la MGF son por ejemplo estigmatizadas cuando las niñas y mujeres son sometidas a revisiones ginecológicas obligatorias (Johnsdotter 2009) o cuando se convierten en objeto de discriminación en el marco de procesos judiciales (Fusaschi 2015).

Los miembros de estas comunidades reaccionan buscando alternativas que garanticen la continuidad de la MGF y adoptando una actitud discreta para evitar la hostilidad de las instituciones. Adelantar la edad de la MGF o viajar a los países de origen para someter a las niñas a la misma son ejemplos de esta lucha contra los límites legales impuestos a la práctica, a lo que se ha respondido desde el ámbito legislativo con la adopción de disposiciones de externalización (Leye; Véase [Capítulo 4.2.2. Leyes penales en la Unión](#)). Es importante señalar la continua negociación entre las instituciones y los marcos legales, por una parte, y los individuos integrantes de las comunidades que practican la MGF, por otra, ya que dicha negociación propicia el equilibrio entre las prioridades de ambas partes.

Al considerar que la MGF tiene su origen en las migraciones, podemos aproximarnos a ella distinguiendo cuatro ejes distintos: 1) un eje de gobierno y gestión de la diferencia cultural que intersecciona con cuestiones específicas de las políticas migratorias europeas, libertad de movimiento y derecho de acceso a determinados territorios, tal y como se desprende del aumento



A.A.





de demandas de asilo por riesgo de MGF y del desarrollo de disposiciones penales específicas contra la misma en la gran mayoría de países europeos; 2) un eje biopolítico, en el que instituciones sanitarias, colegios, policía, servicios sociales y oficinas de inmigración, atienden a personas afectadas por esta práctica y aplican protocolos que la definen dentro de un contexto institucional, teniendo que lidiar con la falta de formación e información en la materia; 3) un eje que vincula las comunidades de migrantes con sus lugares de orígenes a través de medios materiales o simbólicos (sociales, culturales, económicos) y la influencia que éstos tienen en la prevalencia de la práctica en los países de origen y de acogida; y 4) el último eje, relativo a las diferentes conceptualizaciones de los ciclos vitales, el género y la persona, y las diferentes percepciones de la violencia interpersonal, la condición de víctima y el trauma, que ostentan por un lado, las instituciones del país de acogida y las personas que trabajan en ellas, configuradas por los marcos legales vigentes, y las de las comunidades regidas por sus propias identidades socioculturales.

Los cambios legislativos sobre MGF constituyen una herramienta importante para definir mejor estos cuatro ejes, y de este modo evitar que los y las profesionales que tratan con personas migrantes tengan juicios ingenuos. Sin embargo, todavía existen miedos fundados de estigmatización y discriminación (Johnsdotter 2009) sobre la base de la identidad cultural y/o nacionalidad de las mismas.

La retórica contra la MGF puede ser explotada con el fin de mermar la legitimidad de las personas para autoafirmarse, a través de una defensa acrítica de los marcos legales que criminalizan la práctica, y abanderando

la supremacía de lo legal sobre lo cultural, lo que impide que se den las condiciones idóneas para que las personas afectadas puedan hacer oír sus preocupaciones y expectativas socioculturales de conformidad con sus propias subjetividades.

Algunas nociones de derecho internacional deberían ser utilizadas con prudencia, ya que pertenecen a un marco conceptual específico y una cierta representación de los derechos individuales, que a menudo entran en contradicción con las construcciones de género e ideas de las personas afectadas por la MGF sobre la sexualidad y sobre el parentesco y con otros factores que ayudan a entender la MGF en su contexto, y no como una abstracción.

La discriminación también puede ser consecuencia de una falta de información apropiada. Los países y las instituciones europeas han identificado este problema, pero ha sido solo recientemente cuando han comenzado a realizar informes sobre su prevalencia. Por ejemplo, el primer estudio sobre prevalencia de la MGF en Portugal se publicó en 2015 (Lisboa et al. 2015). Tener una imagen nítida de la prevalencia de la práctica en Europa se ha convertido en un asunto de urgencia, tanto para las campañas preventivas como de cara a las demás políticas de eliminación. Así mismo, el trabajo directo con las comunidades es una estrategia que ha ido ganando terreno. Por ejemplo, proyectos del tipo REPLACE sitúan a la comunidad y sus normas sociales en el centro de cualquier estrategia de cambio de comportamiento (Brown, Beecham y Barrett 2013).



A.A.





La percepción de la MGF como un problema que tiene su origen en el fenómeno migratorio tiene también consecuencias políticas, justo en un momento en que el discurso anti-inmigración, aderezado con nuevas formas de populismo, gana terreno en toda Europa. Debido a que la mayor parte de las migrantes que han sido sometidas a MGF o están en riesgo de serlo, provienen de África, el conjunto de personas que provienen de este continente es considerado sospechoso, aunque la práctica no sea exclusiva de esta parte del mundo. En las dos últimas décadas de movimientos migratorios originarios de África en dirección a Europa, se han observado algunos cambios importantes que no pueden pasarse por alto, sobre todo en la última década, como consecuencia de la creciente presión migratoria para entrar al territorio europeo y de un aumento de la vigilancia policial de las fronteras. Este período ha sido marcado por la adopción de una postura más restrictiva hacia la migración indocumentada y por el aumento del control de las fronteras bajo el mando de la agencia Frontex, creada en 2004 por el Consejo Europeo. Muchas expertas y expertos en la materia ven en esta política cada vez más represiva una apuesta por la lógica de la legalidad y la formalidad por encima de la humanidad.

Deberíamos dirigir el foco de interés hacia el tratamiento de los flujos migratorios a la hora de reflexionar sobre la práctica de la MGF, ya que a menudo muchas personas migrantes se enfrentan a un estatuto legal incierto mientras están a la espera de obtener o verse denegado el permiso de residencia. Con frecuencia, las personas que provienen de comunidades en las que la MGF es ampliamente practicada se mueven en los márgenes o en lo que podrían llamarse “zonas grises” de la legalidad. Ese estatuto incierto o ambiguo suele obstaculizar su acceso a la asistencia sanitaria,

debido al miedo a ser deportadas. “En la Unión Europea, se han extendido y diversificado considerablemente las políticas que limitan el acceso de las y los migrantes indocumentados a la asistencia médica. Estas políticas van desde la denegación de cualquier servicio hasta un acceso limitado a los servicios de emergencia y cuidado preventivo” (Hacker et al. 2015).

Por otra parte, en los últimos años, la MGF se ha convertido en motivo para solicitar asilo y un gran número de profesionales que trabajan con personas demandantes de asilo y refugiadas [además de las que migran por otras razones] se enfrentan a múltiples retos: diferencias lingüísticas, presión del límite de tiempo, conocimiento cultural insuficiente y falta de experiencia. La formación intergeneracional coordinada es clave para todas y todos aquellos profesionales que trabajan con comunidades afectadas, ya que les habilita para brindarles un apoyo efectivo que tenga en cuenta las características culturales de las personas que la practican y para proteger a las niñas haciendo que tomen conciencia de las señales de peligro (ACNUR 2013, 8). A pesar de que la MGF puede dar acceso al estatuto de refugiada, las cifras de las actuales beneficiarias no se corresponden con las categorías de “países de riesgo” o “decisiones basadas en la MGF” (ACNUR 2013, 31).

Cuando reflexionamos sobre la MGF como un asunto perteneciente a la migración, con el significado de “algo venido de fuera” que se ha convertido en un problema europeo, necesitamos adoptar una visión amplia de las muchas contradicciones a las que nos enfrentamos en el tratamiento de la diferencia cultural. En primer lugar, deberíamos tener en cuenta que las



A.A.





agendas anti-MGF están también generizadas. En segundo lugar, deberíamos ser conscientes de las razones por las que las personas migrantes aspiran a entrar en territorio europeo, porque su estatuto legal ambiguo es un factor determinante a la hora de acceder a la asistencia sanitaria. En tercer lugar, la representación de la migración está generizada y acompañada de opiniones culturalistas y etnicistas acerca de la identidad.

Por último, no es suficiente considerar la integración de los individuos dentro de determinados grupos sociales, sino en el conjunto de la sociedad, así como su continua relación con sus países de acogida y origen. En el tratamiento de la MGF, las políticas migratorias, las pretensiones de acceso a la residencia o a la ciudadanía y el enfoque de derechos humanos individuales interseccionan con las identidades culturales de los grupos migratorios, siendo determinantes en la definición de las relaciones existentes entre las personas migrantes y las comunidades e instituciones de los países de acogida.

4. La prevalencia de la MGF

Els Leye (VUB)

Contar con datos fiables y representativos sobre la magnitud de la MGF, tanto en países de origen como en los países de destino, es muy importante por varias razones. Para empezar, puede proporcionarnos información sobre dónde la MGF está más extendida, y de este modo asesorar la distribución de recursos de forma más eficiente. La comparación de la

prevalencia a intervalos regulares puede también ayudarnos a monitorear la evolución del fenómeno en el transcurso del tiempo.

La MGF se ha extendida por todo el mundo. UNICEF estima que cerca de 200 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a MGF a nivel mundial (UNICEF 2016)⁸.

Con el fin de obtener datos representativos, se emplean encuestas estandarizadas: la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS por Demographic and Health Survey) y la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS por Multiple Indicator Cluster Survey).⁹ Estas encuestas recopilan datos de muestras nacionales representativas de hogares en más de 90 países. Se han recogido datos representativos sobre la MGF a nivel nacional en 27 países africanos, en Yemen y en Irak. En el caso de Indonesia se ha empleado otra fuente de información: una que recoge información sobre la prevalencia de la MGF únicamente en niñas menores de 12 años.¹⁰

Tanto la DHS como la MICS se llevan a cabo cada cinco años. A través de ellas, se sondea a mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) para saber si han sido sometidas a la MGF y para conocer las circunstancias en las que ésta se produjo (edad, tipo, persona que lo realizó), las actitudes hacia la práctica, así como si las hermanas de la encuestada ha sido sometidas a ella o no (Shell-Duncan et al. 2016, 1-30).

En la siguiente tabla, se ofrece un resumen de la prevalencia de la MGF en los principales países del mundo donde es una práctica común.



A.A.



**TABLA 1:****Porcentaje de niñas y mujeres de edad entre 15-49 y niñas de entre 0-4 años que han sido sometidas a MGF en África, Indonesia, Irak y Yemen (UNICEF 2016)**

PAÍS	PORCENTAJE DE NIÑAS Y MUJERES DE ENTRE 15 A 49 AÑOS CON MGF	PORCENTAJE DE NIÑAS DE EDAD ENTRE 0 Y 14 AÑOS CON MGF	PAÍS	PORCENTAJE DE NIÑAS Y MUJERES DE ENTRE 15 A 49 AÑOS CON MGF	PORCENTAJE DE NIÑAS DE EDAD ENTRE 0 Y 14 AÑOS CON MGF	PAÍS	PORCENTAJE DE NIÑAS Y MUJERES DE ENTRE 15 A 49 AÑOS CON MGF	PORCENTAJE DE NIÑAS DE EDAD ENTRE 0 Y 14 AÑOS CON MGF
Benín	9%	0,2%	Ghana	4%	1%	Níger	2%	No hay datos
Burkina Faso	76%	13%	Guinea	97%	46%	Nigeria	25%	17%
Camerún	1%	No hay datos	Guinea-Bisáu	45%	30%	Senegal	25%	13%
República Centroafricana	24%	1%	Indonesia	49%	49%	Sierra Leona	90%	13%
Chad	44%	No hay datos	Irak	8%	No hay datos	Somalia	98%	No hay datos
Yibuti	93%	No hay datos	Costa de Marfil	38%	10%	Sudán	87%	32%
Egipto	87%	14%	Kenia	21%	3%	Tanzania	15%	No hay datos
Eritrea	83%	33%	Liberia	50%	No hay datos	Togo	5%	0,3%
Etiopía	74%	24%	Malí	89%	No hay datos	Uganda	1%	1%
Gambia	75%	56%	Mauritania	69%	54%	Yemen	19%	15%



A.A.





En esta estimación “global”, no están incluidos los países de destino de las personas migrantes que practican la MGF, como Europa, Japón, Australia o Estados Unidos; ni tampoco algunos países donde es una tradición arraigada, pero para los cuales no se dispone de datos, como es el caso de Colombia, India, Omán, Arabia Saudí y Malasia (Van Baelen, Ortensi y Leye 2016).

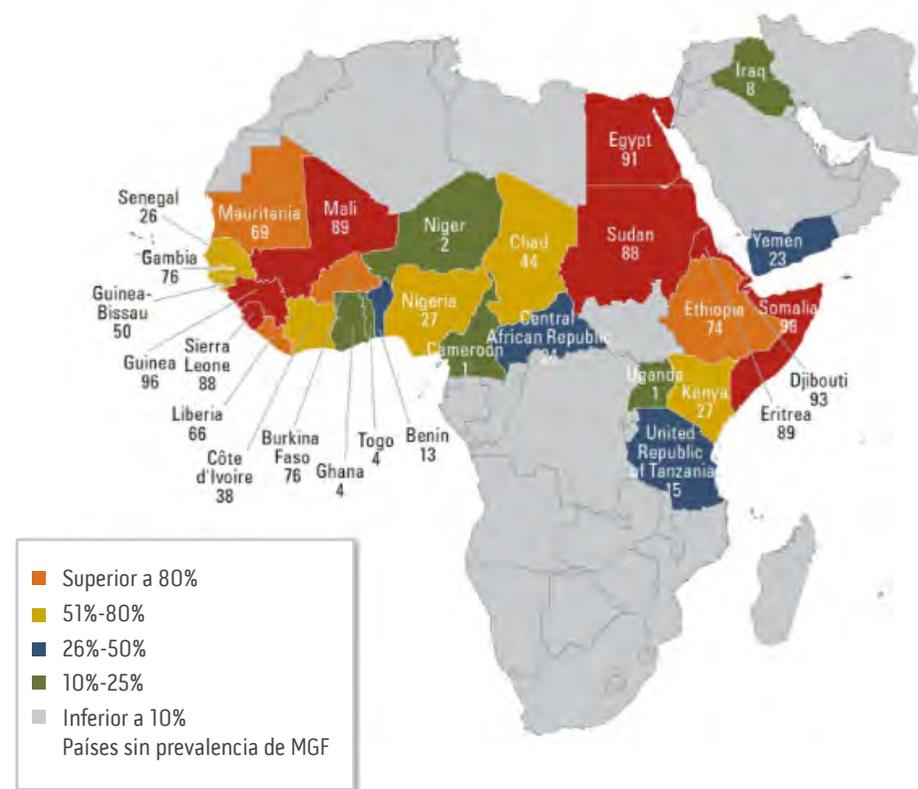
En Europa no existen en la actualidad encuestas sistemáticas y representativas que empleen un método armonizado para la recopilación de datos de prevalencia de la MGF (IEIG 2013; Leye et al. 2014). No obstante, el Instituto Europeo para la Igualdad de Género ha desarrollado una metodología y producido datos de prevalencia de niñas en situación de riesgo (IEIG 2015). Es necesario desarrollar instrumentos de medición de la prevalencia de la MGF en la diáspora dado que cada contexto específico influye de forma diferenciada sobre la práctica.

5. Geografías de la MGF

Adriana Kaplan y Nora Salas Seoane (Wassu-UAB)

La MGF se practica principalmente en 30 países del África subsahariana, Oriente Medio (Kurdistán Iraquí y Yemen) y Asia (Indonesia). En los países africanos, la práctica ha sido documentada históricamente y las agencias internacionales del sistema de Naciones Unidas han venido midiendo su prevalencia.

Mapa 1: Porcentaje de niñas y mujeres de entre 15 y 49 años que han sido sometidas a MGF, por país, en África y Oriente Medio.



Fuente: UNICEF 2013; Base de datos mundial 2014 de UNICEF, basada en DHS, MICS y otras encuestas nacionales representativas, 2004-2013.



A.A.



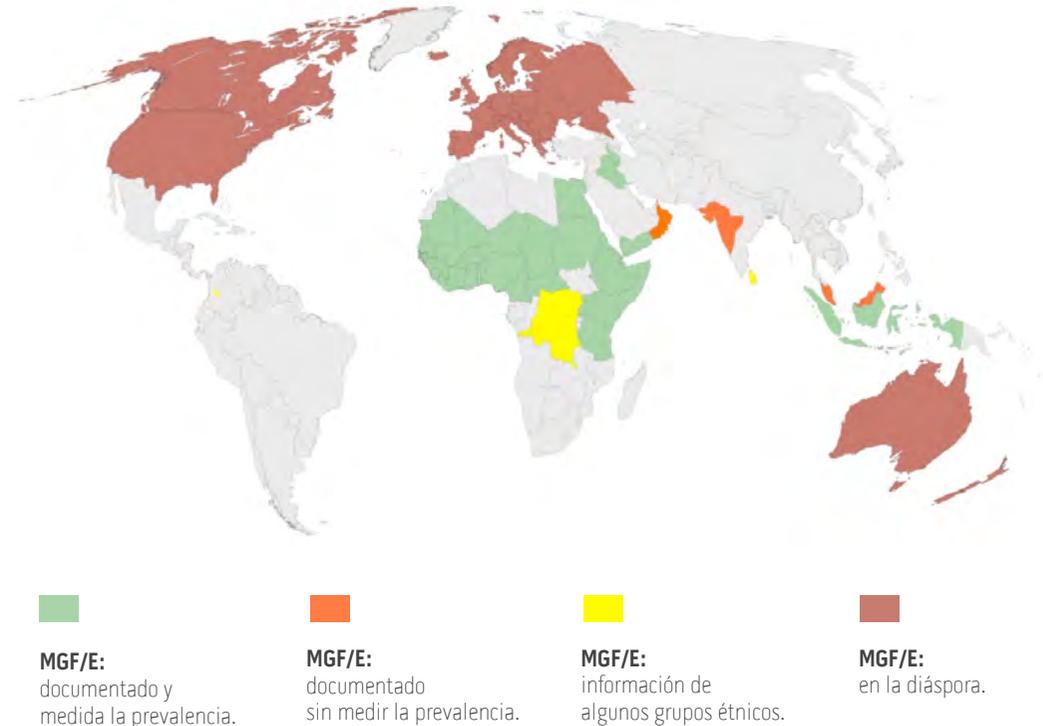


Es importante señalar que no todos los grupos étnicos que viven en estos países practican la MGF, ni todos los grupos que la practican siguen el mismo procedimiento. Por ejemplo, Gambia tiene una mayor prevalencia de MGF que Senegal, país vecino en el que está geográficamente inserto. Esto se debe a que la población mandica, que constituye el 42% de la población de Gambia, presenta una prevalencia de MGF del 96,7%, mientras que en Senegal los wolofs, que no practican la MGF a gran escala, constituyen el 42% de la población senegalesa. En Kenia, prevalecen los tipos de MGF I y II, pero entre los somalíes kenianos se ha registrado que el 13,4% de las mujeres presentan el tipo III, pero muestran diferencias en la práctica tanto entre los distintos grupos étnicos que componen esta población como dentro de los mismos.

En Asia, la MGF se practica en Indonesia y Malasia (Belluck y Cochrane 2016), donde el procedimiento se realiza a menudo en un entorno médico. Hay otros países en los que ha sido documentada, como Omán (Al Hinai 2014), entre los bohra en la India (Goswami 2012) o por el grupo étnico emberá-chamí del departamento de Risaralda en Colombia (FNUAP-Colombia 2011).

El siguiente mapa muestra los países del mundo donde se ha identificado la presencia de casos de MGF.

Mapa 2: La MGF en el mundo



Fuente: Fundación Wassu-UAB y el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) en la Universidad Autónoma de Barcelona, 2006



A.A.



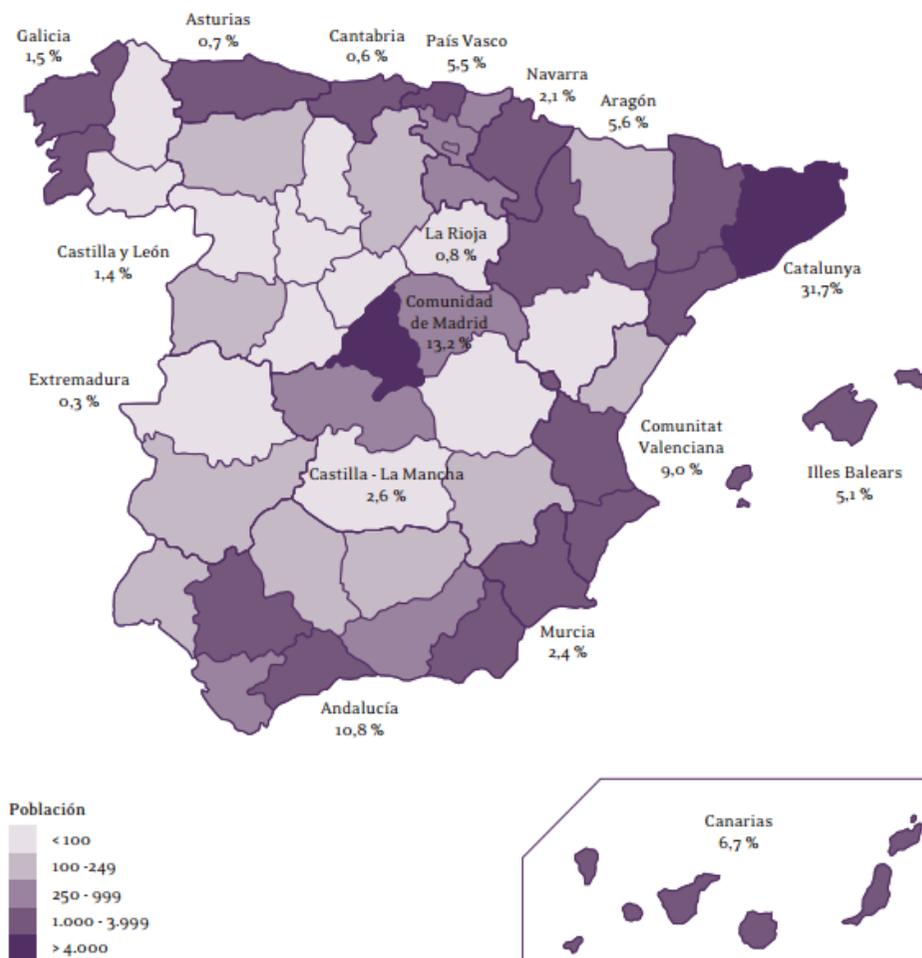


Los movimientos migratorios favorecen la expansión geográfica de la MGF. En Europa, no hay un criterio estándar para medir la prevalencia de la práctica, debido a la falta de consenso sobre metodologías y fuentes de información. Sin embargo, algunos estudios han producido estimaciones del número de mujeres sometidas a MGF en países de destino como Bélgica (Dubourg et al. 2011), Francia (Andro y Lesclingand 2007) e Italia (Istituto Piepoli 2009).

En España, cada cuatro años se actualiza un mapa sobre MGF que localiza, geográficamente y demográficamente, a las mujeres provenientes de países en los que se practica (Kaplan, Merino y Franch 2002; Kaplan y López 2010, 2013; GIPE/PTP 2006). Esta herramienta permite realizar comparaciones en el tiempo de los movimientos migratorios. Así mismo, resulta de gran ayuda para las y los responsables políticos del diseño y ejecución de programas locales de prevención de la MGF y atención a mujeres y niñas afectadas.

Portugal y Bélgica también disponen de mapas de prevalencia de la MGF, los cuales aportan información detallada valiosa respecto a las políticas de salud y aumentan los conocimientos sobre las ubicaciones geográficas de mayor probabilidad de alta concentración de casos de MGF. Los mapas que se reproducen abajo dan una estimación del número de niñas menores de 15 años residentes en Portugal y en Bélgica que han sido sometidas a MGF o que se encuentran en riesgo de serlo (Mapas 4 y 5).

Mapa 3: La MGF en España



Fuente: Kaplan, Adriana, y Antonio López. 2013. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012. España: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 2. Servei de Publicacions.



A.A.



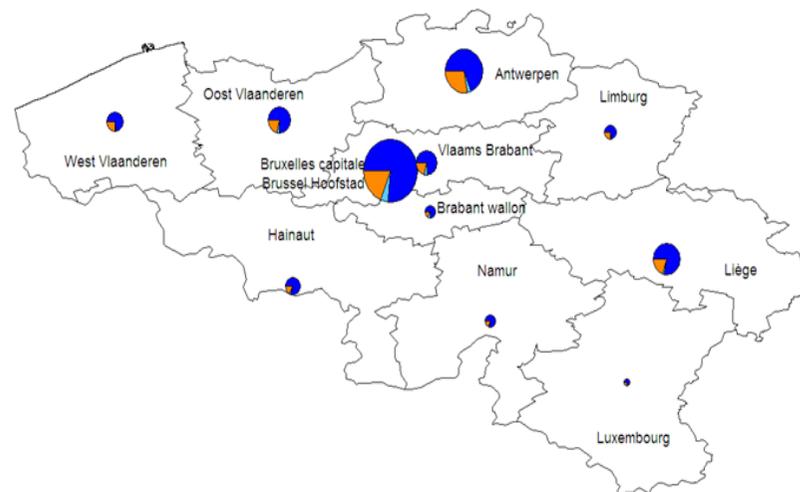


Mapa 4: La MGF en Portugal



Fuente: Teixeira, Ana Lucía. 2016. "Estimating the prevalence of female genital mutilation in Portugal." Public Health 139:53-60.

Mapa 5: La MGF en Bélgica



MGF
Nacidas en un país donde se practica la MGF

MGF
Nacidas en un país donde no se practica la MGF

MGF
Nacidas en Bélgica (0-14 años)

Fuente: Dubourg, Dominique, Fabienne Richard, Els Leye, Samuel Ndamé, Tien Rommens, y Sophie Maes. 2011. "Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium." The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 248-57.



A.A.





6. Aspectos críticos de la penalización de la MGF

Julia Roper Carrasco (URJC)

Diferenciación previa: países de origen y países en los que la práctica se ha extendido a través de los flujos migratorios

La intervención del Derecho Penal como mecanismo de respuesta y de prevención frente a la MGF suscita numerosos problemas que todavía no han sido satisfactoriamente resueltos y que han de ser tenidos en cuenta. La comprensión de los mismos depende de una previa diferenciación entre dos ámbitos contextuales en los que la situación política, jurídica y social es notablemente diferente.

Por un lado, en las regiones del mundo donde la MGF se encuentra más extendida, como Egipto y países de África Subsahariana, la dificultad más significativa a la que hacer frente es la falta de eficacia del derecho penal: a pesar de que muchos de estos países, ante la presión internacional, han prohibido expresamente las mutilaciones, en la práctica estos hechos no se persiguen por distintas razones. En algunos casos, es la falta de medios para hacer frente a una política de prevención necesaria para garantizar la efectividad de la prohibición; en otros, la debilidad de las estructuras del Estado o la corrupción abonan el desinterés por un tema que no resulta prioritario; en la mayoría de países, a todos estos factores se suman las dificultades de carácter social y cultural para transformar tradiciones

arraigadas en las estructuras tribales, en las que el individuo tiene un valor relativo frente al poder de la comunidad (Kaplan 2003, 21).

La ineficacia del derecho penal en los países de origen contribuye a la consolidación de la práctica en los mismos, al extenderse la creencia de que, al margen de lo dispuesto en las leyes, existen otras normas morales, sociales o culturales que, además de ser válidas, tienen prevalencia sobre las legales (Roper Carrasco 2001, 1395-96).

Esta convicción acompaña a las personas migrantes hasta el mundo occidental y funda la pretensión de ostentar un derecho a una identidad cultural mediante la conservación de las propias tradiciones. Al igual que ocurre con otras prácticas (como puede ser el ayuno en Ramadán o vestir ropa tradicional), el desarraigo y la vulnerabilidad de las personas migrantes impulsan la necesidad de reafirmar dicha identidad para fortalecer su dignidad como persona. Sin embargo, el choque entre esta pretensión y la realidad de los países de destino es mucho más dramático cuando hablamos de MGF, dado que mientras el uso del velo en países occidentales está más o menos admitido, la MGF es una práctica que provoca repulsión en la sociedad de acogida, y el sentimiento de desaprobación, enfatizado por el etiquetamiento que representa la intervención penal, envuelve no sólo a las víctimas más directas, las niñas mutiladas o en riesgo de serlo, sino también a sus padres y familiares (Sanz Mulas 2014, 11-38).



A.A.





El derecho penal frente a la MGF en el mundo occidental. Punto de partida: la inexcusable prohibición penal

La intervención del derecho penal en la lucha contra la MGF es irrenunciable. Las mutilaciones genitales constituyen un grave atentado contra bienes jurídicos fundamentales, como son la integridad física y, en una concepción más amplia, la salud (incluyendo la salud psíquica, el bienestar físico y el pleno disfrute de la sexualidad y de la maternidad). La amenaza de la pena resulta un medio necesario para que se extienda la convicción (de forma específica, entre las comunidades en las que la MGF está arraigada) de que las mutilaciones representan una forma de lesión grave sin que el carácter de costumbre cultural que se adjudica a estas prácticas pueda justificarlas (Roper Carrasco 2003, 372-74).

La protección de los bienes jurídicos y de los derechos fundamentales por encima de cualquier práctica consuetudinaria (por mucho que se considere una manifestación cultural) aparece recogida en numerosas normas de derecho internacional. La Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de 1993, estableció en su artículo 4 que los Estados no deben invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de eliminar la violencia contra la mujer. Después, otros instrumentos internacionales, a nivel mundial o regional (especialmente la Unión Europea y el Consejo de Europa), consolidaron este principio.

La MGF representa además un acto de violencia de género, tal y como se recoge en el Derecho Internacional, al constituir una práctica violenta, con

lesión de la integridad física y la salud, que se funda en razones de género (Sanz Mulas 2014, 11-42; Mestre i Mestre y García Añón 2008).

La necesidad de advertir las consecuencias de la intervención penal

Cabe esperar que la intervención penal consiga su fin esencial que es la prevención, de modo que la tipificación expresa de la MGF tenga un efecto disuasorio y contribuya a la erradicación de la práctica. Pero al lado de este efecto positivo, resulta necesario y ético advertir otras posibles consecuencias de la aplicación del derecho penal (Leye y Deblonde 2004, 44).

El recurso al derecho penal conlleva un coste, pues el instrumento del que se vale, la imposición de la pena, no sólo representa la limitación de derechos fundamentales sino que se trata de una medida que suele acompañarse de un proceso de marginación social (Fusaschi 2014, 101), que se define como sigue:

Si las y los migrantes cuyas hijas han sido sometidas a MGF advierten que pueden ser perseguidos por la justicia, entonces renunciarán a trasladar a su familia al país de destino, obstaculizándose la reagrupación familiar (Llabrés Fuster 2006, 70). Una vez en el país de destino, es posible que intenten evitar las ocasiones que favorecen la detección, como son las revisiones médicas.

En segundo lugar, tampoco queda claro que la incriminación de los padres y madres como promotores de la mutilación no vaya a dejar a las menores



A.A.





en una situación de mayor desprotección, teniendo en cuenta además las precarias circunstancias socio – económicas en la que estos colectivos suelen encontrarse (Sanz Mulas 2014, 31).

Por otra parte, también cabe el riesgo de que la incriminación favorezca, al menos en un principio, una consolidación de estas prácticas entre las comunidades que las practican, en el afán de reafirmar su identidad (Foblets 2006, 310).

Por último, se puede esperar que a la habitual repudia social que toda condena penal conlleva, se una, desde la errónea suposición de una superioridad cultural, una mayor marginación de los colectivos de migrantes asociados a la práctica de la MGF (Herrera Moreno 2002, 51).

Una intervención del derecho penal con el menor coste posible

La incriminación de la MGF no debe constituir la única forma de combatir esta práctica. Los programas de educación, prevención y protección de niñas y mujeres, enfocados a generar un cambio en las creencias y comportamientos y a dar asistencia a las personas migrantes afectadas, buscan una protección más completa de todos los intereses afectados. Éste es el motivo por el que la penalización expresa de la MGF debe insertarse en programas más amplios que garanticen la preservación de los distintos bienes jurídicos implicados (Torres Fernández 2005, 960).

Si esto no se produce, se corre un doble riesgo: por un lado, que la MGF sea procesada sin mitigar las posibles repercusiones negativas de la persecución penal (Kaplan 2003, 30); o que, con el propósito de eludirlas, se renuncie a la denuncia de los casos de MGF o a la imposición de sentencias condenatorias.

7. Enfoque integral hacia el abandono de la MGF

Els Leye (VUB)

Dada la complejidad del fenómeno de la MGF, es importante abordarla desde distintos niveles. En las políticas sobre violencia de género (incluyendo la MGF), se adopta habitualmente un enfoque integral, llamado enfoque de las cinco “P”, que aborda la prevalencia, la prevención, la protección, la persecución y la provisión de servicios (IEIG 2013).

Como la prevalencia de la MGF se ha debatido anteriormente (Leye; véase [Capítulo 2.4. Prevalencia de la MGF](#)), nos centraremos en este apartado en las cuatro “P” restantes: prevención, protección, persecución y provisión de servicios.

Prevención

El trabajo de prevención de la MGF debe afrontar los patrones de comportamientos socioculturales profundamente arraigados que están



A.A. >





al origen de la práctica, tanto en la Unión Europea como en los países de origen (IEIG 2013). El Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica 2010 del Consejo Europeo, o Convenio de Estambul, define la prevención como “el desarrollo de medidas necesarias para promover los cambios en los modos de comportamiento socioculturales de las mujeres y los hombres con vistas a erradicar los estereotipos y prejuicios, costumbres, tradiciones y cualquier otra práctica basada en la idea de la inferioridad de la mujer o en un papel estereotipado de las mujeres y los hombres. Ello implica fomentar un entorno favorable para mujeres y niñas y lograr su empoderamiento. Así mismo, supone el refuerzo de las instituciones para que estén en posición de dar respuesta a la violencia contra las mujeres” (Consejo de Europa – Amnistía Internacional 2014).

Existe un amplio abanico de actividades que se pueden llevar a cabo con el fin de prevenir la MGF. Entre las más comunes destacamos: ofrecer una mayor conciencia y sensibilización entre los grupos objetivos (incluidos los hombres y niños), formar a las y los profesionales sanitarios, establecer intervenciones a cargo de las comunidades, emitir declaraciones públicas contra la MGF, utilizar los medios de comunicación para transmitir mensajes, empoderar a mujeres y niñas, abordar los estereotipos de género y asegurar que la cultura, las costumbres, la religión, la tradición y el así llamado “honor” no sean invocados con el fin de justificar cualquier acto de violencia (Johansen et al. 2013). Las actividades de prevención están centradas en generar cambios en los comportamientos hacia el

abandono de todas las formas de MGF. Sin embargo, la realidad es que los recursos destinados a las organizaciones comunitarias que trabajan en la prevención de la MGF son limitados, lo que explica que las actividades que apuestan por el cambio en los comportamientos a largo plazo sean demasiado escasas (IEIG2013).

Protección

La protección frente a la MGF abarca tres tipos de acciones: la protección de las niñas y mujeres con el fin de evitar que sean sometidas a esta práctica, la protección de quienes ya han sido sometidas a la misma contra el riesgo de sufrir más daños, y la protección internacional de unas y otras a través del derecho de asilo.

- Protección a las niñas: Las niñas en riesgo de sufrir una MGF deben ser protegidas de manera adecuada. Entre las y los profesionales que trabajan con niñas en situación de riesgo se encuentran: el personal docente, el personal sanitario, la policía, los trabajadores y trabajadoras sociales y agentes de protección infantil. La mayoría de los países europeos cuentan con una legislación de protección de menores, que puede emplearse para proteger a una niña contra la MGF. Sin embargo, es preciso que las y los profesionales que se enfrentan a la MGF conozcan tanto los factores de riesgo como los mecanismos legales y de protección que tienen a su disposición a nivel nacional o regional (IEIG 2013). A este respecto, es importante tomar en consideración las cláusulas de



A.A.





secreto profesional que regulan la obligación de denunciar los casos de abusos a menores.

- Protección de las víctimas de MGF: Se debe facilitar a las víctimas de MGF una serie de servicios especializados que incluyen servicios legales, psicológicos y de asistencia social y sanitaria, con el fin de asegurar su recuperación del trauma padecido y prevenir las consecuencias de las MGF en la salud, de acuerdo con lo estipulado por la Comisión de Naciones Unidas sobre la Condición de las Mujeres (2011). Para mayor información, véase abajo lo relativo a la provisión de servicios.
- Protección internacional: Según la Convención de Ginebra de 1951, tanto las víctimas de MGF como sus víctimas potenciales pueden ser consideradas como un “grupo social”. La MGF está reconocida como una forma de violencia contra las mujeres, asimilable a la persecución por motivos de género o persecución específica del niño, por lo que constituye un motivo para solicitar el asilo. Esto implica que las niñas y mujeres que sido sometidas a la MGF o están en riesgo de serlo, pueden solicitar la condición de refugiadas de acuerdo con la Convención de Ginebra (ACNUR 2009; Consejo de Europa y Amnistía Internacional 2014).

Persecución

La MGF ha sido ilegalizada en muchos países. Sin embargo, el número de condenas sigue siendo limitado (Leye et al. 2007; Johnsdotter y Mestre

i Mestre 2015), por un lado debido a las dificultades a la hora de recabar pruebas suficientes para llevar un caso ante los tribunales, y por otro, por los obstáculos que permanecen para detectar casos de MGF (Leye et al. 2007). Se admite de manera generalizada que la ley por sí sola no puede frenar la práctica de la MGF, y que los esfuerzos en el ámbito penal deberían ir de la mano de la prevención, la protección y la provisión de servicios. La persecución judicial de la MGF forma parte integral de cualquier política de lucha contra la violencia de género con enfoque basado en los derechos humanos (EIGE 2013). El Convenio de Estambul, por ejemplo, exige que estados adopten “las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que la investigación y los procedimientos judiciales relativos a todas las formas de violencia (...) [incluida la MGF] se lleven a cabo sin demoras injustificadas” (art. 49).

La existencia de leyes penales que criminalizan la MGF contribuye a crear un entorno favorable a la adopción de medidas contra la práctica. Da una base legal a la acción preventiva y brinda protección jurídica a las mujeres y niñas, a la vez que puede disuadir a las escisoras/circuncidadoras y a las familias de someterlas a la MGF (Johansen et al. 2013). No se debe sin embargo obviar que la investigación social sobre la aplicación de las leyes penales relativas a la MGF ha puesto al descubierto una serie de dificultades (Leye et al. 2007; Johnsdotter y Mestre i Mestre 2015), evidenciando que no está garantizado su impacto en el anhelado abandono de todas las formas de MGF por las comunidades que la practican.



A.A.





Provisión de servicios

La asistencia a mujeres y niñas que han sido sometidas a MGF y a aquellas en riesgo de serlo, abarca una gran variedad de actores y servicios. Dada la diversidad de los sectores implicados (agencias de protección infantil, policía, asistencia sanitaria, centros educativos, ONG y Fiscalía), su cooperación ha de ser efectiva. Entre los servicios a prestar, están el asesoramiento legal, psicológico y sexual, las ayudas económicas y la asistencia sanitaria y social. Dichos servicios pueden ser generales (por ejemplo, los que están a disposición del público en general, como la asesoría legal) o especializados (por ejemplo, las clínicas especializadas en MGF que existen en Bélgica).



A.A.





Capítulo III

Medicina, Enfermería y asistencia en el parto



A.A.





Capítulo III

Medicina, Enfermería y asistencia en el parto

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

1. Concienciar a futuros y futuras profesionales de la salud acerca de la importancia de adoptar un enfoque sensible y holístico en la atención a mujeres afectadas por la MGF o en situación de riesgo;
2. Familiarizar a futuros y futuras profesionales con casos reales de MGF para facilitar una mejor comprensión de su complejidad y una mejor atención a mujeres y niñas afectadas por la MGF o en situación de riesgo; y
3. Desarrollar conocimientos útiles para la gestión técnica y clínica de las complicaciones provocadas por la MGF.

SUMARIO

1. Atención a mujeres y niñas con MGF o en situación de riesgo
(Maya Pellicciari y Sabrina Flamini, Angelo Celli)
 - 1.1. Personal sanitario y casos de MGF
 - 1.2. Cómo atender a mujeres y niñas con MGF
 - 1.3. Cómo reconocer/identificar modificaciones genitales
 - 1.4. Gestión de los casos e implicaciones ético-profesionales
 - 1.5. La obligación de denunciar los casos de MGF
2. Intervención preventiva ante la MGF
(Nora Salas Seoane, Wassu-UAB)
 - 2.1. El papel crucial de la intervención preventiva
 - 2.2. Intervención preventiva: quién y cómo
 - 2.3. Herramientas para la prevención de la MGF
3. Gestión clínica de la MGF y de sus complicaciones
(Els Leye, VUB)
 - 3.1. Gestión de las complicaciones a largo plazo, incluyendo el queloide, fístula, incontinencia, abscesos, neuroma clitoriano y quistes *(FOD Volksgezondheid 2011)*
 - 3.2. Desinfibulación *(FOD Volksgezondheid 2011; Organización Mundial de la Salud 2016)*
 - 3.3. Asesoramiento y terapia psicosexual
 - 3.4. Cirugía reconstructiva del clítoris tras la MGF
 - 3.5. Ejemplos de servicios de asistencia sanitaria y directrices disponibles en Europa



A.A.





Existen varias formas de abordar el cuerpo, la salud y la enfermedad. Este capítulo se centra en la asistencia a mujeres que han sido sometidas a la MGF y en la prevención de la misma entre pacientes en situación de riesgo, desde una perspectiva de atención sanitaria primaria integral, social y culturalmente aceptable. Dada la complejidad de la MGF, se considera que este enfoque resulta más apropiado que las perspectivas biomédica, hospitalaria y centrada en las enfermedades.

1. Atención a mujeres y niñas con MGF o en situación de riesgo

Maya Pellicciari y Sabrina Flamini (Fundación Angelo Celli)

1.1. Personal sanitario y casos de MGF

Los síntomas y las enfermedades, aunque tienen un origen biológico, son percibidos de forma subjetiva por los y las pacientes: la enfermedad y, con ella, las sensaciones de dolor, cansancio, debilidad, malestar, aflicción, confusión, temor o expectativas de recuperación, constituyen una experiencia muy personal que puede ser influenciada por varios factores no relacionados con la enfermedad en sí, como son las creencias culturales. Puede que los síntomas descritos no sean confirmados por el diagnóstico médico o que el diagnóstico no concuerde con las sensaciones y percepciones del o de la paciente. Esta discrepancia puede mermar seriamente las probabilidades de “éxito” de la consulta, reconocimiento y tratamiento. Las personas pueden percibir los síntomas y/o enfermedades

de un modo totalmente distinto al personal sanitario. La perspectiva biomédica tiende a ser reduccionista porque omite el marco sociocultural en el que los síntomas y/o enfermedades aparecen y se desarrollan.¹¹

Aunque la MGF es una práctica cultural, el personal sanitario puede estar tentado de tratarla meramente como un síntoma o una enfermedad. Puede incluso sorprenderse de que algunas mujeres con MGF se consideren totalmente normales y sanas y no quieran recibir asistencia médica por algo que, desde un punto de vista estrictamente biomédico, es considerado como un síntoma. La normalidad no debe tomarse como un concepto universal, sino como una perspectiva basada en valores, normas y representaciones culturalmente determinados, incluso cuando se trata de cuestiones aparentemente neutrales como fenómenos naturales, orgánicos o médicos.

DILEMA:
¿Qué es lo normal? ¿Qué es lo patológico? ¿Cuál es el papel del personal sanitario en casos similares?

La biomedicina considera los problemas urinarios como un síntoma que requiere cuidados médicos. Sin embargo, en algunos casos, la infibulación se realiza para conseguir un flujo urinario lento y en forma de goteo. Se confirma así el éxito en la construcción de un



A.A.





cuerpo femenino diferenciado del cuerpo masculino, caracterizado por un flujo urinario rápido y abundante. En este caso, preguntar a la paciente si orina “normalmente” no es apropiado. La respuesta estará condicionada por lo que ella considera “normal” y puede no ser útil para que el personal sanitario emita un diagnóstico correcto. La pregunta “¿Cuánto tiempo necesita para orinar?” es más útil y esquiva los prejuicios culturales.

La MGF no es una enfermedad. Las siglas MGF se refieren a un conjunto de modificaciones genitales que no siempre tienen consecuencias en la salud y que pueden no dar lugar a síntomas y enfermedades. Cuanto más invasiva es la práctica (por ejemplo, la infibulación), más graves pueden ser sus consecuencias para la salud.

En la mayoría de los casos, las afectadas no se ponen en contacto con los servicios de salud para pedir de forma explícita ser atendidas porque han sido sometidas a la MGF. A menudo, ni siquiera saben que esta práctica puede afectar a la salud. Por lo general, hay tres tipos de situaciones en las que el personal sanitario tiene la posibilidad de detectar casos de MGF:

1. La paciente acude a los servicios de salud por motivos no relacionados con la MGF, pero ésta es diagnosticada en el transcurso de la

examinación (por ejemplo, durante una exploración de los genitales en una consulta pediátrica rutinaria, una revisión dermatológica o una consulta, revisión o visita ginecológica o prenatal) o durante la recogida de datos para la elaboración del historial médico o psicológico.

2. La paciente acude a los servicios de salud por síntomas relacionados con la MGF (por ejemplo, por problemas urinarios, cólicos, dolor menstrual o problemas sexuales), aunque no sea consciente de la relación existente entre unos y otra.

3. La paciente acude a los servicios de salud para cuestiones que ella asocia explícitamente a la MGF. Podría tratarse de: (a) peticiones improcedentes (por ejemplo, unos padres que demandan que se le practique la MGF a su hija o una mujer embarazada que pide ser reinfibulada después de dar a luz); (b) peticiones de tratamiento de síntomas relacionados con la MGF; (c) peticiones de que se realice una desinfibulación o una reconstrucción de clítoris; (d) peticiones de certificación ginecológica si la paciente es demandante de asilo (en aquellos países donde sea posible).

Cada situación conlleva distintos grados de adhesión y participación de la paciente a los servicios de salud y requiere por parte del personal sanitario, diferentes actitudes, comportamientos e intervenciones.



A.A.





EJERCICIO: JUEGO DE ROL/DEBATE

Para cada uno de los casos mencionados trate de imaginar todas las situaciones posibles mediante el juego de roles o debates en equipo.

EL CASO DE LIZA

Liza es una nigeriana de 31 años que llegó a Italia en busca de asilo político con su marido y su hija de tres años. La certificación médica reza que tiene una MGF de tipo II, pero ella no recuerda nada al respecto. Habla de la escisión como algo "natural" y obvio, aunque refiere problemas sexuales que relaciona con la intervención en cuestión. Durante la primera visita pediátrica de su hija, Liza pregunta de forma ingenua dónde y quién podría practicar la escisión a la niña. Durante otra entrevista, en este caso con un/a antropólogo/a, revela las razones de su petición: intenta encontrar un remedio para la sensibilidad excesiva de la niña cuando le toca los genitales mientras la baña, lo cual considera que es producto de unos genitales externos demasiado grandes.

Fuente: Archivos del Centro para el estudio y la prevención de la MGF de Umbría (Italia) 2016.

1.2. Cómo atender a mujeres y niñas con MGF

Debido a la presencia de población migrante o refugiada en Europa, es muy probable que en el ejercicio de su trabajo, el personal sanitario entre en contacto con mujeres o niñas con MGF. En tales casos, una reacción adecuada puede contribuir a establecer una buena relación con la paciente e incrementar su grado de conformidad con la actuación del personal sanitario. Para ello, las y los profesionales de la salud tienen que ser conscientes de que tanto el lenguaje verbal como el no verbal (expresiones faciales, gestos, silencios, comentarios, tonos de voz y terminología médica) pueden ser malinterpretados por las pacientes y que unas reacciones precipitadas pueden afectar negativamente las relaciones que se establecen en el marco de la atención sanitaria.

Cabe señalar que el personal sanitario es constantemente observado por la paciente, de forma que sus actitudes y comportamientos pueden causar preocupación, ansiedad, vergüenza o indignación. Se recomienda extremar la sensibilidad y la prudencia, evitando cualquier reacción que por muy inocua que parezca, podría en realidad ser interpretada como una actitud discriminatoria o ser percibida como estigmatizante u ofensiva.

1. Las reacciones de espanto o escandalizadas se pueden encontrar a veces en profesionales inexpertos que no están suficientemente preparados para tratar o abordar el tema de la MGF.



A.A.





2. Los y las profesionales de la salud adoptan también a veces actitudes de reproche o victimización hacia la paciente. Suelen ser el producto de una mirada eurocéntrica y paternalista hacia lo diferente, inesperado o desconocido, lo que se considera inferior o “extraño”, con necesidad de salvación o conversión.
3. Aunque pueden parecer inofensivas, las reacciones de sorpresa, sarcasmo o curiosidad excesiva del personal sanitario, en general, provienen de una visión exótica y sensacionalista de la diversidad, lo que provoca que la paciente se sienta estafalaria y ridícula.

EXTRACTO DE ENTREVISTA (BAGAGLIA ET AL. 2014, 60)

“La primera vez que me visitó, en cuanto me tumbé, el ginecólogo se conmocionó y exclamó, ‘¡Oh, señora! ¿Qué le ha ocurrido? ¿Se ha quemado?’ y le contesté, ‘¡No! ¡Está cosido! ¡¿No aparece eso en sus libros?! Usted es médico, en los manuales hablan de eso’, porque mi marido era médico, y me lo explicó. Le dije: ‘¿¿No hay manuales sobre esta cuestión africana?!’ Y me contestó, ‘¡No, nunca he oído nada sobre esto!’. ‘¡Pues ya va siendo hora de que esté en los libros porque ahora somos muchas aquí en Europa!’”(Mujer de Somalia de 70 años).

EXTRACTO DE ENTREVISTA (BAGAGLIA ET AL. 2014, 59)

“Vino y me visitó una doctora, entonces llamó a la enfermera y a otros doctores ¡Vinieron muchos! Me lo tomé muy mal porque dijo exactamente, ‘¡Venid, mirad qué espectáculo!’ Estaba hablando de la escisión y de la depilación del vello púbico. También, en otra clínica, había un doctor que no podía entender lo que era, pero allí estaba su amiga, una enfermera negra, que le dijo, ‘Mire, para usted es una novedad, ¡pero en nuestro país esto existe!’”(Mujer de Etiopía de 38 años).

Cuando la paciente está confrontada a este tipo de actitudes y comportamientos, se puede sentir rechazada o juzgada y tener el sentimiento de que encarna unos valores o tradiciones equivocadas. En consecuencia, podría descartar futuros contactos con los servicios de salud o reaccionar posicionándose a favor de la MGF, aun cuando con anterioridad hubiera criticado dicha práctica o hubiera demostrado ser receptiva ante el abandono de la misma.

Así mismo es conveniente prestar especial atención a la terminología empleada, ya que a veces la paciente desconoce los términos técnicos al uso para referirse a la MGF. Las pacientes pueden sentirse molestas con palabras como “mutilación” que perciben a menudo como un término



A.A.





etnocéntrico, despectivo y discriminatorio. Resulta más eficaz referirse de forma general a la “circuncisión femenina”, “ablación” o “corte” o incluso utilizar las palabras en el idioma de la paciente.¹²

EJERCICIO: JUEGO DE ROL

Represente la relación entre un/a profesional de la salud y una paciente con MGF.

1.3. Cómo reconocer/identificar modificaciones genitales

La clasificación de la OMS (Kaplan y Salas; véase [Capítulo 1.1. Definiciones, terminología y tipos de MGF](#)) es una herramienta útil tanto para identificar las el tipo de MGF practicado como para determinar su gravedad. Sin embargo, dado que la MGF representa un conjunto de intervenciones no estandarizadas y a menudo realizadas a una edad muy temprana, la apariencia de los genitales intervenidos no siempre se corresponde exactamente con la tipología establecida por la OMS y el personal sanitario puede experimentar dificultades para ceñirse a esta clasificación. Una observación atenta, junto con un historial médico preciso y sensible a la cultura de la paciente, es fundamental para poder identificar hasta las formas menos invasivas de MGF.

Las capacidades de detección de los y las profesionales de la salud son factores clave para prestar una adecuada atención a las niñas y mujeres que han sido sometidas a MGF. Deben adquirir los conocimientos y habilidades para detectar y describir correctamente las alteraciones observadas, por las siguientes razones:

- Es la condición previa para realizar un buen diagnóstico de cada caso y tomar así las decisiones que más le convienen a la paciente.
- Ayuda a no sobredimensionar la importancia de la MGF cuando la paciente tiene prioridades más acuciantes.

EL CASO DE SARAH

Sarah tiene 23 años, pero parece más joven. Se marchó de Nigeria hace cuatro años y, después de pasar dos días en una patera, llegó a Italia y desembarcó de forma clandestina en Lampedusa. Es reacia a hablar del viaje, solo insinúa que ha sido una experiencia dura y dolorosa que no quiere recordar.

Sarah vive en un pequeño piso con mucha gente. Alguien le dijo que debería denunciar a la persona que la empujó a prostituirse para



A.A. >





conseguir el permiso de residencia, pero ella asegura que no hay nadie a quien denunciar. Siente que está en un callejón sin salida del que le gustaría escapar, pero no sabe cómo hacerlo.

Sarah busca constantemente un trabajo –estable– que le permita escapar del trabajo sexual y así regularizar su situación en Italia. Cuando le preguntamos qué clase de trabajo le gustaría hacer, contesta, “lo que sea, ¡cualquier clase de trabajo!” Nos imaginamos que está deseando saber si nuestra reunión le puede proporcionar algo – ¿un trabajo? ¿Un sitio en el que quedarse? ¿Un permiso de residencia? ¿Información útil? ¿Qué decepción cuando empezamos a hablar de la circuncisión femenina! “¡Oh!” dice, ¿así que era esto lo que nos interesaba? ¿Esta es la razón de nuestro interés? ¿De verdad creemos que esto es lo que necesita? La tensión disminuye, las expectativas se hacen añicos. La voz se vuelve más relajada, Sarah sonríe, sorprendida cuando se da cuenta de que no estamos circuncidadas, de que nuestros genitales no han sido modificados ni embellecidos a diferencia de los suyos (Bagaglia et al. 2014, 33-34).

marcas de incisión refuerza indirectamente la idea de que esta forma de MGF no es tan dañina, por lo que en ausencia de la correspondiente intervención preventiva, las familias podrían fácilmente realizar este tipo de prácticas a sus hijas).

Es necesario aportar la certificación legal en los casos de petición de asilo por motivo de MGF.¹³ Por ello, es fundamental que el personal sanitario utilice la terminología de la OMS de manera a evitar malentendidos.

MARCOS LEGALES SOBRE ASILO POR MOTIVO DE MGF

ITALIA: *En Italia, haber sufrido una MGF (o simplemente estar en situación de riesgo) da derecho a que se reconozca el estatus de refugiada por persecución basada en el género (Convención de Ginebra; protocolo nº 251/2007, artículos 2 y 7). Las solicitantes de asilo identificadas como víctimas de MGF se consideran “personas con necesidad de cuidados específicos” que deben ser reconocidas y atendidas por los servicios de salud gubernamentales (Acto legislativo nº 142/2015, artículo 17). El certificado médico constituye una prueba que permite identificarlas como tal.*

- Permite no subestimar a la paciente y no perder la oportunidad de realizar una acción preventiva con su familia, incluso en los casos de MGF aparentemente menos invasivos (por ejemplo, la ausencia de



A.A.





ESPAÑA: De acuerdo con la Ley 12/2009 de 30 de octubre de 2009 reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, las solicitantes de asilo pueden obtener el estatus de refugiadas cuando son víctimas de persecución por motivos de género incluyendo la violencia física, psíquica o sexual y los “actos de naturaleza sexual que afecten a adultos o a niños”. No se nombra específicamente la MGF, pero se entiende que está incluida en estas formas de persecución. La concesión del asilo depende del caso y de la documentación presentada.

BÉLGICA: La posibilidad de ser sometida a una MGF constituye un motivo para conseguir el estatus de refugiada. Las mujeres pueden solicitar asilo si están en situación de riesgo de ser sometidas a la MGF (en el caso de que no lo hayan sido previamente) o a una forma de MGF más grave de la que tienen, o si temen que sus hijas sean sometidas a la práctica. Es necesaria la presentación de un certificado médico.

PORTUGAL: Las solicitantes de asilo reconocidas como víctimas de una MGF se consideran “solicitantes con necesidades especiales” de acuerdo con la Ley nº26/2014, artículo 2, párrafos a) a g). Esta

ley sostiene en su artículo 5 que los actos de violencia sexual y los “actos cometidos sobre la base del género o contra los menores” son actos de persecución, lo que constituye la base para solicitar asilo político y obtener el estatus de refugiado/a. Para que se conceda la protección internacional, es necesario aportar pruebas y testigos.

1.4. Gestión de los casos e implicaciones ético-profesionales

Una vez se ha identificado correctamente un caso de MGF, el personal sanitario puede, dependiendo de la gravedad del caso y de la voluntad y/o conformidad de la paciente, emprender diferentes acciones que van desde la prevención de la práctica entre las demás niñas y mujeres de la familia de sexo femenino (hijas, hermanas, etc.), hasta la cirugía reparadora de los genitales de la paciente.

Dadas la complejidad de la MGF y las consecuencias negativas que puede tener en la salud física y psicológica de la paciente (Leye; véase [Capítulo 1.4. Consecuencias de la MGF](#)), el enfoque de la intervención debe ser multidisciplinar. Es aconsejable que el operador/servicio médico en cuestión forme parte de una red de profesionales más amplia o que



A.A.





derive a la paciente hacia un centro local multidisciplinar especializado en atención a MGF.

La prevención puede constituir el objetivo principal de la intervención sanitaria en todas las situaciones, teniendo en cuenta que, si se pretende lograr el abandono total de la práctica, debe ir dirigida a toda la familia, incluyendo a aquellos miembros que viven en el país de origen (Salas; véase la sección dos de este capítulo). Desde el punto de vista de la prevención, las y los pediatras en particular juegan un papel crucial puesto que tienen la posibilidad de supervisar aquellos casos de riesgo mediante reconocimientos periódicos de los genitales de las niñas y conversaciones en profundidad con sus familias.

Así mismo el tratamiento de los síntomas específicos que las pacientes asocian directa o indirectamente con la MGF representa una oportunidad para que el o la profesional de la salud aborde la cuestión de la prevención de la práctica en las hijas o hermanas pequeñas. También da pie a que el personal sanitario ofrezca cirugía reparadora a las pacientes. En caso de que los síntomas sean graves (Leye; véase la sección 3.2 de este capítulo), la intervención quirúrgica puede ser necesaria. La situación se vuelve más delicada cuando, ya por indicación del personal médico, ya por petición de las pacientes, se decide practicar una desinfibulación o bien una reconstrucción del clítoris. Estos pasos exigen que se dé una serie de requisitos: la total conformidad por parte de las pacientes, la posible implicación de familiares, un enfoque multidisciplinar y el asesoramiento constante durante todo el proceso, tanto para la toma de decisiones como

después de la intervención quirúrgica (Leye; véanse las secciones 3.3. y 3.4. de este capítulo).

La presencia de traductoras o traductores, antropólogas o antropólogos y otras mediadoras o mediadores comunitarios es altamente recomendable. Su contribución puede ser determinante para definir el recorrido a seguir y afianzar la continuidad y eficacia de la atención sanitaria.

1.5. La obligación de denunciar los casos de MGF

En muchos países europeos, el personal sanitario tiene la obligación de denunciar las lesiones corporales en el supuesto de que constituyan un delito penal. Si tenemos en cuenta el hecho de que la MGF abarca distintas prácticas con consecuencias sanitarias relativamente dispares (incluso en algunos casos inexistentes), este compromiso es un debate controvertido. Así, numerosos y numerosas profesionales de la salud optan por la objeción de conciencia, sobre todo cuando están convencidos de que la paciente fue sometida a MGF mucho tiempo atrás en el país de origen.

El personal sanitario tiene también el deber de informar a las pacientes y a sus familias acerca de los efectos de la MGF en la salud y de alertar de las implicaciones penales en las que incurren tanto quienes la practican como quienes la promueven o colaboran en ella. El diálogo y el establecimiento de relaciones de confianza a menudo se consideran preferibles a la denuncia de los padres, la cual puede acarrear consecuencias dramáticas para las menores, como el arresto domiciliario de los mismos, la retirada



A.A.





de la patria potestad y la consiguiente derivación de la niña a los servicios sociales. El mero hecho de mencionar esta posibilidad puede ser percibido como una amenaza y llevar a las familias a interrumpir la relación con el médico o médica (lo cual tiene consecuencias para la salud de la paciente) o incluso precipitar la huida del país, lo que acaba impidiendo que se reduzcan las tasas de MGF.

MARCOS LEGALES SOBRE LA OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR LOS CASOS DE MGF

ITALIA: La ley (Acto legislativo nº9/2006) define claramente la autoridad judicial como la única que tiene el poder de admitir los casos a trámite e insta a las funcionarias y funcionarios públicos (incluido el personal sanitario) a denunciar cualquier caso de MGF practicada o riesgo de mutilación, independientemente de la edad de la afectada (ser menor tiene la consideración de circunstancia agravante).

ESPAÑA: La MGF constituye un delito criminal grave (artículo 149.2 del Código Penal). Los padres pueden incurrir en una pena de seis a doce años de prisión y perder la patria potestad de su(s) hija(s). El código penal también considera punible el hecho de

permitir, colaborar a o practicar la MGF. Si la intervención se efectúa fuera del territorio español, la persona solo puede ser condenada si tiene la nacionalidad española o reside habitualmente en España (Ley orgánica 1/2014). Las y los profesionales de la salud tienen el deber de denunciar cualquier delito criminal del que tengan conocimiento, incluso en los casos en que una niña haya sido sometida a MGF fuera del territorio cuando los padres tienen la nacionalidad española o viven habitualmente en España.

BÉLGICA: En Bélgica, las y los profesionales no tienen el deber de denunciar los casos de MGF. El artículo 409 del Código penal contempla penas para quienes practiquen, intenten o faciliten la MGF.

PORTUGAL: El Código penal prevé una pena de dos a diez años de prisión para quienes practiquen la MGF (Ley nº 83/2015, artículo 144 a). Si la MGF es considerada un "delito contra la integridad física", la sentencia puede ser de hasta doce años (artículo 145) y todas estas penas pueden aumentar si la víctima fallece a consecuencias de la práctica (artículo 147). La ley se aplica incluso fuera del territorio portugués, ya que existe una cláusula de extraterritorialidad. La MGF es un crimen de ámbito público por lo que el personal sanitario, así como el resto de los ciudadanos y ciudadanas está obligados a denunciarlo ante las autoridades. No se precisa la denuncia de la víctima para iniciar una investigación criminal.



A.A.





2. Intervención preventiva ante la MGF

Nora Salas Seoane (Wassu-UAB)

2.1. El papel crucial de la intervención preventiva

La expresión “intervención preventiva sobre MGF” se refiere a cualquier acción de educación sobre la salud que el personal sanitario pueda emprender con el propósito de generar actitudes positivas que fomenten el abandono de esta práctica. El objetivo de esta intervención es impedir que las niñas o bebés sean sometidas a una MGF y mejorar la salud de aquellas mujeres y niñas que ya hayan sido sometidas a este proceso y sufran las consecuencias de la misma. Las intervenciones preventivas se realizan en el marco de las consultas médicas desde un enfoque amplio de educación sobre la salud, principalmente con las mujeres (madres o posibles madres de niñas) pero también con los hombres (es importante que estén presentes cuando sea posible) y las familias y comunidades de los países donde se practica la MGF (Kaplan, Toran y Bedoya 2006a; Kaplan, Moreno y Pérez Jarauta 2010a).

Se considera importante promover la capacidad de agencia de las usuarias del sistema de salud, siendo el objetivo de la intervención el empoderamiento de las pacientes de forma que adquieran el conocimiento necesario para poder tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos y sus vidas y sobre los cuerpos y las vidas de sus hijas. El papel del personal sanitario consiste en brindar información científica y clínica acerca de las consecuencias (a corto y largo plazo) de la MGF en la salud. Pueden jugar

un papel crucial en la prevención de la práctica gracias a la legitimidad que les da su estatuto de profesionales de la salud, encargados de cuidar de la salud de las familias (Kaplan, Salas y Mangas 2015).

Por todo ello, las y los profesionales de la salud deberían recibir una formación específica para ser capaces de abordar un asunto tan complejo y delicado como la MGF, dotado de un poderoso significado social para las comunidades que la practican. Los conocimientos sobre el trasfondo antropológico y las motivaciones sociales de la práctica son fundamentales para ayudar a deconstruirla con las familias y tener así más éxito en la intervención preventiva. Si el personal médico no está adecuadamente formado, no conseguirá identificar la MGF ni emprender una intervención preventiva apropiada, la cual debe tener en cuenta la identidad sociocultural de la usuaria así como su historia personal de migración. Cuando un miembro del cuerpo sanitario pide información a una paciente con MGF, deberá hacerlo siempre desde una actitud de respeto y apoyo emocional, dado que al indagar sobre la experiencia vivida y sus consecuencias, accede a una esfera altamente privada y dolorosa para mujeres y niñas que han sido sometidas a la práctica. La empatía, el diálogo, la creación de un clima de confianza y la disposición de un tiempo suficiente son elementos clave para que éstas compartan sus experiencias y puntos de vista sobre el tema. Generalmente, las mujeres están dispuestas a hablar si la intervención se realiza siguiendo estas pautas.

El personal sanitario tiene también el deber de informar a las pacientes sobre el marco legal relativo a la MGF en el país en el que residen. Por



A.A.





encima de todo, los y las profesionales tienen que apoyar a las familias a fin de ayudarlas a abandonar la práctica y proteger a sus hijas, ya que en sus países de origen, principalmente africanos, las comunidades ejercen una fuerte presión social sobre los padres y madres para que sometan a sus hijas a la MGF. Cabe señalar que las intervenciones preventivas tienen además un efecto en los países de donde proceden las pacientes, dado que permiten informar a los miembros de sus familias y comunidades de origen acerca de la naturaleza dañina de la práctica.

Los factores de riesgo más comunes de que una bebé o una niña pueda ser sometida a una MGF son los siguientes:

- Su familia procede de un país y/o pertenece a un grupo étnico que practica la MGF.
- Su madre y/o hermanas han sido sometidas a la MGF.
- Su familia tiene la intención de regresar a su país de origen y busca así el modo de integrarse en la comunidad.
- Su familia tiene la intención de viajar a su país de origen para pasar las vacaciones, para visitar a la familia ampliada y/o presentar a la nueva hija.
- Su familia expresa la intención de someterla a una MGF.
- Es muy importante hacer un buen diagnóstico de la situación antes de considerar que la niña está en situación de riesgo.

2.2. Intervención preventiva: quién y cómo

Las intervenciones preventivas se realizan principalmente en las siguientes áreas de la salud:

- Pediatras y enfermeras/os pediátricas/os;
- Médicas/os y enfermeras/os de medicina general;
- Medicina comunitaria; y
- Servicios de salud reproductiva (obstetras, ginecólogos/as, comadronas).

Los y las pediatras y enfermeras/os de pediatría tienen un papel crucial porque pueden trabajar con la familia en la prevención de la práctica desde el nacimiento de la niña y durante todo su ciclo vital. Los servicios de salud y los de salud reproductiva también pueden contribuir a la detección de las mujeres con MGF y valorar si necesitan ayuda al tiempo que pueden desarrollar acciones preventivas en el caso de que haya niñas o futuras bebés en la familia. El papel preventivo de médicos y médicas de medicina general o comunitaria es también muy relevante ya que pueden emprender intervenciones preventivas durante las consultas y las familias generalmente confían en ellos.

Las intervenciones preventivas después de intervenciones pueden clasificarse de la siguiente manera:

- **Intervención preventiva a largo plazo:** En general, se desarrolla mediante controles pediátricos después del nacimiento de la niña y durante su ciclo de vida. Se puede iniciar en los servicios de salud sexual



A.A.





y reproductiva durante los controles prenatales. Desde estos servicios se informará a la o al pediatra de que existe un riesgo potencial en una familia determinada.

- **Intervención preventiva específica:** Este tipo de intervención suele ser emprendida por los/las médicos/as y enfermeras/os de medicina general, pero pueden hacerlo desde otros servicios. Cuando el/la profesional encuentra una complicación que puede provenir de la MGF, aprovecha la oportunidad para hablar de ello y empieza así una intervención. Es preferible haber construido una buena relación con la paciente antes de hablar de la MGF. En su defecto, hay que ser cuidadoso/a, respetuoso/a y sensible.
- **Prevención comunitaria:** El personal sanitario puede hablar sobre las consecuencias para la salud de la MGF en conferencias o actividades organizadas con las comunidades. Las actividades grupales pueden ser muy beneficiosas si se hacen con los conocimientos adecuados y el respeto por la tradición, dado que pueden favorecer que se dé un debate más extenso acerca de la conveniencia de esta práctica en la comunidad.
- **Gestión de las consecuencias para la salud de la MGF:** El primer paso consiste en valorar el alcance del daño físico, psicológico y sexual y estudiar los posibles tratamientos. Si la mujer está embarazada o tiene la intención de quedarse embarazada, es importante valorar el grado de las complicaciones potenciales durante el parto. Si el futuro bebé es una niña, las intervenciones preventivas pueden empezar. Los y las

profesionales pueden ofrecer apoyo psicológico o derivar a la paciente a un servicio de asistencia psicológica. Puede tratarse de una paciente con complicaciones físicas y sexuales o una madre con sentimiento de culpabilidad que no quiera someter a una hija pequeña a la MGF, aunque con otra hija sí lo haya hecho, etc. Las chicas adolescentes, que necesitan información y asesoramiento sobre la sexualidad, pueden sentirse incómodas en una cultura (la de la sociedad de acogida) en que la MGF es rechazada (Kaplan, Salas y Mangas 2015).

2.3. Herramientas para la prevención de la MGF

Los elementos más importantes para que pueda proporcionarse una adecuada intervención preventiva son: conocimientos sobre la MGF, respeto, sensibilidad y sentido común.

Así mismo existen herramientas que pueden ayudar a efectuar intervenciones preventivas exitosas:

- **Compromiso preventivo¹⁴:** El compromiso preventivo es un documento pensado para que las familias consigan el apoyo de sus comunidades a su decisión de no practicar la MGF a sus hijas cuando viajen a los países de origen. En este documento, los padres y las madres se comprometen a cuidar de sus hijas durante el viaje, seguir las instrucciones de los centros internacionales de vacunación y evitar la realización de la MGF. Las familias muestran el documento "oficial" con los sellos del servicio



A.A. >





de salud a las y los ancianos y les dan a conocer las consecuencias que la práctica tiene en la salud, la prohibición de la que es objeto en las leyes de los países de destino, así como las terribles consecuencias que su realización entrañaría para la familia entera. El uso del compromiso preventivo ha dado muy buenos resultados en Gambia, Senegal y Guinea-Bissau.

- **Posters/guías/manuales:** Existe una amplia variedad de manuales y guías sobre la prevención y la gestión de la MGF escritos por profesionales de la salud de distintos países europeos. También están disponibles posters desplegable que pueden ser utilizados en todo tipo de consultas médicas.¹⁵
- **La importancia del registro en el historial médico:** Es importante registrar las intervenciones preventivas o la detección de la MGF en el historial clínico utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en la que está codificada la MGF. Debe consignarse si la mujer/niña ha sido sometida a esta práctica o si se encuentra en situación de riesgo. Ello favorece las intervenciones coordinadas con otros y otras profesionales de la salud cuando sea necesario, aunque a veces si no han recibido la formación adecuada, puede llevar a confusión (Kaplan, Salas y Mangas 2015).

UN EJEMPLO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN PEDIATRÍA

Este caso concierne a una familia egipcia que vive en la ciudad de Barcelona y tiene cinco hijos: cuatro chicas (22, 19, 16 y 14 años) y un niño (nueve meses). La pediatra lleva cinco años atendiendo a la familia, pero nunca pensó en la MGF hasta que recibió formación al respecto y descubrió que, en Egipto, esta práctica es preponderante. Decide, pues, hablar con la familia sobre el asunto e iniciar una intervención.

La madre y todas las hijas acuden a una revisión médica del niño más pequeño. La doctora pregunta con franqueza si la madre y las chicas han sido sometidas a una MGF. Tiene la suficiente confianza con la familia como para preguntarlo, con respeto y sensibilidad, después de haber recibido formación acerca de la MGF. La madre responde que, por supuesto, se han sometido a una MGF en el hospital –ella y las tres chicas mayores al ser una práctica normal, una tradición, en su país de origen–. La hija más joven no ha sido sometida a esta práctica, ya que recientemente Egipto lo ha prohibido por ley, dice.

En este caso, es beneficioso emprender una intervención preventiva a largo plazo con la familia. Piensan que la MGF es una buena



A.A.





práctica porque es parte de su tradición, siendo una creencia que la doctora puede deconstruir paso a paso, con la ayuda de argumentos científicos sobre las consecuencias que tiene en la salud.

La chica más joven no ha sido sometida a esta práctica porque la ley lo ha prohibido. Se podría preguntar a la familia cómo un país puede prohibir una práctica que es "buena" para las niñas y las mujeres. La chica podría ser sometida a una MGF durante un viaje a Egipto. Mediante la intervención preventiva se puede evitar que otras niñas de la familia sean sometidas a esta práctica. Por ejemplo, la hija mayor está a punto de casarse en Egipto, y si tiene una niña, podría realizarle esta práctica.

(Fuente: de un programa de asesoramiento de la Fundación Wassu-UAB sobre la MGF en un centro de atención primaria en Cataluña, España).

EJERCICIO: IDENTIFIQUE POSIBLES FORMAS DE SEGUIR CON LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN ESTA FAMILIA

Este caso concierne a una familia de Senegal. Tienen dos niños (nueve años, nacido en Senegal, y seis años, nacido en Cataluña) y una niña (cuatro años, nacida en Cataluña). La pediatra lleva seis años atendiendo a la familia, ganándose su confianza. Después de recibir formación sobre la MGF, decide iniciar una intervención. Pregunta a la madre si en su país de origen se practica la MGF. La madre contesta que sí, que ella fue sometida a este procedimiento, pero no quiere hacérselo a su hija. Cuando la pediatra le explica las consecuencias para la salud que la práctica podría conllevar, la madre asegura de nuevo que no quiere hacérselo a su hija. Sin embargo, cuando se va del centro médico, pregunta, "¿No sería bueno realizar la MGF a mi hija para curar este picor que tiene?". Queda claro que esta mujer no está segura de que la MGF no tenga tantos inconvenientes como ventajas para su hija. Piense en lo que podría hacer como profesional de la salud para seguir con la intervención preventiva.

(Fuente: de un programa de asesoramiento de la Fundación Wassu-UAB en un centro de atención primaria en Cataluña, España).



A.A.





3. Gestión clínica de la MGF y de sus complicaciones

Els Leye (VUB)

3.1. Gestión de las complicaciones a largo plazo, incluido el queloide, fístula, incontinencia, abscesos, neuroma clitoriano y quistes (FOD Volksgezondheid 2011)

- **Neuroma del nervio dorsal del clítoris:** Puede darse en todos los tipos de MGF. El corte del nervio y la presión que ejerce sobre éste el tejido cicatrizado pueden provocar la proliferación de tejido neuronal y, en el peor de los casos, un tumor doloroso. El neuroma puede tener varios centímetros de diámetro. El tratamiento consiste en la extirpación del mismo.
- **Queloides:** Puede darse en todos los tipos de MGF. El tratamiento del queloide es difícil, ya que el tejido cicatrizado extirpado a menudo vuelve a su sitio después de la extirpación quirúrgica. Por lo tanto, es fundamental reducir este riesgo al máximo. Después de la operación, se puede evitar la formación de tejido cicatrizado con la aplicación local de corticoesteroides.
- **Fístula:** Esta complicación se da sobre todo en el tipo III de MGF. El tratamiento de la fístula requiere unos conocimientos específicos y un cirujano o cirujana cualificada. En los casos más sencillos, el tratamiento es efectivo en un 90%, mientras que en los casos más complejos, el porcentaje se reduce al 60%. Los cuidados postoperatorios deben prolongarse al menos dos semanas para evitar infecciones y garantizar un buen resultado. A su vez, es recomendable proporcionar apoyo psicológico a la paciente. Se recomienda practicar la cesárea en futuros partos.
- **Quistes de inclusión epidérmica:** Pueden darse en todos los tipos de MGF. Cuando se decide extirpar un quiste, hay que tener en cuenta su ubicación y las consecuencias iatrogénicas de una intervención quirúrgica en un tejido ya dañado. En casos de quistes grandes o infectados, debe hacerse una marsupialización (una incisión quirúrgica permanente y un cosido del quiste para permitir un drenaje constante del contenido del mismo).
- **Pseudoinfibulación:** Puede darse después de una escisión (tipo II). La pseudoinfibulación consiste en la adherencia de los bordes de los labios menores extirpados durante el proceso de curación de la herida. No debe aplicarse ninguna pomada a base de estrógenos. La adherencia se cortará en toda su longitud y los labios se extenderán con una gasa de vaselina, por ejemplo, hasta que la herida esté totalmente curada.



A.A.





3.2. Desinfibulación

La OMS aconseja realizar la desinfibulación a fin de prevenir y tratar las complicaciones obstétricas y urológicas en las mujeres y niñas con MGF de tipo III. En la primera visita, la mujer o niña debe ser examinada para diagnosticar qué tipo de MGF ha sufrido y determinar la anchura de la vulva. Los resultados deben anotarse cuidadosamente en el expediente de la paciente para evitar que se deban repetir los reconocimientos médicos.

Los y las profesionales de la salud deben proporcionar a la paciente una información detallada, equilibrada e imparcial acerca del procedimiento de la desinfibulación y explicar por qué es necesaria, así como exponer los cambios anatómicos y fisiológicos y beneficios que pueden esperarse de la intervención (micción más rápida, aumento de la secreción vaginal), sin ocultar los potenciales riesgos que entraña. Todos estos elementos deben ser explicados con claridad en la sesión informativa previa a la operación.

La desinfibulación puede llevarse a cabo antes del parto o durante el mismo para facilitar el alumbramiento a las mujeres con MGF de tipo III, dependiendo del contexto. Debería permitir que la paciente elija el momento en el que prefiera que se le practique la desinfibulación, aunque también dependerá de su accesibilidad al servicio de salud (antes del parto en el caso de que la mujer viva lejos), el lugar donde vaya a dar a luz (antes del parto si se trata de un parto en casa) y de la cualificación del o la profesional responsable (antes del parto si es poco experimentado/a).

EL CASO DE GIULIA/EXTRACTO DE ENTREVISTA

(BAGAGLIA ET AL. 2014, 87-89)

Giulia es una comadrona italiana que trabaja en un hospital público. Tuvo la oportunidad de tratar a una mujer joven somalí que eligió hacerse una desinfibulación para tener un parto natural.

*El caso de Giulia/Extracto de entrevista (Bagaglia et al. 2014, 87-89)
Giulia es una comadrona italiana que trabaja en un hospital público. Tuvo la oportunidad de tratar a una mujer joven somalí que eligió hacerse una desinfibulación para tener un parto natural.*

“No la vi como una persona subyugada o alguien que no aceptaba las críticas ¡de ninguna manera! Vi a una persona con determinación, que elegía de forma consciente—. [...] Nos encontramos como dos mujeres adultas que vivían vidas y experiencias diferentes, que conectaron y compartieron mucho. [...] Cuando leemos o escuchamos las noticias en la televisión, pensamos que la MGF es algo que nos es ajeno –pero esa no es la realidad–. Hablan de infibulaciones y siempre piensas, ‘Sí, pero esta no es mi realidad. No quiero enfrentarme a esto. ¡No es problema mío!’



A.A.





Incluso cuando nuestro hospital nos ofreció unos cursos de formación o reciclaje, diciéndonos que era un problema grave, nunca pensé que era algo que podía interesarme, algo que me concerniera, pero, por primera vez, tenía que tener en cuenta esta realidad. Yo estaba allí. No sucedía tan lejos y cuando lo vi con mis propios ojos, no me asusté. No sentí ni asco ni rabia –tengo que ser sincera–. Estaba tan contenta de ver lo valiente que era, de ver su profunda sabiduría, que no era subyugación, ni coacción ni miedo. Era como si dijese: ‘Bueno, antes se hacía esto, pero ahora ¡sabemos que lo que hacíamos era un error!’ Es como si en nuestro caso, alguien dijera: ‘Te extirpaban las amígdalas’ porque en los años setenta cuando estabas enferma, te extirpaban las amígdalas, no hacía falta molestarte, estaban acostumbradas, era una costumbre.

Esta mujer tenía un nivel educativo muy bajo –de escuela primaria– pero tuve la impresión de que era una persona muy consciente de sí misma. [...] La reapertura mediante la desinfibulación implicaba una herida quirúrgica que tenía que curarse por sí sola –como dicen los/las médicos/as, ‘cicatrización por segunda intención’–, cuando dejas la piel, la capa interna de la piel, recuperarse de forma espontánea, solo la limpias con agua, solo con productos de limpieza, sin reconstruir el tejido.

Desde luego como mujer, al poner medicación en los genitales, en esta zona tan sensible, me identificaba con ella y el impacto para mí personalmente fue muy duro. [...] Creo que era muy buena, mucho, porque esa zona está en contacto con secreciones biológicas, porque durante el embarazo una tiene que hacer pipí más a menudo y ¡la orina irrita! El pipí irritaba esa herida que estaba cicatrizando, una cicatriz muy bien hecha y uniforme, pero que tarda mucho en recuperarse. Estaba sentada encima de la cicatriz, con un parto inminente porque se encontraba en el segundo trimestre, por lo que el abdomen y el útero eran muy grandes y le pregunté: ‘¿¡Cómo puedes resistirlo?! Creo que eres muy, muy buena’ y ella contestó: ‘Sí, al principio dolía, ¡pero ahora ya me estoy acostumbrando!’”

3.3. Asesoramiento y terapia psicosexual

Se debe ofrecer asistencia psicológica a las niñas o mujeres que han sido intervenidas quirúrgicamente para tratar las complicaciones derivadas de una MGF y a las que están a punto de serlo. Este apoyo puede abarcar desde programas especiales hasta adaptaciones o mejoras, bastante sencillas y económicas, de los procedimientos habituales, incluyendo la prestación de apoyo emocional y el suministro de información sobre los procedimientos médicos que conlleva la intervención.



A.A.





La OMS sugiere que se valore la necesidad de una terapia cognitivo-conductual para las niñas y mujeres con MGF que presentan síntomas de trastornos por ansiedad, depresión o síndrome de estrés postraumático. También se recomienda la terapia sexual para prevenir o tratar las disfunciones sexuales femeninas en las mujeres con MGF (OMS 2016). Además, se podrá considerar recurrir a otras terapias, dependiendo de la situación personal de la mujer/niña en cuestión.

3.4. Cirugía reconstructiva del clítoris tras la MGF

Este tipo de cirugía está en la actualidad disponible en numerosos países, especialmente en Europa. La técnica consiste en extirpar la piel que cubre el extremo distal del muñón del clítoris. Después, se separa el clítoris del tejido cicatrizado circundante y se corta el ligamento suspensorio del clítoris para estirarlo hasta donde normalmente está situado su glande. Se realiza a continuación una sutura a través del periostio y una interposición de los dos músculos bulbocavernosos encima del extremo distal del muñón del clítoris, una técnica que evita que el muñón se contraiga hacia arriba. Finalmente se cose la parte superior de la incisión¹⁶.

La cirugía reconstructiva del clítoris debe ser guiada por un equipo cualificado de carácter multidisciplinar que brinde asesoramiento psicológico y sexual a la paciente.¹⁷ Cabe señalar que la OMS no ha emitido ninguna recomendación respecto a la aplicación de este tipo de cirugía debido a que sus beneficios no se han podido aún demostrar de forma concluyente (OMS 2016, 32).

DILEMA

Existen varios debates (ético, legal, antropológico y médico) relativos a los paralelismos que se pueden establecer entre la MGF (condenada y prohibida) y la cirugía estética genital femenina (permitida y promovida), así como sobre la ética de las justificaciones para la MGF.

3.5. Ejemplos de servicios de asistencia sanitaria y de directrices disponibles en Europa

Numerosos recursos están disponibles para ayudar a los y las profesionales de la salud a suministrar una atención y un apoyo adecuados a mujeres y niñas afectadas por la MGF. Estos recursos incluyen instrucciones técnicas (por ejemplo, cómo realizar una desinfibulación), protocolos y códigos de conducta para que el personal sanitario pueda tomar decisiones con conocimiento de causa y centros multidisciplinarios que facilitan no solo la gestión clínica de las complicaciones provocadas por la MGF, sino también asesoramiento psicológico y sexual a mujeres y niñas afectadas y a sus familiares.

A continuación se facilitan algunos enlaces a dichos recursos:



A.A.





Centros de salud para mujeres africanas en el Reino Unido

Centro de referencia para casos de MGF en Bélgica

Guía del Colegio profesional de obstetras y profesionales de ginecología, Reino Unido

Curso online para profesionales de la salud, Reino Unido

Centro regional para la prevención y el cuidado de la MGF, Hospital Universitario de Careggi (Florencia, Italia)

Centro umbro para el estudio y la prevención de la MGF (Perugia, Italia)

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario (Ginebra, Suiza)

Vídeo sobre la MGF como herramienta para las y los profesionales de la salud, Reino Unido

Centro Dexeus (Barcelona, España)

Departamento de Ginecología, Hospital Clínico Universitario

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF), publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España)

Orientaciones para profesionales de la salud, publicadas por el Ministerio de Salud, Portugal (especialmente el Flujograma: aproximación y protección del neonato/a, niña y joven frente a la MGF en p.11)

Guía de Actuaciones Sanitarias para la Prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid (2017)



A.A.





Capítulo IV

Derecho Internacional, Derecho Penal
y Derecho Migratorio y de Asilo



A.A.





Capítulo IV

Derecho Internacional, Derecho Penal y Derecho Migratorio y de Asilo

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

1. Familiarizar al alumnado de Derecho con los principales conceptos y dilemas en torno a la MGF.
2. Analizar los aspectos relevantes en materia de derechos humanos, asilo y migración relacionados con la MGF y debatir sobre ellos.
3. Revisar el derecho internacional fundamental sobre la MGF.
4. Revisar la legislación nacional, el derecho penal y las sentencias de asilo en torno a la MGF.
5. Realizar ejercicios prácticos y debatir sobre aspectos teóricos relativos a la MGF.

SUMARIO

1. Derechos humanos y MGF
 - 1.1. La MGF como práctica dañina y violación de los derechos humanos (Julia Roper Carrasco y Rut Bermejo Casado, URJC)
 - 1.2. Multiculturalismo y derechos humanos (Cristina Santinho, ISCTE-IUL; Rut Bermejo Casado, URJC)
 - 1.3. Androcentrismo de los derechos humanos (Magaly Thill, URJC)
 - 1.4. La MGF en la legislación internacional (Julia Roper Carrasco, URJC)
 - 1.5. La MGF en la legislación europea (Rut Bermejo Casado, URJC)
2. Derecho penal y MGF
 - 2.1. Leyes penales en África, Oriente Medio y Asia (Magaly Thill, URJC)
 - 2.2. Leyes penales en la Unión Europea (Els Leye, VUB)
 - 2.3. Autores/as y motivaciones culturales (Magaly Thill, URJC)
 - 2.4. Legitimidad y eficacia del derecho penal: El principio de proporcionalidad (Julia Roper Carrasco, URJC)
 - 2.5. Problemas derivados de la aplicación del derecho penal (Julia Roper Carrasco, URJC)
3. Legislación migratoria y de asilo
 - 3.1. Asilo y MGF (Rut Bermejo Casado, URJC)
 - 3.2. Reunificación familiar y MGF (Julia Roper Carrasco, URJC)
 - 3.3. Estigmatización versus integración (Cristina Santinho, ISCTE-IUL)
 - 3.4. Cooperación internacional y prevención de la MGF (Cristina Santinho, ISCTE-IUL)



A.A.





1. Derechos humanos y MGF

1.1. La MGF como práctica dañina y violación de los derechos humanos

Julia Ropero Carrasco y Rut Bermejo Casado (URJC)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la ablación o mutilación genital femenina (MGF) como el conjunto de procedimientos dañinos que implican la resección, de manera total o parcial, de los órganos genitales femeninos externos y otras procedimientos que alteran o lesionan dichos órganos genitales por motivos no-médicos, ya sea culturales, religiosos u otros. A corto plazo, la MGF puede provocar complicaciones en la salud (shocks, hemorragias, infecciones y lesiones) que podrían causar la muerte de la niña o mujer afectada. A largo plazo, puede ocasionar graves daños en la salud sexual y reproductiva, tales como infecciones recurrentes, infertilidad, quistes y complicaciones durante el parto (Leye; véase [Capítulo 1.4. Consecuencias de la MGF](#)).

La MGF puede inhibir o anular por completo la sensación de placer sexual en las mujeres. En su forma más agresiva (la infibulación), puede convertir la primera relación sexual en una experiencia sumamente dolorosa para la mujer, quien muy probablemente deberá someterse a otra operación previa al coito con el fin de permitir la penetración vaginal. Además, la MGF puede ocasionar secuelas psicológicas como estrés postraumático, ansiedad crónica, inseguridad y falta de seguridad en sí misma (Ropero Carrasco 2003, 357-58).

Debido a los efectos potencialmente mortales de la MGF y a sus secuelas físicas, sexuales y psicológicas a largo plazo, las Naciones Unidas la han definido, a través de sus cuatro tipos, como una práctica lesiva, una forma de tortura y maltrato, una forma de violencia contra las mujeres y una violación de los derechos de las niñas, las cuales carecen de capacidad para dar un consentimiento informado (ibíd. 360-61).

1.2. Multiculturalismo y derechos humanos

Cristina Santinho (ISCTE-IUL)

“La mutilación genital femenina no es una tradición. No es cultura. Es un crimen”. Esta declaración forma parte de una campaña contra la MGF lanzada en Lisboa en julio de 2016 por el Gobierno portugués junto con el Gobierno de Guinea-Bissau. Sigue así: “La mutilación genital femenina es una forma de violencia física y psicológica y supone una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas. Oponerse a su práctica es un derecho y un deber (P&D Factor 2016)”.

Resulta tentador abordar la MGF desde el ámbito de los derechos humanos utilizándolos como elementos disuasorios cuando las personas implicadas son confrontadas con las posibles repercusiones punitivas del derecho penal. Es sin embargo importante recordar que la MGF es una práctica cultural (podría ser arriesgado no considerarla así) con implicaciones políticas, económicas y religiosas, pero también relativas al poder y al género (Boyle 2002).



A.A.





Con el fin de mantener un equilibrio entre los derechos humanos individuales y el multiculturalismo en torno a la MGF en un mundo globalizado en el que circulan mercancías, personas, conocimientos y costumbres, se debería tomar en consideración los siguientes aspectos:

1. Los derechos humanos son a menudo retratados como reflejo de los valores morales de occidente y asociados con imposiciones políticas históricamente relacionadas con el colonialismo.
2. Los derechos humanos también se han convertido en una preocupación de los países no occidentales, pero convendría preguntarse en qué medida y de qué manera son implementados.
3. Algunas intervenciones institucionales presentan un sesgo racista al etiquetar la MGF como una práctica inhumana procedente de culturas "subdesarrolladas" en las que el rol de las mujeres queda relegado a una posición de sumisión. Debemos destacar que en los contextos occidentales también se dan situaciones análogas, derivadas de la presión social en torno a la estética, que llevan a las mujeres a someterse a cirugías de aumento o reducción de labios exteriores, reducción del clítoris, vaginoplastia o, a otro nivel, a padecer anorexia.
4. La aplicación de los derechos humanos debería centrarse en preservar la dignidad humana. Para ello se ha de realizar un minucioso trabajo etnográfico sobre el significado social, simbólico y económico de la MGF, en lugar de demonizar a quienes la practican. Dicha estrategia

constituye una oportunidad para construir un diálogo intercultural introspectivo y profundo, que respete la dignidad de las personas.

5. Teniendo cuenta las dinámicas de la globalización, la cultura no debe ser esencializada sino que se la debe percibir como una realidad en constante transformación.

En un intento por superar las posiciones relativistas que niegan la mera posibilidad del universalismo, Parekh declara que el hecho de que los seres humanos crezcan y vivan dentro de un mundo culturalmente estructurado no significa que sean incapaces de evaluar de forma crítica las prácticas y creencias de su propia cultura (Parekh 2000, 336). Lo que demuestra que un determinado universalismo moral, relativamente mínimo y basado en conceptos abstractos generales como son los derechos humanos, resulta perfectamente compatible con el multiculturalismo (ibíd. 133-34).

1.3. Androcentrismo de los derechos humanos

Magaly Thill (URJC)

Como fenómeno que regula tanto los comportamientos individuales como las relaciones sociales, el derecho es el reflejo de los modelos normativos de masculinidad y feminidad vigentes en cada sociedad, así como de las relaciones que mujeres y hombres establecen entre ellos y con el grupo. La teoría jurídica feminista ha demostrado que el principio de universalidad de los derechos humanos abrazado por la filosofía moderna



A.A.





(inicialmente reservado al varón blanco y terrateniente y más tarde extendido al resto de la humanidad) estaba viciado (MacKinnon 2006). En efecto, el principio de no discriminación por razón de sexo, recogido en el *Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos* a raíz de las históricas reivindicaciones de inclusión de las mujeres, no se vio acompañado del necesario proceso de revisión del sujeto de derecho, supuestamente neutral, pero en realidad masculino (Facio y Fries 1999).

En este sentido, las voces críticas de académicas feministas denunciaron que los distintos tratados internacionales de derechos humanos no solo ratificaban la dicotomía entre espacios público y privado, sino que también omitían reconocer derechos de especial relevancia para las mujeres, como: los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad en la esfera íntima y familiar, el reconocimiento del trabajo reproductivo y el derecho a una vida libre de toda violencia de género (Charlesworth 1994).

Tras varias décadas de activismo organizado e incidencia política, las demandas feministas finalmente tuvieron cierto eco. Incentivados por la pionera *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres* de 1979 y por tres Conferencias mundiales sobre la mujer, los gobiernos del mundo reconocieron, en la *Conferencia Mundial de Viena sobre los Derechos Humanos* (1992), que “los derechos de las mujeres son derechos humanos” y adoptaron a continuación la *Declaración sobre la Eliminación de la violencia contra las mujeres* (1993) y la *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* (1995).

La teoría crítica feminista del derecho busca una redefinición de los derechos humanos que haga posible la participación real de las mujeres y recoja sus necesidades e intereses: un nuevo pacto de ciudadanía que las considere sujetos de derecho, en vez de objetos de regulación jurídica (Bodelón 2009, 113). La incorporación (aunque lenta) de la MGF al derecho internacional como una violación de los derechos humanos es un ejemplo de cómo el activismo femenino puede generar cambios legislativos.

La definición de la MGF como una forma de discriminación y violencia contra las mujeres ha contribuido a que se extendiera su prohibición. Al evidenciar que consolida las relaciones patriarcales de subordinación, esta definición permite articular la distinción jurídica entre las formas de MGF menos invasivas (MGF de tipo Ia) y la circuncisión masculina.

Además, la teoría feminista sugiere analizar de forma crítica el concepto de “consentimiento”, teniendo en cuenta las implicaciones profundas que la falta de autonomía social, económica y psicológica de las mujeres en culturas patriarcales tiene sobre su capacidad de dar su libre consentimiento a ciertas prácticas (Rahman y Toubia 2000, 65-66).

1.4. La MGF en la legislación internacional

Julia Ropero Carrasco (URJC)

Durante siglos, la práctica de la MGF no ha merecido la atención de los poderes públicos en el ámbito internacional. La falta de interés podría ser



A.A.





explicada por distintos motivos: el reparo ante una supuesta intromisión en la esfera privada, las reticencias ante una hipotética manifestación cultural y la desafección ante un problema que concernía a un grupo social relegado, las mujeres del “Tercer Mundo”. Han sido UNICEF, la OMS y otros organismos de Naciones Unidas los que han impulsado la denuncia de la MGF, mientras organizaciones de la sociedad civil y de derechos humanos han promovido programas educativos de prevención de la práctica e instado a los Estados y organismos supranacionales para que adopten distintas medidas (Roper Carrasco 200, 1393-96).

En el derecho internacional, el punto de partida es la *Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, de 1979, que exige en su artículo 5, que los Estados “adopten las medidas apropiadas [...] para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole basadas en la idea de superioridad o inferioridad de cualquier de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”. Así mismo, la *Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, de 1993, establece en su artículo 4 que los Estados no pueden invocar costumbre, tradición o consideración religiosa alguna para eludir su obligación de eliminar la violencia contra las mujeres. El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* reconoce asimismo el derecho a disfrutar del mayor grado de salud física y mental posible (ibíd. 1393-94).

Sin embargo, no fue hasta la década de los noventa del siglo XX que la MGF fue mencionada expresamente en los documentos internacionales. La *Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo* de 1994 (El Cairo) requirió a los gobiernos para que desarrollaran programas específicos destinados a erradicar la MGF, y la *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* (1995) condenó la MGF, instando a los Estados a la adopción de medidas oportunas para su erradicación. Por último, la *Resolución de la Asamblea General 56/128 sobre Prácticas Tradicionales o Consuetudinarias que afectan a la salud de las mujeres y las niñas* (2001), de contenido similar a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, pone especial énfasis en la necesidad de reforzar los derechos humanos de las mujeres y su independencia. Finalmente, en el año 2012, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó su primera resolución específica sobre MGF: *la Resolución A/RES/67/146: Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina* (AGNU 2012).

El derecho internacional sobre la MGF se refuerza con dos iniciativas regionales: el Protocolo a la Carta africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta Banjul), de la Unión Africana, y el Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul) del Consejo de Europa.



A.A.





1.5. La MGF en la legislación europea

Rut Bermejo Casado (URJC)

La Unión Europea ha manifestado un fuerte compromiso para erradicar la MGF. A raíz de la histórica [Resolución A/RES/67/146 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas](#) en 2012 (AGNU 2012), la Comisión Europea adoptó al año siguiente, su comunicación [COM\(2013\)833 final: Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina](#) (Comisión Europea 2013). En ella, la UE establece una serie de medidas que se compromete a implementar, centrándose en los siguientes retos:

- apoyar el trabajo de las ONG para combatir la MGF a nivel de comunidades de base;
- apoyar proyectos en países que no pertenecen a la UE y que cuentan con un alto nivel de prevalencia de la MGF; y
- promover el Instituto Europeo de Igualdad de Género, que desarrolla y ofrece recursos sobre la MGF.

Previo a esta comunicación, la UE ya había incluido la MGF entre las formas de violencia de género y violencia contra las niñas, tal y como se manifiesta en su Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres: 2010-2015 (Comisión Europea 2010), la [Directiva 2012/29/EU por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos](#) (Unión Europea 2012) y la [Agenda de la UE en pro de los derechos del Niño](#) (Comisión Europea 2011).

La comunicación de 2013 de la CE parte de un dictamen redactado por el Comité consultivo de la UE para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. También se ha nutrido de las aportaciones de una mesa redonda de alto nivel sobre MGF. Dicha comunicación abarca políticas tanto internas como externas desde un enfoque integral y holístico, haciendo especial hincapié en la prevención.

2. Derecho penal y MGF

2.1. Leyes penales en África, Oriente Medio y Asia

Magaly Thill (URJC)

El artículo 5 del [Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África](#) (2003) estipula que “los Estados Partes prohibirán y condenarán todas las formas que afecten negativamente a los derechos humanos de la mujer y que sean contrarias a las normas internacionales reconocidas, incluyendo [...] 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”.

De acuerdo con este compromiso, 24 países africanos han aprobado leyes contra la MGF (véase Tabla 1). En otros países, la práctica puede ser perseguida a través de disposiciones legales generales sobre lesiones.



A.A.



**TABLA 1:****Países africanos con legislación penal específica contra la MGF y fechas de aprobación**

PAÍS	AÑO DE APROBACIÓN	PAÍS	AÑO DE APROBACIÓN
Benín	2003	Guinea-Bissau	2011
Burkina Faso	1996	Kenia	2001, 2011
República Centroafricana	1966, 1996	Mauritania	2005
Chad	2003	Níger	2003
Costa de Marfil	1998	Nigeria	2015
Yibuti	1995, 2009	Senegal	1999
Egipto	1996, 2008	Somalia	2012
Eritrea	2007	Sudan (2 estados): Estados de Kordofán del Sur Estados de Al-Gedaref	2008 2009
Etiopía	2004	Tanzania	1998
Gambia	2015	Togo	1998
Ghana	1994, 2007	Uganda	2010
Guinea	1965, 2000, 2006	Zambia	2005, 2011

Fuentes: Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, y Noria Liset Puppo. 2010. Manual para la Atención y la Prevención de la Mutilación Genital Femenina para Profesionales de la Salud en Gambia (2ª edición), 35-36. Barcelona: UAB, Bellaterra; y Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). 2015. "Preguntas frecuentes sobre la mutilación genital femenina (MGF)". Último acceso el 3 de enero de 2016.

Aunque, como se han demostrado en varios estudios, la MGF también se practica en Oriente Medio (Emiratos Árabes Unidos, Irak, Kuwait, Omán, Yemen, Irán, etc.), el Este asiático (Indonesia, India, Malasia, Pakistán y Sri Lanka) y entre algunos grupos étnicos de América Latina (Colombia, Ecuador y Perú), son escasos los países que han decretado la penalización de la misma fuera del continente africano; nominalmente: Yemen (2001), Colombia (Resolución N° 001 de 2009 de las autoridades indígenas) y el Kurdistán iraquí (2011). El tabú que aún existe en torno a los derechos sexuales de las mujeres y a la sexualidad en general, la descripción de la MGF como una práctica subdesarrollada y el énfasis puesto por parte de las agencias internacionales en la "africanidad" de la MGF, son factores que han dificultado que la lucha contra la práctica entrara en la agenda pública y política de los países no africanos, retrasando la adopción de disposiciones legales en la materia.

A pesar de que la prohibición legal de la MGF deja claro lo que está bien y lo que está mal ante la ley, otorgando portanto legitimidad a la labor preventiva, la práctica sigue estando muy extendida. La aplicación esporádica de las leyes penales sobre MGF y los bajos índices de incriminación socavan su efecto disuasorio a la par que encubren la creciente medicalización de la práctica (Muthumbi et al. 2015, 38). Cuando una prohibición no



A.A.





viene acompañada de programas de educación comunitaria destinados a generar cambios efectivos en las prácticas, puede tener el efecto colateral de inhibir las solicitudes de asistencia médica en caso de complicaciones derivadas de la mutilación, aumentando así la tasa de mortalidad entre las niñas (Kaplan et al. 2010, 35-36). Además, las personas encargadas de realizar la MGF (la mayoría de ellas mujeres) no siempre son conscientes de la prohibición que recae sobre la práctica, sobre todo en zonas rurales aisladas. Así mismo, en los países con instituciones públicas con poca presencia y/o capacidad, los mandatos étnicos y religiosos suelen estar más arraigados y tener más influencia que las normas jurídicas de un estado lejano e intangible.

Merece la pena recordar también que la adopción de disposiciones penales sobre la MGF, que se desarrolla en varias etapas, suele encontrar muchas resistencias durante todo el proceso legislativo. En Sudán, por ejemplo, el proyecto de Ley del Niño de 2008 fue revisado por el Consejo de Ministros, quien rechazó el artículo que introducía la prohibición de la MGF (artículo 13), basándose en una fatua del Consejo de Jurisprudencia islámica que exigía que se estableciera una distinción entre los diferentes tipos de MGF y que la prohibición no afectara la escisión denominada Sunna (corte del clítoris) (Redress 2009). Por el contrario, la prohibición de la MGF adoptada en 2001 por el estado keniano se amplió en 2011 para abarcar también a las mujeres adultas y añadir una cláusula de extraterritorialidad, lo que faculta al estado para perseguir también a quienes cometen el delito en otro país (MEROKA 2017).

2.2. Leyes penales en la Unión Europea

Els Leye (VUB)

En la Unión Europea, la prohibición de la MGF ha dado lugar a disposiciones penales específicas en Austria, Bélgica, Croacia, Chipre, Dinamarca, Alemania, Irlanda, Italia, Malta, Países Bajos, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido. En otros países, la práctica es perseguible a través de código penal, recurriendo a artículos sobre lesiones corporales, lesiones graves y mutilación en general (IEIG 2015; Johnsdotter y Mestre i Mestre 2015; Leye y Sabbe 2009).

En el ámbito de la persecución penal de la MGF, es importante tener en cuenta el principio de extraterritorialidad. Este principio hace posible la persecución de la práctica, incluso cuando se lleva a cabo fuera de las fronteras de un país europeo (por ejemplo, en África). Las condiciones en las que se aplica este principio difieren de un estado a otro (para tener una visión de conjunto, véase Leye y Sabbe 2009). La mayoría de los países europeos contemplan este principio en su derecho penal y todos los estados miembros de la UE con legislación específica sobre MGF lo tienen previsto en sus respectivas leyes (IEIG 2013).

No obstante este marco general, es importante reflexionar sobre la aplicación del derecho penal. Se han en efecto identificado una serie de dificultades, de forma más notable en lo relativo a la denuncia de los casos y a la obtención



A.A.





de pruebas suficientes para iniciar una acción legal (Leye et al. 2007; Roper, véase [Capítulo 2.6. Aspectos críticos de la penalización de la MGF](#)). El procesamiento de los padres y madres de las niñas afectadas por la MGF no debería constituir la prioridad de un país en su lucha contra la MGF. En efecto, una vez realizada la práctica, se puede considerar que los esfuerzos de prevención y de protección han fracasado. Con el fin de contribuir a un cambio social sostenible orientado al abandono de todas las formas de MGF, los esfuerzos deberían centrarse en la prevención de la práctica más que en el desarrollo e implementación de medidas represivas.

2.3. Autores/as y motivaciones culturales

Magaly Thill (URJC)

Las escisoras o circuncidadoras son generalmente mujeres que pertenecen a la comunidad o a la familia de la víctima y se ganan el sustento con esta actividad. La práctica de la MGF también otorga un estatus social: son “iniciadoras” responsables de un rito de paso valorado por la comunidad. De acuerdo con las creencias sociales, culturales y religiosas, tanto las familias como las circuncidadoras consideran que la MGF es una práctica que beneficia a la víctima e incrementa sus posibilidades de contraer un buen matrimonio.

Existen casos en los que un o una circuncidadora residente o de visita practica clandestinamente la MGF en niñas que residen en Europa (donde la MGF es un delito penal). Sin embargo, por norma general, las

familias aprovechan un viaje al país de origen para someter a las niñas al rito, evitando así el escrutinio institucional y el riesgo de denuncia y persecución penal. Este fenómeno ha favorecido que numerosos países europeos incluyeran el principio de extraterritorialidad de la persecución del delito de MGF (aunque con frecuencia solo cuando la persona infractora o la víctima es ciudadana o residente) y que supriman el principio de doble incriminación permitiendo así la persecución de la MGF efectuada en un país de origen donde no es un delito (IEIG 2013, 43).

A pesar de que los progenitores pueden ser perseguidos por complicidad o instigación del delito de MGF, la dificultad de llevar a una niña a testificar contra ellos, así como las consecuencias negativas que podría ocasionarle que se dictara una sentencia condenatoria con pena de prisión contra el padre o la madre de la víctima, suponen dilemas que deben ser sopesados cuidadosamente, guardando en mente que siempre ha de prevalecer el interés superior de la menor.

2.4. Legitimidad y eficacia del derecho penal: El principio de proporcionalidad

Julia Roper Carrasco (URJC)

El derecho penal representa un instrumento de coacción institucionalizado que tiene como consecuencia prioritaria la aplicación de la pena de prisión a los y las autoras, privándoles de su derecho a la libertad. Por ello, en el



A.A.





acervo cultural y político de la comunidad internacional construida sobre la base de los derechos humanos y los valores democráticos, el recurso al derecho penal se ve limitado por el principio de intervención mínima: la única pena legítima es la que previene la lesión de derechos e intereses fundamentales y la que resulta eficaz.

En el ámbito de la MGF, la legitimidad de la intervención penal se basa en la protección de derechos humanos esenciales: el derecho a la vida, a la integridad física y a la salud en sentido amplio, incluyendo el derecho al libre disfrute de la sexualidad, como parte esencial de toda persona (Roperó; véase [Capítulo 2.6. Aspectos críticos de la penalización de la MGF](#)). Siendo así, la cuestión del consentimiento apenas tiene relevancia. Desde luego no la tiene si estamos ante menores de edad, ya que jurídicamente el menor no puede prestar un consentimiento válido. Pero tampoco el derecho comparado o el derecho internacional reconoce validez plena al consentimiento entre adultos cuando se trata de la integridad física o la salud: en estos casos, el consentimiento sólo sirve como atenuante pero no permite la exención de pena.

Sin embargo, la cuestión de la eficacia plantea mayores problemas. La escasa perseguibilidad de estas prácticas, esencialmente en el África subsahariana, a pesar de la penalización expresa, ha resultado en bajos índices de investigación, muchos sobreseimientos o sentencias absolutorias y la aplicación de penas reducidas, contribuyendo a consolidar la creencia de que la MGF se sustenta en un derecho cultural frente al cual el derecho penal carece de eficacia.

En Occidente, en los países de destino, la eficacia del derecho penal se ve amenazada por dos factores: que las personas migrantes provenientes de países donde la MGF es una práctica cultural extendida, o bien desconocen la prohibición de la MGF o confían en la no perseguibilidad de la misma; o que, ante el drama humano que la intervención penal representa, los jueces y juezas se inhiben de actuar (Sanz Mulas 2014, 42). En relación con este último punto existe un debate en torno a si las elevadas penas previstas para las mutilaciones genitales en la mayoría de los países occidentales son proporcionadas al daño causado o si sería necesario realizar una distinción entre los distintos casos.

2.5. Problemas derivados de la aplicación del derecho penal

Julia Roperó Carrasco (URJC)

La aplicación del derecho penal para castigar la MGF en los países occidentales se ha encontrado con una serie de problemas de carácter práctico y con otros de tipo social y ético. La prueba de la mutilación en sí misma no plantea dificultad alguna: cualquier médico/a o profesional sanitario/a puede apreciar la misma y ofrecer testimonio válido en el proceso penal. Sin embargo, los problemas aparecen esencialmente en dos momentos: a la hora de determinar en qué lugar se ha llevado a cabo (y esto es importante para establecer la competencia del Tribunal) y para imputar el hecho a su(s) autor(es) o autora(s).



A.A.





Para subsanar la primera dificultad, algunos países admiten la competencia de sus tribunales con independencia del lugar en el que la MGF se haya practicado, siempre que la víctima se encuentre en un territorio bajo su jurisdicción (Torres Fernández 2005, 943-44). Con relación a la autoría, también la mayoría de los países admiten la responsabilidad de los padres, derivada de la omisión del deber de cuidado o de garante de los bienes de sus hijas, se pruebe o no su participación directa en el hecho (JOHNSDOTTER 2017). Esta responsabilidad por omisión, no obstante, exige dolo, esto es, que el padre o la madre supieran con anterioridad que la hija iba a ser sometida a la MGF. De ahí que el error o desconocimiento sea una circunstancia que haya de ser tenida en cuenta. Si los padres no saben que la práctica se ha llevado a cabo, procederá la exención o la atenuación de la pena.

También es posible que el error se refiera a la prohibición: que los padres no sepan que el hecho está prohibido o que, sabiendo que lo está, crean que les asiste una causa de justificación basada en el ejercicio legítimo de un derecho. Esta situación no es tan descabellada en el caso de migrantes que proceden países en los que la práctica está muy extendida a pesar de la prohibición. Nuevamente, esta circunstancia podría dar lugar a la atenuación de la pena (Roper Carrasco 2003, 368-74).

Por último, si el Derecho Penal y la sociedad en general han de reforzar su interés en la protección de las víctimas, es ineludible afrontar el dilema ético que representa la intervención penal: la necesidad de proteger a

las menores obliga a encarcelar a sus padres y a articular mecanismos oficiales de acogida y protección, destruyéndose el entorno familiar en un sector social especialmente desfavorecido. El etiquetamiento derivado de la sanción penal representa igualmente un obstáculo para la mejor protección de las víctimas.

3. Legislación migratoria y de asilo

3.1. Asilo y MGF

Rut Bermejo Casado (URJC)

El documento del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos titulado *Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina* señalan que “a una menor o mujer, que busca asilo por haber sido obligada a sufrir MGF, o por resultar probable que lo fuese, se le puede otorgar el estatuto de refugiado de conformidad con la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados” (OACDH 2009). Estas guías también consideran la MGF como “una forma de violencia por motivos de género que inflige un daño severo, tanto mental, como físico, y constituye persecución”.

En este sentido, la Resolución del 2 de febrero de 2006 del Parlamento Europeo sobre la situación actual de la lucha contra la violencia contra las



A.A.





mujeres y cualquier acción futura, nos asegura que, a pesar de que la MGF no se menciona expresamente en la Directiva del Consejo 2004/83/EC de 29 de abril de 2004 por la que se establecen normas mínimas relativas a los requisitos para el reconocimiento y el estatuto de nacionales de terceros países o apátridas como refugiados o personas que necesitan otro tipo de protección internacional y al contenido de la protección concedida, se deben considerar incluidas en el concepto de actos de violencia sexual. Así mismo, aunque ningún estado de la UE (a parte de Hungría) hace referencia a la MGF en sus leyes sobre asilo, éstas ofrecen la posibilidad de solicitarlo por el miedo fundado a ser sometida a esta práctica, incluida la reinfibulación, como una forma de persecución por motivos de género o de persecución específica del/la menor (CHEVALIER 2017).

Por ejemplo, el Tribunal Supremo español, en sus Sentencias del 15 de febrero de 2007, 11 de mayo de 2009 y 15 de junio de 2011, declaró que “en aquellos supuestos en que se acredite la existencia de indicios suficientes, según las circunstancias de cada caso, de que una mujer sufre persecución por su pertenencia al género femenino, que le ha supuesto la imposición de prácticas contrarias a la dignidad humana, como el matrimonio forzoso o la mutilación de un órgano genital, y que el régimen legal del país de origen no ofrece una protección jurídica eficaz, procede la concesión del derecho de asilo a la luz de lo dispuesto en los artículos 3 y 8 de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado” (Pérez Vaquero 2010).

En la Unión Europea otros 14 países ya han concedido protección internacional a demandantes de asilo por motivos de MGF: Austria, Bélgica,

Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Italia, Lituania, Letonia, Países Bajos, Rumania, Eslovaquia, Suecia y el Reino Unido (IEIG 2013, 46-47).

3.2. Reunificación familiar y MGF

Julia Roper Carrasco (URJC)

El derecho a la reagrupación o reunificación familiar es el derecho de las personas migrantes a mantener la unidad de su familia. Este derecho encuentra su justificación en otros derechos fundamentales, reconocidos en Tratados y en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, como son el derecho a la intimidad en el ámbito familiar.

En el ámbito de la Unión Europea, la [Directiva 2003/86/CE del Consejo, de 22 de septiembre de 2003](#), sobre el derecho a la reagrupación familiar, tiene como objetivo establecer normas comunes que permitan a los familiares de los y las nacionales de fuera de la UE que residen legalmente en el territorio de un estado miembro, a reunirse con estas personas. En cumplimiento de esta Directiva, la mayoría de los países europeos incluyen en su legislación sobre extranjería los procedimientos para hacer efectivo este derecho.

El problema que se presenta es que, en la práctica, este derecho se puede ver seriamente obstaculizado por la prohibición penal de la MGF: si una persona migrante se plantea hacer efectiva la reagrupación, la posibilidad



A.A.





de que la llegada al país en el que reside de una(s) hija(s) previamente sometida(s) a MGF, termine con un proceso penal y penas de cárcel para el padre o la madre de las menores se consolida como un elemento claramente disuasorio de esta legítima pretensión (Roper Carrasco 2003, 384-385).

3.3. Estigmatización versus integración

Cristina Santinho (ISCTE-IUL)

El término “mutilación”, asociado con las políticas que penalizan la práctica, ha generado intensos debates, especialmente en el marco de la antropología feminista (Walley 1997). Varios autores y autoras han señalado que el uso de este vocablo, combinado con la penalización de la MGF, presenta el riesgo de estigmatizar a las familias y mujeres que la practican.

En este sentido, es necesario tener en cuenta algunas consideraciones:

- En Occidente, los argumentos utilizados en los discursos relativos a la persecución y acusación penal pueden favorecer que se oculte la práctica en vez de abandonarla, debido a que desde un punto de vista cultural, las familias siguen considerando que es una práctica positiva que contribuye a la futura integración de las niñas en la comunidad, garantizándoles un matrimonio socialmente adecuado.
- El término “mutilación” puede ser rechazado por quienes practican la MGF, ya que en su opinión, esta práctica representa un embellecimiento

del órgano sexual femenino que proporcionará futuros beneficios a la mujer casada. Por ello, algunos antropólogos/as y activistas han sugerido el uso del término “corte” o “circuncisión” en lugar de “mutilación”, con el fin de evitar la estigmatización de las comunidades que la practican y el encubrimiento de la MGF. Las limitaciones discursivas son un fiel reflejo de la complejidad del tema.

- Tanto la integración de las comunidades que llevan a cabo esta práctica en contextos occidentales como la tan deseada eliminación de la MGF deberían apoyarse en el desarrollo de acciones y políticas no discriminatorias ni estigmatizantes. Los proyectos sanitarios y educativos de erradicación de la práctica son más eficaces cuando logran implicar a las comunidades. Promover de manera generalizada el rol de la mediadora o mediador intercultural profesional debería favorecer el establecimiento de un diálogo intercultural exitoso y el alcance de un acuerdo de todas las partes implicadas de cara a la erradicación de la MGF.

3.4. Cooperación internacional y prevención de la MGF

Cristina Santinho (ISCTE-IUL)

Una revisión de la literatura existente muestra que las medidas adoptadas en el ámbito de la cooperación internacional para la erradicación y prevención de la MGF no han sido altamente eficaces. Las Naciones Unidas han advertido de que, pese a la tasa de disminución sostenida durante las



A.A.





pasadas tres décadas, habrá 63 millones de niñas con MGF más en torno al año 2050 como resultado del crecimiento demográfico (UNICEF 2016). El número alarmante de niñas que son aún en la actualidad sometidas a la MGF, nos lleva a la conclusión de que la cooperación internacional en el ámbito legal y la generalización de la penalización de la MGF en las legislaciones nacionales seguirán teniendo resultados limitados, a menos que se adopte una estrategia política preventiva que tome en cuenta las profundas raíces socioculturales de la práctica, tanto en los países de origen como entre la diáspora (Shell-Duncan 2008; Shweder 2002; Thiam 1983).

A pesar de que la ley prevé penas para las personas responsables de haber sometido a una niña a la MGF, las consecuencias penales apenas se hacen sentir. En contextos de amplio apoyo sociocultural, se sigue denunciando muy pocos casos ante los tribunales. Así, es muy improbable que las personas responsables y los padres y madres vayan a la cárcel, lo que impide que la existencia de leyes penales contra la MGF constituya

un factor disuasorio efectivo contra la práctica. Todo ello evidencia que una prohibición legal por sí sola no es suficiente y que el abandono de la práctica exige que los programas preventivos pongan el énfasis en el diálogo social entre instituciones estatales, gobiernos locales y ONG, tanto en Occidente como en los países de origen.

La eficacia de la cooperación internacional para eliminar la MGF dependerá de su capacidad para consolidar redes institucionales y asociaciones locales, cooptar a líderes religiosos, circuncidadoras tradicionales y otros actores responsables de la práctica, así como implicar a todos los y las profesionales claves en los centros médicos, educativos y sociales. También podemos predecir que la eficacia en la erradicación de la práctica irá en aumento en la medida en que se haga hincapié en la protección de las niñas con instrumentos como la *Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas* (AGNU 1989) y en que se invierta en la escolarización masiva de las niñas.



A.A.





RECUADRO 1:

Legislación española aplicable a la MGF¹⁸

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA EN TORNO A LA FGM

CÓDIGO PENAL:

Regulación específica tras la reforma de 2003, por la Ley 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros y tras la Ley 1/2015, de 30 de marzo, de Reforma del Código penal, que introduce entre las agravantes genéricas las razones de género. Esto permite que las penas aplicables sean impuestas en su modalidad más elevada si se considera que la lesión se basa en razones de género.

“Título III, “De las lesiones”

Artículo 149

(...) 2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección.”

“Artículo 22. Son circunstancias agravantes:

(...) 4.ª Cometer el delito por motivos racistas, antisemitas u otra clase de discriminación referente a la ideología, religión o creencias de la víctima, la etnia, raza o nación a la que pertenezca, su sexo, orientación o identidad sexual, razones de género, la enfermedad que padezca o su discapacidad.”

LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL:

El artículo 23 de la Ley Orgánica del Poder Judicial establece la competencia de los tribunales españoles en atención a los siguientes criterios: territorialidad, personalidad activa, de protección de intereses y principio de universalidad o de justicia mundial¹⁸.

“Artículo 23. (Versión vigente tras la reforma introducida por la Ley Orgánica 1/2014)

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



A.A.





LEGISLACIÓN ESPAÑOLA EN TORNO A LA FGM

(...) 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.

(...) I. 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.”

LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL:

Obligación de denunciar los hechos.

Como la mutilación genital femenina es un delito, ha de tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal:

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”.

El artículo 355 de esta Ley menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina en este sentido: “Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado”.

LEY ORGÁNICA 1/1996 DE PROTECCIÓN JURÍDICA DEL MENOR (MODIFICADA POR LA LEY 26/2015) INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR Y OBLIGACIÓN DE PROTEGER Y COMUNICAR

Artículo 11. Principios rectores de la acción administrativa.

(...)2. Serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores: a) La supremacía de su interés superior. b) El mantenimiento en su familia de origen, salvo que no sea conveniente para su interés, en cuyo caso se garantizará la adopción de medidas de protección familiares y estables priorizando, en estos supuestos, el acogimiento familiar frente al institucional. c) Su integración familiar y social. d) La prevención y la detección precoz de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal. e) La sensibilización de la población ante



A.A.





LEGISLACIÓN ESPAÑOLA EN TORNO A LA FGM

situaciones de desprotección (...) i) La protección contra toda forma de violencia, incluido el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, la realizada a través de las nuevas tecnologías, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, sanitario, social o educativo, incluyendo el acoso escolar, así como la trata y el tráfico de seres humanos, la mutilación genital femenina y cualquier otra forma de abuso (...).”

Artículo 13.

“Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”.

Artículo 14.

Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor o, cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal”.

LEY 12/2009, DE 30 DE OCTUBRE, REGULADORA DEL DERECHO DE ASILO Y DE LA PROTECCIÓN SUBSIDIARIA:

La Ley de asilo no reconoce expresamente a la FGM como causa que permita adquirir la condición de refugiado, requisito previo para solicitar el derecho de asilo. Pero algunas sentencias han admitido que la FGM puede ser entendida como una circunstancia de persecución por pertenencia a un grupo (sobre la base del género), o persecución basada en razones de género y han concedido el asilo.

Artículo 2. El derecho de asilo.

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

Artículo 3. La condición de refugiado.

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



A.A.





RECUADRO 2:

Sentencias sobre la MGF dictadas por tribunales nacionales¹⁹

SENTENCIAS Y RESOLUCIONES DE LOS TRIBUNALES ESPAÑOLES SOBRE MGF

JURISDICCIÓN PENAL SENTENCIAS DEL TRIBUNAL SUPREMO Y DE LA AUDIENCIA NACIONAL

Sentencia del Tribunal Supremo 939 / 2013, de 16 de diciembre. Absuelve a la madre de una niña mutilada, llegada de Senegal, del delito de lesiones graves, alegando error de la prohibición penal, quien previamente había sido condenada.

La Sentencia de la Audiencia Nacional 36 / 2012, de 24 de julio, había absuelto al padre de la niña, quien había inmigrado en primer lugar a España, invocando el desconocimiento de la situación.

La Sentencia de la Audiencia Nacional 9 / 2013, de 4 de julio, sin embargo, condenó a la madre, al considerar que la madre no podía alegar desconocer la mutilación de su hija.

Sentencia del Tribunal Supremo 835 / 2012, de 31 de octubre. Condena por un delito de lesiones graves los padres de una niña mutilada, ambos de origen gambiano, rechazando la invocación del error de prohibición o de motivos culturales.

Sentencia del Tribunal Supremo 399 / 2014, de 8 de mayo. Condena por un delito de lesiones graves los padres de una niña mutilada, ambos de origen gambiano, rechazando la invocación del error de prohibición.

Sentencia de la Audiencia Nacional 5 / 2014, de 24 de febrero. Absuelve a los padres de una niña mutilada alegando ausencia de dolo, de conocimiento e intención de causar lesiones.



A.A.





SENTENCIAS Y RESOLUCIONES DE LOS TRIBUNALES ESPAÑOLES SOBRE MGF

JURISDICCIÓN CIVIL

Sentencia 305 / 2010, de 11 de mayo, de la Audiencia Provincial de Barcelona.

Confirma la prohibición de trasladar a una menor desde España a Gambia ante el riesgo de la práctica de la MGF.

Auto nº 26 / 2012, de 13 de marzo, de la Audiencia Provincial de Barcelona.

Prohíbe la salida de España de una menor ante el riesgo de la práctica de la MGF.

Auto nº 274 / 2005, de la Audiencia Provincial de Baleares.

Prohíbe la salida de España de una menor ante el riesgo de la práctica de la MGF.

Auto nº 24 / 2004, de la Audiencia Provincial de Girona.

Prohíbe la salida de España de una menor ante el riesgo de la práctica de la MGF.

JURISDICCIÓN CONTENCIOSO -ADMINISTRATIVA. RECHAZO O ADMISIÓN DE ASILO REFERIDOS A LA MGF

Admite: Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de mayo de 2009. Declara improcedente la denegación de asilo llevada a cabo por el Ministerio del Interior (Resolución de 11 de abril de 2004) y anula la Sentencia de la Audiencia Nacional de 24 de marzo de 2003, que había rechazado el asilo pero había concedido la permanencia por razones humanitarias. El Tribunal Supremo concede el asilo.

Admite: Sentencia de la Audiencia Nacional de 24 de noviembre de 2014. Concede el derecho de asilo.

Admite: Sentencia de la Audiencia Nacional de 21 de junio de 2006. Concede el derecho de asilo.

Rechaza: Auto del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2014.

Rechaza: Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de julio de 2008.

Rechaza la concesión de asilo alegando la falta de verosimilitud de la alegación.

Rechaza: Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2015.

Rechaza la concesión de asilo alegando la falta de verosimilitud de la alegación.



A.A.





RECUADRO 3:

Ejercicios prácticos para su uso en clase

Ejercicio práctico nº 1:

El alumnado debe leer cuidadosamente las disposiciones del Código Penal relativas a la MGF y tratar el siguiente caso.

Un senegalés reside desde hace años en el país del alumnado y se le ha concedido el derecho a la reunificación familiar. Su esposa y sus hijas han llegado recientemente. Cuando la niña mayor, de ocho años, acude a un centro sanitario del país por primera vez, el médico o la médica llega a la conclusión de que ha sido sometida a una MGF y presenta una denuncia. Mientras que se exculpa al padre, se arresta a la madre acusada de haber provocado daños a la niña a raíz de la práctica cuando la niña se encontraba en Senegal bajo su custodia.

El alumnado se dividirá en dos grupos: Un grupo, que asumirá el papel de la Fiscalía, defenderá la incriminación de la madre. Otro grupo preparará la defensa de la madre. Actuará de forma colectiva como abogado de la defensa y tendrá en cuenta los elementos relacionados con la protección de la niña. En el debate, el alumnado deberá hacer hincapié en los derechos contrapuestos que están en juego (los de la madre, los de la hija y los de la hija menor, de tres meses, que no ha sido sometida a la MGF).

Ejercicio práctico nº 2:

D.B., ciudadana nigeriana, ha solicitado asilo al Ministerio del Interior de España. En su solicitud, declaró que nació en Uselu, una ciudad al sur de



A.A.





Nigeria, cerca de Benin City. Explicó que, en su pueblo, su padre le concertó un matrimonio con un hombre de confesión musulmana mucho mayor que ella, que gozaba de un buen estatus socioeconómico y que ya estaba casado con otras dos mujeres jóvenes. Previamente le fue practicada la mutilación genital femenina. Para evitar el matrimonio y ante el riesgo de la práctica para sus hijas, huyó a Togo y Ghana y posteriormente a España. En la actualidad vive en Valencia y mantiene una relación de pareja.

El Ministerio del Interior, en su Resolución de 14 de abril de 2004, denegó la solicitud de asilo de la interesada por cuanto su declaración resultaba inverosímil e incongruente y no existían pruebas de persecución. La solicitante apeló la decisión ante el Tribunal Superior quien le denegó parcialmente el derecho de asilo en su sentencia de 24 de marzo de 2006. Sin embargo, después de admitir la prueba de la MGF, el tribunal concedió a la solicitante el permiso para residir en España por razones humanitarias para lo que se basó en el artículo 17.2 de la ley del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. La solicitante apeló la decisión de nuevo y para ello adujo una violación del artículo 3.1. de la ley del derecho de asilo y de la protección subsidiaria y del artículo 1.A.2 de la Convención de Ginebra. Según la solicitante, cumplía con los requisitos para la obtención del estatus legal de refugiada (daños físicos y psicológicos debidos a la MGF y riesgo de un matrimonio forzado).

El Tribunal Supremo, en su sentencia de 11 de mayo de 2009, da la razón a la recurrente, estimando que una situación de desprotección y marginación social, política y jurídica de las mujeres en su país de origen, que vulnere de forma evidente y grave sus derechos humanos es causa de asilo; al mismo tiempo, señala que la persecución por razón de sexo resulta encuadrable sin duda entre las persecuciones sociales. Afirma el Tribunal que en Nigeria es habitual la práctica de la mutilación genital femenina más allá de la infancia y que las mujeres no encuentran frente a estas prácticas inhumanas una protección eficaz en el sistema legal del país. Le concede, en consecuencia, el asilo.



A.A.





En otro caso, el Tribunal Supremo, en la sentencia de 4 de julio de 2008, rechaza la concesión de asilo a una nigeriana que relata lo siguiente en su petición: Vivía en Warri, y cuando tenía doce años su padre aceptó casarla con un señor que la pretendía y quiso obligarla a someterse a la MGF. Ella se negó y fue golpeada varias veces hasta que consiguió huir con la ayuda de su madre y de una amiga. El tribunal rechazó la solicitud al considerar que no se había aportado la suficiente información sobre la situación geopolítica de Nigeria para justificar el asilo.

Preguntas:

1. Teniendo en cuenta las normas nacionales e internacionales sobre el asilo, ¿está debidamente fundada la denegación del mismo en estos casos?
2. Valora críticamente (con argumentos a favor o en contra) el hecho de que la situación de Nigeria en torno a la protección de los derechos de las mujeres sea tenida en cuenta de forma dispar en ambas sentencias.
3. Si se concede el asilo a la mujer nigeriana por haber sido sometida a la MGF (hecho que ocurre en la primera sentencia), ¿hasta qué punto esta decisión es compatible con las medidas dirigidas a castigar a las madres, también mutiladas, que llegan con sus hijas mutiladas a España?



A.A.





RECUADRO 4: Evaluación

1. Seleccione y analice dos sentencias judiciales sobre la MGF, una condenatoria y una absolutoria, procedentes de un tribunal estatal o autonómico. Puede hacer referencia a la legislación y jurisprudencia de ámbito nacional, regional y/o internacional. Dé su opinión teniendo en cuenta los dilemas que las diferentes decisiones plantean.

2. Conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿Considera que el Código Penal es un instrumento útil para combatir la MGF?

2. ¿Qué riesgos conlleva la intervención penal?

3. ¿Qué principios legales deberían prevalecer en la penalización de quienes realicen una MGF?

Ilustre sus respuestas con aplicaciones prácticas reales o ficticias.



A.A.





Capítulo V

Trabajo social, Educación y Psicología





Capítulo V

Trabajo social, Educación y Psicología

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

1. Mejorar las competencias culturales del alumnado en trabajo social, educación y psicología respecto de las cuestiones relativas a la MGF;
2. Promover el diálogo intercultural en temas delicados como la MGF;
3. Encontrar estrategias para atender y apoyar a las niñas y mujeres sometidas a MGF; y
4. Fomentar el debate y la discusión mediante casos críticos y ejemplos problemáticos.

SUMARIO

1. Trabajo social (Cecilia Gallotti, Roma3)
 - 1.1. Aspectos generales
 - 1.2. Aspectos prácticos
 - 1.3. Aspectos críticos
 - 1.4. Dilemas
 - 1.5. Orientaciones
2. Educación (Valentina Vitale, Roma3)
 - 2.1. Aspectos generales
 - 2.2. Aspectos críticos
 - 2.3. Orientaciones y sugerencias
3. Psicología (Carla Moleiro, ISCTE-IUL)
 - 3.1. Introducción general, referencias teóricas
 - 3.2. Aspectos prácticos
 - 3.3. Orientaciones para la evaluación



A.A.





1. Trabajo social

Cecilia Galloti (Roma3)

1.1. Aspectos generales

El compromiso para acabar con la MGF en contextos de migración ha puesto de manifiesto la necesidad de una mayor coordinación entre el sector social y el sector sanitario, así como la necesidad de un cambio de enfoque de una perspectiva exclusivamente clínica a otra que aborde el fenómeno en toda su complejidad sociocultural. Hoy en día, las políticas sociales de los países de la UE han incorporado el problema de la MGF: ya no solo inciden en la oposición a la práctica, sino también en la prevención de la misma, a fin de lograr la integración social de las mujeres y niñas implicadas.

Más allá de las diferencias significativas que existen entre las estrategias adoptadas, es posible identificar puntos comunes en el trabajo social de prevención de la MGF: el uso de redes integradas de actuación social y sanitaria como base para la acción coordinada; la organización de procedimientos de recepción y servicios de apoyo especializados; la formación de las y los trabajadores sociales; y la realización de actividades educativas en colegios y asociaciones juveniles.

1.2. Aspectos prácticos

Redes locales integradas de actuación social y sanitaria

Los principales objetivos de las redes integradas son:

- coordinar los esfuerzos en el ámbito social y sanitario como los servicios de ginecología, obstetricia, pediatría, medicina general, enfermería, sexología, psicología, trabajo social, educación y mediación; pero también con los y las profesionales que trabajan el área del asilo político y el tráfico de personas;
- integrar las acciones de los diferentes agentes (otros servicios y asociaciones) a nivel local y nacional; y
- hacer un trabajo de difusión efectivo para informar y sensibilizar a las mujeres y a sus familias sobre la prevención de la MGF de forma coherente y sistemática.

Este último punto es delicado, evidentemente. Por una parte, la información acerca de los aspectos legales y sanitarios brinda a las mujeres la capacidad de entender cómo la circuncisión femenina a la que fueron sometidas es interpretada en los países de acogida. Por otra parte, la comunicación para la prevención puede estigmatizar y, por consiguiente, provocar resistencias culturales.



A.A.





Los mensajes unilaterales de prevención contruidos de “arriba abajo” no suelen tener en consideración las relaciones interculturales que subyacen en la MGF. Por esta razón, muchas redes han introducido proyectos participativos y comunitarios con la ayuda de mediadoras y mediadores y de femmes-relais. Se entiende que muchas de las mujeres implicadas consideran la MGF como un asunto privado, por lo que su abordaje desde el ámbito público no suele darse por sentado.

Procedimientos de recepción especializados

Algunos contextos resultan de especial relevancia para la labor de prevención: la atención sanitaria, el embarazo y el parto; los centros de asesoramiento para jóvenes en los que se imparte educación sexual; y los centros de acogida de solicitantes de asilo político.

Respecto a los centros sanitarios, cabe señalar que algunos hospitales y centros médicos que reciben a un gran número de mujeres con MGF están equipados con sistemas especiales para practicar desinfibulaciones relacionadas con el parto (y las posibles/posteriores peticiones de reinfibulación) y, en algunos casos, están también preparados para prestar asesoramiento psicológico.

Respecto a los servicios sociales, los centros especializados no son estrictamente necesarios, pero como han demandado algunas asociaciones nacionales e internacionales (GAMS Bélgica e INTACT 2014), se debería

nombrar y formar a “personal de referencia” que pueda acompañar y aconsejar a los demás trabajadores y trabajadoras de los centros sociales que atienden casos de MGF. Además, se ha abogado por crear equipos de mediadoras y mediadores interculturales y líderes y lideresas comunitarias para tratar el tema de la MGF desde un enfoque sensible a las culturas de las mujeres y niñas que han sido o pueden ser sometidas a la práctica.

Sensibilización y formación de profesionales

Aunque en algunos contextos ya se imparte formación especializada, las y los profesionales sanitarios y sociales siguen sintiéndose poco competentes respecto a la MGF (Simonelli et al. 2013). Se preguntan cuál es su papel, el deber que tienen y el alcance del secreto profesional, qué enfoque es el más apropiado, etc.

Los objetivos generales de la formación de las y los trabajadores sociales sobre MGF son los siguientes:

- aumentar sus conocimientos sobre la variabilidad de los contextos de la práctica;
- mejorar sus competencias en la interacción con mujeres con MGF; y
- dotarles de técnicas de entrevista para el diálogo interpersonal cuando se relacionan con las familias.



A.A.





Se puede hacer hincapié en algunos objetivos específicos.

La formación de las y los trabajadores sociales debe transmitir conocimientos y orientaciones prácticas sobre la MGF y aportar una comprensión más compleja y crítica del fenómeno en sí. En especial, debe:

- situar la MGF en una matriz más amplia de representaciones culturales de la salud, la sexualidad y las prácticas de modificación del cuerpo, considerando los cambios históricos y culturales de las “tradiciones” en un panorama global;
- aportar conocimientos sobre la variabilidad territorial, la pluralidad de las historias de migración y las diferencias en los contextos vitales de las mujeres con MGF;
- tener en cuenta el sistema específico de poder, género y edad, así como las negociaciones dentro de las familias y grupos a los que pertenecen las mujeres; y
- considerar los puntos de vista de las mujeres acerca de los servicios sociales y sanitarios, las modalidades de acceso y el uso de los mismos, sus percepciones y necesidades en relación con el tratamiento médico de la MGF y, de forma más general, con sus interacciones culturales.

1.3. Aspectos críticos

La labor de prevención no puede contemplarse como un proceso unidireccional. La investigación etnográfica sobre los puntos de vista de las mujeres migrantes con MGF muestra que actualmente la “tradicción” se sitúa ahora en un contexto global e integrado de significados múltiples, en el que las funciones de la práctica evolucionan y el paradigma del juicio negativo, al menos al principio, se convierte en hegemónico. Este hecho tiene el poder de generar algunas contradicciones y nuevas vulnerabilidades relacionadas con el estigma y las relaciones interculturales.

De hecho, en el contexto de los servicios sociales, situar las relaciones interculturales en el “marco de la ayuda humanitaria” (Fusaschi 2015) y la MGF en un marco conceptual de “condena”, es un lugar común entre los y las profesionales. Se ha observado que ello no solo entorpece la participación de las mujeres en los programas de prevención, sino que contribuye asimismo a crear vulnerabilidades específicas relacionadas con el estigma de “estar circuncidada y, por lo tanto, ser motivo de censura”.

Las mujeres circuncidadas no pueden considerarse objetos de las estrategias de apoyo por parte de “otras” mujeres, presuntamente mejores y “más libres”. La labor de prevención debe desarrollarse en un marco de alianza y no de ayuda, y reconocer que las mujeres con MGF buscan una mayor participación, que constituyen sus propias asociaciones con mucho esfuerzo y que denuncian sus problemas a pesar de la falta de espacios



A.A.





públicos. En resumen, se trata de crear una nueva estrategia común sobre la “integridad” del cuerpo y la “integración” social.

1.4. Dilemas

Muchos trabajadores y trabajadoras sociales “descubren” la MGF cuando acompañan a las mujeres en sus revisiones ginecológicas rutinarias. Incluso en los centros de salud, salvo en caso de parto, los y las profesionales no reconocen fácilmente la MGF, sobre todo los casos de escisión. Uno de los dilemas más frecuentes es lo que llamamos “el ciclo de la negación”.

Extractos de entrevistas (Galotti 2009)

Un ginecólogo que trabaja en un servicio público de salud:

“Cuando estoy realizando la consulta, pregunto qué ha ocurrido, cómo y por qué, pero evitan responder a [la pregunta] y sonríen sin entrar en detalles. No sé si es reticencia o si ni siquiera entienden lo que les pregunto, como si les preguntara por qué tienen una oreja”.

Una mujer nigeriana, usuaria del servicio:

“Es la primera vez que esos trabajadores y trabajadoras ven a las mujeres. Las miran con extrañeza y no saben qué decir, y yo me siento un poco... avergonzada porque incluso ahora, si tengo que ir a una visita médica, sé que van a pensar mal, sí-¿Qué es esto?” van a preguntar, ¡solo porque no saben nada sobre ello! Así que lo miran como si fuera algo extraño -¡Dios, esto es asqueroso!- ¡pero si veo un médico negro como yo, no me pasa!”

La idea preconcebida de la MGF como un “tabú cultural” puede convertirse en una arma de doble filo con efectos paradójicos: las dos partes parecen apresadas en un silencio mutuo en el que una cree que la otra no quiere hablar de la práctica. Sin embargo, según el conocido axioma de la teoría de la comunicación, “uno/a no puede no comunicar”. Todo lo que se calla acerca de la MGF genera de forma inevitable interpretaciones vagas, estereotipos y malentendidos, lo cual acaba incrementando la distancia y la incompreensión entre el o la trabajadora social y la usuaria.



A.A.





Ejercicios prácticos para utilizar en el aula

Debata las diferentes respuestas

¿Qué es mejor? ¿Hablar o no hablar de ello?

1. Respetar el supuesto tabú cultural y evitar los problemas que podrían crear el hecho de nombrar la MGF de forma inapropiada y herir así la privacidad e intimidad de las mujeres.
2. Hablar de ello, porque ser consciente del problema es un elemento fundamental para la prevención y la renuncia a la práctica de la MGF en las niñas.
3. “Preguntar e investigar es necesario, ¡pero no hace falta llamar a tanta gente! Es un asunto personal –¡personal!– así que usted pregunta y yo le explico lo que es”(Extracto de una entrevista con una mujer somalí en una investigación etnográfica, en: Galloti 2009).

Debata el siguiente dilema

“¿Cómo podría descubrir lo que piensan realmente?”

Ésta fue la pregunta que se hizo Christine Walley durante su trabajo de campo en Kenia (Walley 1997), al interpretar el rechazo de las mujeres a hablar de la MGF como consecuencia del hecho de que no la pueden criticar en público.

En los países de acogida, los y las profesionales se hacen la misma pregunta cuando coinciden con mujeres que han sido sometidas a la MGF, pero la causa de su reticencia a hablar parece haberse invertido, ya que ahora se deriva del hecho de que no pueden criticarlos a ellos/ellas. Debata esta aparente paradoja.



A.A.





Sugerencias para el estudio de casos

Una mediadora que trabaja en un centro de ayuda frecuentado por mujeres con MGF “confiesa” a una compañera de su confianza que tiempo atrás practicó circuncisiones tanto masculinas como femeninas en su país.

- *¿Cuándo eras pequeña viste a tu padre hacerlo?*
- *Sí, sí, pero aquí ya no lo hago. No, mi padre no era médico - es algo que aprendió de su padre. Se transmite de padres a hijos. Me explicó que la circuncisión de la mujer era más fácil. Los labios menores se extirpan desde la base... extirpas esto y lo otro, después extirpas un poco de clítoris - te llevas un poco, un trozo, y ya está. En cambio, con los hombres, es necesario tirar hasta arriba, y después cortas... también pierde sangre, lo atan con un hilo – usamos hilo. Aquí, lo hacen en casa, no saben cómo hacerlo o no tienen el instrumental adecuado, pero aquí solo hago agujeros en las orejas, eso es lo único que hago, no hago nada más” (Gallotti 2009).*

Debata las diferentes reacciones que puede suscitar este caso

1. Denunciar el asunto a la dirección del centro o considerarlo un secreto profesional.
2. Vigilar a la mediadora para ver si miente o si engaña al centro de asistencia social, o tratar de encontrar una manera de poner en valor sus competencias.

Enumere otras situaciones similares. Interprete los roles de la mediadora y la compañera de trabajo de forma alternada para explorar sus emociones y los reflejos de sus propias reacciones ante la confesión de la mediadora.

1.5. Orientaciones

Es preciso reflexionar acerca del significado del silencio y de cómo las mujeres lo utilizan. En determinados contextos, el silencio puede ser subversivo. La supuesta reticencia de las mujeres a hablar de la MGF con los y las trabajadoras sociales puede estar relacionada no solo con una



A.A.





comprensible necesidad de protegerse y de salvaguardar la esfera privada y la integridad social, sino también con el estigma intercultural y con la dificultad de gestionar la pertenencia multicultural en un mundo que juzga la MGF como una “barbaridad”.

Cabe señalar que el propio sistema socio-sanitario, con sus categorizaciones institucionales, forma parte del proceso de cambio en curso. Por lo tanto, para llevar a cabo una intervención adecuada es necesaria la reflexión crítica sobre el propio servicio, su lenguaje y sus ideologías.

La MGF debe considerarse como un problema clave que debe prevenirse pero también, en los contextos migratorios, como una pieza de un sistema de interacciones del que los servicios sociales forman parte. En este sentido, para los trabajadores y trabajadoras sociales, es fundamental ejercitar la descentralización cultural y mejorar las competencias interculturales.

2. Educación

Valentina Vitale (Roma3)

2.1. Aspectos generales

El entorno educativo es otro sector crucial para la prevención de la MGF. Cómo relacionarse con las niñas y mujeres procedentes de las comunidades

que practican la MGF, es un asunto complejo, sumamente delicado y controvertido a la vez. La esfera privada e íntima de la familia debe tenerse en cuenta. No en vano, a raíz de algunos experimentos que se han realizado en países de origen, han surgido serios debates. En varios países africanos (por ejemplo, Burkina Faso²⁰), algunos colegios han adoptado procedimientos como el de examinar los genitales de las niñas durante las revisiones médicas escolares, un protocolo que ha sido considerado como discriminatorio y traumático para la niña en situación de riesgo. Tal vez, en estos casos, entablar un diálogo con las niñas durante las revisiones médicas, e incluso con los padres y las madres, sea una estrategia menos invasiva y un camino más idóneo.

Hasta ahora ha sido en los países de destino de los flujos migratorios donde se ha hecho especial énfasis en la estrategia educativa. Por una parte, la confrontación con las estructuras sociales y culturales del país de acogida puede favorecer que se tome consciencia del daño ocasionado por este tipo de operaciones y que las y los migrantes se pregunten por qué estas prácticas todavía subsisten. Por otro lado, la presión ejercida sobre las familias puede acrecentarse en contextos en los que se sienten con el deber de proteger su “identidad cultural” y sus propias tradiciones. La práctica de la MGF puede en efecto ser percibida, tanto por los padres y madres como por las hijas, como una reafirmación cultural y un modo de mantener a las familias simbólicamente unidas a sus raíces, a fin de que sean socialmente aceptadas a su regreso a los países de origen.



A.A.





Puesto que estas niñas asisten al colegio en los países de acogida, los equipos directivos y docentes deben implicarse en las iniciativas y acciones de formación y sensibilización sobre MGF. El aumento de los movimientos migratorios en los últimos años ha generado un importante debate sobre la integración del alumnado migrante en los países de acogida. La escuela es una institución que contribuye a integrar de forma dinámica a los y las migrantes: es una de las primeras instituciones con las que las familias migrantes establecen una relación estable y, además, se crea un vínculo educativo y relacional entre las partes implicadas.

El entorno escolar constituye un contexto privilegiado para la integración social y suele ser considerado por otras instituciones como un lugar idóneo para iniciar el debate, dar información y contribuir a la prevención de la MGF. Por ende, se considera que se debería proporcionar a los establecimientos escolares, los conocimientos, habilidades y medios apropiados para identificar a las niñas que se encuentran en una situación de riesgo y emprender las acciones oportunas en lo relativo a las intenciones de sus familias al respecto de la práctica.

2.2. Aspectos críticos

Seguramente, las y los pedagogos tienen los conocimientos y las herramientas para gestionar casos de MGF aunque, de acuerdo con las estadísticas, rara vez lo hacen. Desde un punto de vista crítico, es importante advertir que muchos programas de sensibilización, prevención y vigilancia de la MGF en

contexto escolar, tienden a esencializar su componente violento, propagar la preocupación social y ahondar en los estereotipos negativos sobre el continente africano. Por consiguiente, se acaba agravando el fenómeno de discriminación del alumnado procedente de las zonas donde se practica la MGF.

Una primera recomendación que se desprende de esta constatación es que la formación del profesorado y la labor de sensibilización del alumnado y sus familias no deberían abordar la MGF como un tema aislado, sino dentro de un problema más amplio como es la violencia de género. El papel de las escuelas y del profesorado es el de integrar y optimizar la socialización de todas y todos los alumnos (con sus distintas experiencias vitales y orígenes culturales) y de minimizar los procesos de exclusión y discriminación.

Por lo tanto, es fundamental que el profesorado y el personal escolar estén formados y preparados para:

- gestionar las diferencias culturales y lingüísticas, así como las dificultades de aprendizaje, con el fin de evitar generar un método de análisis que no sea homogéneo;
- implantar modelos educativos que reconozcan la diversidad para ayudar tanto al alumnado como a sus familias, a superar posturas asimilacionistas o etnocéntricas;
- reducir los problemas de integración escolar;



A.A.





- y contribuir a la disminución del abandono escolar.

Además, la escuela tiene el deber de divulgar información adecuada, promover la prevención, la vigilancia y la sensibilización contra la violencia de género. También debe desarrollar proyectos o actividades para preparar al profesorado y alentar al alumnado a reflexionar sobre cuestiones tales como el género como construcción social, los estereotipos y prejuicios de género, los patrones patriarcales, la discriminación por razón de género, la violencia doméstica, el acoso escolar, etc.

Aparte de fomentar los debates en torno a la violencia de género, la escuela debe ahondar en otros temas que afectan al cuerpo y la sexualidad (incluyendo las intervenciones genitales asociadas a la transexualidad y la identidad transgénero), de manera que se incorpore la MGF a un debate más amplio acerca de los cuerpos y las culturas.

De esta manera, la escuela difundirá la idea de que la violencia de género es un fenómeno generalizado en toda Europa que no puede atribuirse únicamente a contextos no europeos ni identificarse solo con la práctica de la MGF.

2.3. Orientaciones y sugerencias

En el caso de que, en la escuela, se detecte a una menor de edad que ha sido sometida a MGF, se han de considerar algunos aspectos relevantes para definir el mejor modo de actuar. En primer lugar, es preciso ponerse en

contacto con los servicios de salud (por ejemplo de pediatría o ginecología) y los servicios sociales (por ejemplo, un centro de asesoramiento familiar). Estos servicios pueden desempeñar un papel de apoyo muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones familiares. Si la niña o algún otro miembro de la familia tiene problemas de comunicación debido a la barrera idiomática, se recomienda solicitar el apoyo de un mediador o mediadora lingüística que pueda hacer las veces de intérprete.

La escuela es la responsable, en colaboración con los servicios sociales y sanitarios, de promover un clima de confianza mutua. Deberá por lo tanto evitar las actitudes de superioridad cultural. También se abstendrá de emitir cualquier juicio de valor con el fin de establecer el contacto y entablar un diálogo con la familia de la niña.

Es fundamental evitar estigmatizar a una familia y a una menor con MGF, la cual muy probablemente no se sentirá “mutilada”. Si se les hace sentir así se crea la percepción de que la niña es una “víctima”. La intervención escolar junto con la de los servicios pertinentes, deben considerar que al padre y a la madre les puede parecer inapropiado hablar en público sobre la MGF. Esto sucede porque para muchas comunidades migrantes, hablar de cualquier tema relacionado con la sexualidad es tabú. Una intervención con un sistema cerrado como es la familia, se percibe a menudo como una injerencia en asuntos privados que no tienen nada que ver con el conjunto de la sociedad.



A.A.





Esta actitud podría ser malinterpretada por familias migrantes que proceden de contextos social y culturalmente muy distantes del lugar en el que residen y de los sistemas institucionales de intervención con los que interactúan. Encontrar canales de comunicación apropiados también depende de la creciente sensibilización de las comunidades sobre el carácter ilegal de la práctica de la MGF en el país de acogida. Si en el colegio, se descubre un caso de MGF que afecte a una menor, es necesario evitar que la intervención sea agresiva o exclusivamente represiva, porque podría provocar que la familia retirara a la niña del colegio, lo cual iría en detrimento de su desarrollo personal y de su integración social.

3. Psicología

Carla Moleiro (ISCTE-IUL)

3.1. Introducción general y referencias teóricas

Competencias interculturales de asesoramiento

Como psicólogos y psicólogas, la cuestión de la MGF debe enmarcarse dentro del contexto del asesoramiento intercultural y/o de las competencias clínicas. Si bien en un principio se conceptualizó como sensibilidad o capacidad de respuesta intercultural, hoy en día existen varias definiciones y perspectivas de la competencia intercultural.

Sue, Arredondo y McDavis establecieron los fundamentos del asesoramiento multicultural (1992) al presentar un modelo tridimensional que planteaba el papel central (1) del grado de consciencia de los valores o prejuicios del asesor/a o terapeuta y la visión del mundo del o la paciente; (2) los conocimientos; y (3) las habilidades/estrategias de intervención sensibles a las culturas (Arredondo et al. 1996).

La primera dimensión –la consciencia– hace referencia a la forma en la que las actitudes, creencias, valores, suposiciones y consciencia de sí mismo del o la terapeuta afectan su interacción con pacientes culturalmente muy diferentes de él o ella. Ello requiere un proceso de exploración del yo como ser cultural y de las propias concepciones culturales de uno/a mismo/a.

La segunda dimensión –la de los conocimientos– remite al conocimiento detallado de culturas distintas de la propia. Entre dichos conocimientos, se incluyen las historias, tradiciones, valores, prácticas, etc. También implican conocimientos sobre conceptos y procesos tales como: las influencias culturales en el desarrollo psicosocial, los modelos de aculturación y el estrés por aculturación, el desarrollo de la identidad étnica y racial, los estilos de comunicación cultural en la relación de ayuda, la percepción de la discriminación como un factor de riesgo para el bienestar, los síndromes culturales y las intervenciones cultivo-específicas.

Por último, la tercera dimensión consiste en la habilidad para entablar interacciones efectivas y significativas con distintos individuos y establecer



A.A.





relaciones integrando la consciencia de sí mismo y los conocimientos culturales dentro de las habilidades prácticas para la relación de ayuda, valoración e intervención (Arredondo et al. 1996; Pope-Davis et al. 2003).

En la actualidad, todas las perspectivas sobre competencia intercultural admiten que, en un centro médico, cualquier profesional (por ejemplo, psicólogos o psicólogas) debe ser capaz de dar una asistencia adecuada y de calidad a pacientes de otras culturas. La competencia intercultural se ha definido como el proceso dinámico y complejo de ser consciente de, y de reconocer, las diferencias individuales y culturales, reflejadas en las actitudes, creencias y conocimiento del o la profesional, y sus capacidades para trabajar con individuos procedentes de varios grupos culturales, incluidos los que se definen sobre la base de la raza, etnia, religión, género, clase social, orientación sexual o diversidad funcional (Constantine y Ladany 2001; Daniel et al. 2004).

Un enfoque biopsicosocial (de la salud)

Otro importante fundamento teórico para las y los psicólogos que trabajan con mujeres y comunidades que practican la MGF es el enfoque biopsicosocial de la salud. Este enfoque define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social absoluto y no como la mera ausencia de enfermedad o debilidad (OMS 2000). Así, integra la salud en un contexto holístico (bienestar mental y físico) y (micro, meso y macro-) sistémico.

Los procesos de la salud (y la enfermedad) son el producto de factores biológicos (lesiones e infecciones), psicológicos (comportamientos y actitudes individuales, estrés y mecanismos de superación) y sociales (apoyo social, comportamientos de salud comunitaria y normas sociales). Por consiguiente, el desarrollo de intervenciones desde un enfoque psicosocial de la salud (Straub 2013) implica que se examinen las cuestiones médicas como la MGF a través de los procesos psicosociales (por ejemplo, el género, las identidades sociales y las normas, los procesos interculturales, la discriminación y la opresión) y en su contexto cultural. También requiere utilizar el concepto de “interacción social” para integrar en un marco coherente los distintos niveles de análisis de las cuestiones médicas: el nivel individual, el nivel interpersonal, el nivel grupal y el nivel comunitario.

3.2. Aspectos prácticos

Las intervenciones psicológicas en este contexto pueden situarse en los siguientes niveles:

Nivel individual: Entender y examinar las consecuencias sanitarias, psicológicas, familiares y sociales de la MGF en una niña o mujer en concreto; por ejemplo, el síndrome de estrés postraumático y la relación de las experiencias de discriminación y prejuicio en torno a la salud física y mental.



A.A.





Nivel interpersonal: Promover la empatía cultural en la relación profesional (incluida la comunicación verbal y no verbal) e integrar a los mediadores y mediadoras culturales en el contexto clínico.

Nivel grupal: Entender y examinar las cuestiones de género y la pertenencia al grupo, interviniendo, por ejemplo, en el apoyo a las víctimas de violencia de género o en la difusión de los procesos de integración-migración (reconociendo los modelos de desarrollo étnico-identitario y los procesos de aculturación).

Nivel comunitario: Investigar las normas sociales comunitarias, promover el empoderamiento de la comunidad e implicar a los líderes comunitarios, por ejemplo, para lograr cambios de comportamiento con el apoyo de la comunidad mediante el diseño de intervenciones personalizadas basadas en la predisposición al cambio y en la investigación-acción participativa (Barret et al. 2015).

Sugerencia para el estudio de un caso en el aula

Una mujer de 25 años de Conakry, Guinea, se presenta en la clínica, derivada por una médica de atención primaria. Refiere una serie de síntomas somáticos (por ejemplo, fuertes dolores de cabeza, fatiga crónica) y ansiedad (por ejemplo, se siente ansiosa fuera de casa y evita los eventos sociales/comunitarios). Está casada, tiene dos hijos o hijas y llegó al país hace menos de un año. En este momento, está esperando un tercer bebé y su médica de atención primaria le está proporcionando asistencia prenatal.

Debata algunas de sus preocupaciones en este caso:

1. Establecer la relación de terapeuta.
2. Valorar su contexto sistémico (conyugal, familiar y relaciones sociales).
3. Construir conjuntamente los objetivos y las tareas para trabajar con ella como terapeuta.



A.A.





Debata el siguiente dilema

Usted trabaja en un jardín de infancia en el que recientemente han llegado tres hijas de una familia de refugiados. Tienen dos, cuatro y cinco años. En la reunión semanal de la escuela, el maestro o maestra de la niña mayor (Muna) comenta que tiene todavía problemas para controlar el esfínter y que a menudo se orina. El director o directora de la escuela le informa a usted y al resto del equipo de que la madre de Muna ha dicho que está circuncidada, y que tiene un problema de control del esfínter desde entonces. Algunos miembros del equipo opinan que se debería notificar a los servicios de protección de menores la situación de la niña y de su familia, otros opinan que no.

3.3. Orientaciones para la evaluación

- Interprete los roles de esta situación en una primera sesión de asesoramiento.
- Redacte un debate sobre la historia de un caso ficticio similar.



A.A.





Capítulo VI

Antropología y Cooperación



A.A.





Capítulo VI

Antropología y Cooperación

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

1. Familiarizar al alumnado con los enfoques antropológicos de la MGF;
2. Concienciar al alumnado de las implicaciones socioculturales de las políticas de desarrollo relacionadas con la MGF;
3. Entender la importancia de un enfoque etnográfico de la MGF; y
4. Subrayar la importancia de los enfoques autorreflexivos y críticos en la intervención humanitaria.

SUMARIO

1. Etnografía: La MGF y las diferencias culturales
(Ricardo Falcão y Clara Carvalho, ISCTE-IUL)
 - 1.1. MGF, violencia, sexualidad y posibilidad de casarse
 - 1.2. La MGF a través de la mirada de los hombres y la presión social ejercida sobre las mujeres
2. La MGF como tradición y la MGF como norma social
(Adriana Kaplan y Neus Aliaga, Wassu-UAB)
 - 2.1. Un rito de paso y un rito de institución
 - 2.2. ¿Qué es una norma social?
3. Economías morales y desarrollo internacional
(Giovanna Cavatorta y Francesco Pompeo, Roma3)
 - 3.1. Áreas de intervención: ámbitos sociales, sujetos multiposicionados y campos locales de definición
 - 3.2. Derechos humanos y economías morales: una panorámica
 - 3.3. En busca de los objetivos morales y humanitarios de la MGF



A.A.





1. Etnografía: la MGF y las diferencias culturales

Ricardo Falcão y Clara Carvalho (ISCTE-IUL)

La MGF es una cuestión compleja que aborda la oposición entre los derechos individuales y las normas sociales, los actores externos y los individuos locales, las instituciones internacionales y la autonomía nacional. El enfoque antropológico pretende entender los múltiples puntos de vista de la MGF. Aborda tanto las actividades como las justificaciones éticas del proyecto humanitario implicado en las campañas anti-MGF y a quienes intervienen a nivel local, incluidos las y los responsables, profesionales y demás sujetos.

La antropología opta por un enfoque holístico a la hora de entender la MGF como parte de la construcción social más amplia de la diferencia de género en las distintas sociedades. Las identidades femeninas se construyen en oposición a las identidades masculinas, pero a su vez se complementan. El cuerpo de las mujeres asume esta construcción de muchas y variadas maneras entre las que se encuentra la MGF.

A través de un enfoque antropológico, basado en descripciones detalladas de los procesos y agentes de la MGF, los y las antropólogas son capaces de entender las diferentes experiencias que engloba la práctica, así como su evolución y su adaptación. Se hace hincapié en las interpretaciones que los agentes hacen de la realidad social y de las representaciones culturales

(perspectiva émica) en contraposición con la representación social de la misma realidad (perspectiva ética).

Algunas antropólogas y antropólogos enfatizan el enfoque émico y prefieren la expresión “modificaciones genitales femeninas (MoGF)”, ya que no estigmatiza a las mujeres sometidas a esta práctica con la calificación de “mutiladas”, tal y como ocurre con la expresión MGF. La perspectiva antropológica de la MGF se interesa por la diferencia cultural, entendida y explicada como la relación entre quienes observan y quienes son observados, entre quienes han crecido con la MGF como una referencia cultural y quienes no. El estudio de esta relación y los límites de este conocimiento definen lo que normalmente se conoce como epistemología.

La epistemología antropológica afirma que no es posible conocer la alteridad cultural en su totalidad, por lo que aboga por un “relativismo metodológico” o por el relativismo como método. La etnografía es el conocimiento de la alteridad cultural adquirido por la experiencia, la importancia simbólica de estar en el mundo como identidad colectiva y como individuo con consciencia y cuerpo. Dicho conocimiento surge de las múltiples interacciones de los individuos con la vida social –sus interpretaciones, representaciones y manipulaciones de las reglas y las normas sociales–. Todo ello refleja la complejidad de un espacio social y una educación de lo que implica habitar diferentes realidades.

Kirsten Hastrup nos dice: “dado que los individuos forman parte por naturaleza de un espacio social más amplio [...] aunque también



A.A.





representan discontinuidades dentro del mismo [...], en la práctica, el espacio social se cuestiona y se remodela constantemente. El trabajo de campo muestra cómo en la práctica se alcanzan acuerdos o bien se rompen. El espacio social es dinámico...” (Hastrup 2005, 139).

La etnografía viene a ser la educación de lo que implica la interpretación del mundo desde un punto de vista concreto, más que un método aplicable a la realidad para hacerle hablar.

Entender la importancia de la etnografía con el fin de explicar mejor cómo la MGF se convierte en una práctica socialmente significativa, donde quiera que se lleve a cabo, conlleva:

1. considerar la existencia de diferentes procesos y negociaciones sociales en un espacio social porque
2. los y las agentes sociales tienen una posición compleja, dinámica y cambiante; y
3. las actitudes de los y las agentes sociales frente a la práctica de la MGF dependen de una multitud de variables y contingencias (Hernlund y Shell-Duncan); y
4. por último, rechazar estrategias únicas a la hora de abordar la MGF o bien rechazar explicaciones unilaterales del fenómeno.

Debate: Conocer las diferencias culturales

Considere, por ejemplo, una mujer gambiana de la etnia de los mandinka que acude a un centro sanitario de Barcelona. Teniendo en cuenta que en su cultura normalmente se circuncida a las mujeres en lo que constituye un rito de paso, ¿consideraría que la MGF equivale a “convertirse en mujer” y este hecho representa una forma de introducir la problemática a la madre y plantearle si piensa someter a su hija a la MGF?

1.1. MGF, violencia, sexualidad y posibilidad de casarse

“Las costumbres sociales [...] no son patologías” (Shell-Duncan 2008, 229)

Aunque a veces se piensa que el conocimiento etnográfico es interpretativo, ello no evita que pueda usarse un análisis estructurado destinado a dar respuesta a preguntas concretas, y contribuir así a entender tendencias reales. Dicho conocimiento relaciona a menudo realidades imprevistas y temas que no tienen una conexión aparente. Un ejemplo de ello son los estudios sobre sexualidad, violencia y/o posibilidad de casarse en contextos africanos.



A.A.





Debate: el estudio de la sexualidad en África

Signe Arnfred, una investigadora noruega que ha estudiado la sexualidad en África, señala una dimensión a menudo olvidada cuando considera “la manera en que las cuestiones relativas a la sexualidad en África se plasman en las investigaciones (a menudo orientadas hacia los intereses de los donantes que las impulsan) y los debates contemporáneos centrados en la enfermedad y la violencia (VIH/SIDA, MGF) [...]. La sexualidad –la femenina en particular– parece estar vinculada a la violencia y/o a la muerte. No se dice mucho sobre el placer y el disfrute o el deseo - desde luego, no sobre el deseo de la mujer-.” (Arnfred 2004, 59).

Lo arriba mencionado enfatiza el contraste esencial entre “enfermedad y violencia” y “placer y disfrute, o deseo”. Este fuerte contraste subraya cómo las cuestiones relacionadas con la sexualidad en África tienen una connotación negativa, pero también cómo parece haber un dualismo inherente entre las interpretaciones que señalan una realidad negativa y aquellas que enfatizan una visión del mundo de la mujer más positiva y empoderada, donde las visiones de género no son reificadas en un patriarcado que lo abarca todo sin entender sus propias particulares.

El significado de la MGF como forma de violencia de género se ve limitada cuando la violencia contra las mujeres está muy extendida y forma parte del día a día. Desde un punto de vista metodológico, es interesante saber que el carácter negativo que presentan las perspectivas de género parece ser anterior a cualquier análisis, siendo un aspecto más a tener en cuenta en la práctica de la MGF. El hecho de que las categorías establecidas que se emplean normalmente en el análisis de la MGF no hagan referencia a conceptualizaciones locales genera importantes limitaciones a la hora de entender las costumbres y percepciones locales. Así, las percepciones negativas sobre la MGF tienen que ser cuidadosamente confirmadas por parte de los agentes sociales de modo que activistas y personal investigador puedan entender el apoyo social o la falta de apoyo social que rodea la práctica. Los prejuicios negativos y positivos hacia la MGF deben analizarse en toda su complejidad y hay que utilizar el enfoque del relativismo metodológico, dado que no hay altos principios morales para juzgar la realidad.

Unas descripciones detalladas pueden proporcionar percepciones alternativas más complejas. Las mujeres pertenecientes a comunidades que practican la MGF pueden no asumirse como víctimas de violencia. Cuando se trata de la MGF, la idea de “violencia” debe situarse en el contexto cultural. Esta consideración condujo a Fuambai Ahmadu, una antropóloga de origen sierraleonés con residencia en Estados Unidos, circuncidada, a expresar su preocupación por el hecho de que “la mayoría de los estudios sobre la iniciación femenina y el significado del corte genital insisten en que se trata de una práctica ‘nociva’ [...] basándose en los presuntos efectos físicos, psicológicos y sexuales del corte



A.A.





genital [...] [y que] según esta línea de análisis, la escisión es necesaria para el patriarcado” (Ahmadu 2000, 284).

La postura de Ahmadu en el debate sobre la MGF es controvertida, especialmente para quienes son partidarios del movimiento tolerancia cero, pero su subjetividad es necesaria porque nos hace reconsiderar las diferentes realidades que engloba la abreviatura MGF, abreviatura que, según Ahmadu, está excesivamente centrada en la infibulación y, por lo tanto, en la forma más extrema de MGF.

Debate: ¿Cómo se percibe “la violencia” en las diferentes culturas?

Imagine que forma parte de una comunidad que practica la MGF, y cree que seguir las tradiciones es un elemento importante de su identidad. ¿Cómo se sentiría si personas que no comparten el mismo trasfondo cultural le dijeran que es usted víctima de violencia de género? ¿Puede compararlo con ejemplos recientes de parecidas aproximaciones a la diferencia cultural? Debata los argumentos anti-MGF tanto desde la defensa de los derechos individuales de las niñas y las mujeres, como desde el punto de

vista de la violencia de género. Contraste los argumentos anti-MGF con los argumentos a favor de seguir las tradiciones, aunque estos últimos conlleven modificaciones corporales.

La postura radical de Ahmadu, que se niega a posicionarse a favor o en contra de la MGF, nos recuerda la complejidad de las prácticas que llevan a circuncidar a las mujeres cuando alcanzan la mayoría de edad. La criminalización de estas prácticas ha sufrido un considerable retroceso, lo que indica la fuerza y la resiliencia de las creencias culturales. De acuerdo con Ahmadu, las comunidades de Gambia que practican la MGF ya no lo hacen en el curso de largas festividades tras la cosecha de invierno, sino que la llevan a cabo en marcos más restringidos y a edades cada vez más tempranas. Su trabajo de campo en Gambia la ha llevado a entender que la MGF es una práctica importante para dar identidad de género y que las y los forasteros que adoptan un discurso global no lo tienen en cuenta (véase la tercera sección de este capítulo).

Promover un cambio de “comportamiento hacia la MGF” cuando esta conducta está enraizada en las normas sociales y las creencias, exige tener la capacidad de entender qué significado transmite la experiencia de ser cortada en lo que respecta a los roles de género entendidos como construcciones culturales. Las



A.A.





explicaciones occidentales, basadas en paradigmas racionales y utilitarios, pueden ser percibidas como algo ajeno e impuesto por personas cuyo trasfondo cultural y visión del mundo son diferentes. Esto favorece que los derechos de las personas recogidos en los instrumentos de derechos humanos se externalicen, lo que implica que estos derechos vienen impuestos por agendas que no tienen en consideración ni su carácter local ni el carácter espacial de las relaciones sociales. La mayor parte de las resistencias locales a las campañas de erradicación de la MGF se deriva de la mala gestión de las “diferencias culturales” en torno al género, la persona, la familia, la estructura social y la moralidad, así como sobre violencia y placer, y enfermedad o disfrute. Dependiendo del tiempo y del lugar, las personas conceptualizan el mundo según distintos términos culturales, simbólicos o lingüísticos, se apoyan en experiencias distintas y utilizan distintas representaciones culturales.

Hay enfoques sociales “estratégicos” para considerar cómo tiene lugar la práctica de la MGF, pero, dado que se trata de una tendencia general, no confirman ni desmienten ningún argumento teórico preconcebido, como el que aduce que “la MGF existe a causa de los hombres”, y no como un medio de constituir jerarquías de género en paralelo, por ejemplo, en aquellas comunidades donde se practica la circuncisión masculina junto con la femenina.

1.2. La MGF a través de la mirada de los hombres y la presión social ejercida sobre las mujeres

Por una parte, la MGF se relaciona normalmente con el patriarcado, sobre todo desde una perspectiva feminista. Por otra, la complejidad de las

dinámicas sociales que contribuyen a su continuidad también requiere el uso de indicadores específicos con el fin de entender las actitudes relacionadas con esta práctica.

Un estudio que investiga el conocimiento y las actitudes de los hombres gambianos en relación con la MGF nos proporciona un panorama de las percepciones generales sobre la materia:

“La MGF se ha practicado durante siglos por lo que ha adquirido un significado cultural profundo. En el marco de una visión compartida del mundo donde la vida se entiende como una sucesión de ciclos, en muchas sociedades se ha vinculado la MGF con el momento en el que la niña se convierte en mujer. Durante el rito de paso a la edad adulta, en una ceremonia celebrada fuera del alcance de los ojos de terceros, especialmente los hombres, se enseñaba a las iniciadas la riqueza social y cultural de su comunidad, así como su papel y sus responsabilidades como mujeres, madres y esposas, de forma que se establecían las relaciones de poder y de género” (Kaplan et al. 2013, 2).

El mismo estudio muestra cómo los hombres apenas participan en el proceso de toma de decisiones, y que, por tanto, la MGF resulta ser principalmente una elección de las mujeres (75,8%) o una decisión de otros parientes y miembros de la comunidad (10,0%) (ibíd. 4). También sostiene que “visto a través de las miradas de los hombres, el mundo secreto de las mujeres permanece anclado en conceptos confusos determinados por la cultura en la tradición étnica, influidos también por la religión...” (ibíd. 8).



A.A.





Las actitudes y los conocimientos tanto a nivel individual como a nivel colectivo son importantes para entender mejor cómo la sociología influye en la prevalencia de la MGF.

Debate: posibilidad de casarse, matrimonios interétnicos, presión social y contingencia en África Occidental

Aunque la posibilidad de casarse es un argumento a favor de la prevalencia de la MGF, tiene valores distintos en los diferentes marcos culturales. En África occidental (en países como Gambia o Senegal) y en África Oriental (en países como Kenia), este “factor de prevalencia” ampliamente aceptado parece tener pesos relativos distintos. Según Hernlund y Shell-Duncan:

“La cuestión de la posibilidad de casarse es el centro del modelo convencional ideado por Mackie (2000), y esta preocupación ciertamente parece que influencia la práctica en muchas partes de África. Sin embargo, tal y como concluyó Hernlund en una investigación anterior en zonas principalmente urbanas de Gambia, la suposición que la MGF es necesaria para que la mujer ‘encuentre un marido’ no se confirma en esta región (Hernlund 2003; véase también Ahmadu 2005). En primer lugar, es

extremadamente raro encontrar en Gambia a una mujer soltera en contra de su voluntad. En segundo lugar, no es creíble que una mujer gambiana -procedente de un grupo que circuncida, pero sin circuncidar-, aun cuando los matrimonios interétnicos son frecuentes y aceptados, se sienta como si no pudiera casarse, cuando su elenco de posibles maridos incluye hombres procedentes de grupos étnicos que no circuncidan” (Hernlund y Shell-Duncan 2007, 51).

Por el contrario, Hernlund y Shell-Duncan consideran que la presión social es un elemento mucho más decisivo en la prevalencia de la MGF en las sociedades senegambianas. “El factor determinante en la persistencia de la MGF ha sido la potente costumbre de la presión femenina más que la preocupación por el hecho de casarse (véase también Ahmadu 2005). [...] La presión social femenina se manifiesta no solo en contexto del matrimonio interétnico, sino también en grupos multiétnicos de coetáneos y grupos de mujeres jóvenes. Por ejemplo, a veces las niñas wolof ‘acompañan’ a sus amigas cuando van a circuncidarse, incluso en contra de la voluntad de sus padres y madres (Hernlund 2003). Sin embargo, en la actualidad tenemos pruebas de que estos casos son algo menos



A.A.





frecuentes, al menos en las zonas urbanas de Gambia, donde las niñas son cada vez más circuncidadas solas o con otra niña, y con poco ritual de acompañamiento o entrenamiento. En estos casos, la dinámica de grupo que arrastra a las niñas que no están circuncidadas es menos fuerte” (Hernlund y Shell-Duncan 2007, 53).

- Reflexione sobre las posibles implicaciones de enfatizar estos elementos explicativos: posibilidad de casarse y presión social.
- Reflexione si estos elementos representan diferentes dinámicas sociales.

2. La MGF como tradición y la MGF como norma social

Adriana Kaplan y Neus Aliaga (Wassu-UAB)

La MGF está vinculada con la religión, el grupo étnico, el género (fomentar la feminidad), la sexualidad, la salud, la higiene, la edad, el matrimonio (virginidad prematrimonial, fidelidad conyugal) y la socialización (rito de paso, honor). No solo tiene importancia en el seno de la comunidad, sino que también tiene un significado para el individuo, ya que se ajusta a un

sistema de creencias y valores que difiere en cada una de las comunidades que la practican y en cada contexto y que cambia con el paso del tiempo.

Debate: El valor de la MGF

“En la Kenia actual, el valor de la circuncisión femenina ha cambiado y la práctica se contempla desde distintas ópticas según la persona o los grupos de mujeres. Tal es el caso de Njambi (2004, 2007), a quien le sobrevino la necesidad de la circuncisión a medida que fue creciendo y fue entonces cuando se sometió a la práctica dado el significado que esta tenía para ella como mujer. Lo llevó a cabo sin detenerse en la opinión de otras personas –como su madre y su padre– en la materia; para ella fue un camino personal. Este no es más que un ejemplo de los casos en que la práctica supone una motivación personal más que grupal: para Njambi (2007) la práctica supuso incluso una manera de empoderarse. La circuncisión femenina proporciona acceso al poder social, político y económico en una sociedad indiscutiblemente patriarcal (Njambi 2004). Por tanto, la perpetuación de la circuncisión femenina atiende tanto a intereses individuales como a los de la comunidad. También refuerza el sentimiento de solidaridad femenina que se experimenta durante y después de este tipo de ceremonias, dando lugar, por consiguiente, a una nueva formación o a la reinención de las prácticas tradicionales” (Esho, Van Wolputte y Enzlin 2011, 64).



A.A.





2.1. Un rito de paso y un rito de institución

En algunas comunidades, y en términos culturales y sociales, la circuncisión (tanto masculina como femenina) forma parte del rito de paso de la niñez a la edad adulta, y la edad en la que se practica difiere en función de variables como el sexo, el grupo étnico, el lugar y la densidad demográfica de los grupos que la practican. El ritual es fundamental para que niños y niñas accedan en el futuro al mundo de los adultos y, como ocurre en muchas culturas, el mundo secreto de las mujeres está claramente definido y es diferente del mundo secreto de los hombres (Kaplan et al. 2013). La circuncisión es una señal que simboliza de por vida la inclusión en un grupo. Es un asunto de pertenencia y membresía social: marca la diferencia entre estar dentro o fuera (Kaplan, Hechevarría y Puppo 2015, 31-32).

Arnold Van Gennep (1960) describió el rito de paso como un fenómeno social de gran importancia que consta de tres etapas que, aplicadas a la MGF, serían las siguientes:

- **Separación:** Se aísla de la comunidad a los niños y niñas y se les circuncida. La ruptura con la etapa anterior (niñez) está marcada por el corte del prepucio o la escisión del clítoris, por la sangre y el dolor.
- **Marginación:** Se prolonga el tiempo que dura la curación. Durante este período se transmiten las lecciones sobre el mundo adulto con firmeza y severidad y se adquiere riqueza cultural y social y se internalizan

todos los derechos y las obligaciones de la sociedad. Se trata de un período de alto riesgo, rodeado de cuidados y normas estrictas, de tabús y prohibiciones acerca de la MGF, la higiene, la comida, la vestimenta, etc., y de normas de comportamiento respecto a los padres y las madres, la gente mayor, el otro género y los demás grupos étnicos (estudian la historia de las interrelaciones entre las etnias).

- **Inclusión:** se presenta a las y los iniciados en una gran celebración pública, como nuevos miembros que han adquirido nuevos roles y estatus social. Ya tienen la legitimidad para ser aceptados por la comunidad, y ahora pertenecen al mundo secreto de las mujeres o de los hombres.

Quienes participan en el ritual son los supervisores de la iniciación y están legitimados por las y los ancianos del pueblo. Quien lidera el grupo organiza la operación y es responsable de imponer las reglas, desarrollar el ritual y culminarlo (Kaplan, Moreno Navarro y Pérez Jarauta 2010).

El concepto de “communitas”, un tipo de interacción humana que surge cuando no existe una estructura social específica, ofrece una descripción más explícita que indica el período liminal de los rituales, el momento en que los individuos están sujetos a una autoridad común y son iguales en su ambigua condición, sin que se les evalúe en esta etapa (Turner 1969).

Cuando se describe la MGF como un ritual, es necesario establecer la “función social” y el “significado social” de los confines/límites que determinan a quién



A.A.





pertenece el rito y a quién no, límites que definen la separación entre quienes se han sometido al rito, quienes todavía no lo han hecho y quienes no lo harán nunca (Bourdieu 1991, 117). Atraer la atención hacia la “línea” (que permite distinguir quienes han sido sometidas al rito y quienes no) en lugar de centrarse en el “paso”, implica que los “ritos de paso” son “ritos de consagración”, “ritos de legitimación” o “ritos de institución” (Bourdieu 1991).

“El rito de institución tiende a integrar específicamente las oposiciones sociales, tales como ‘masculino/femenino’, en una serie de oposiciones cosmológicas, lo que constituye un medio muy eficaz de naturalizarlas. Por consiguiente, los ritos sexualmente diferenciados consagran la diferencia entre los sexos: convierten una simple diferencia de hecho en una distinción legítima, una institución” (Bourdieu 1991, 118).

La comunidad reconoce en la niña que ha sido sometida a la MGF a una “mujer” y la trata de manera muy distinta a las niñas que no están circuncidadas. El cuerpo y los genitales de la criatura se vinculan social y culturalmente a un género, y, por lo tanto, se vinculan a un acto de institución (“convertirte en lo que eres”). Una niña/mujer circuncidada tendrá también la obligación de comportarse como se espera de ella (de forma diferente a un niño/hombre) y “cumplir y vivir de conformidad con su esencia social”. En palabras de Bourdieu “instituir, dar una definición social, una identidad, significa también imponer límites [...] no solo otorgados y reconocidos como los derechos y privilegios, sino también asignados, impuestos, como los deberes, mediante el énfasis, la motivación y las incesantes llamadas al orden” (Bourdieu 1991, 121).

Hoy en día, en algunas culturas y en zonas urbanas, la edad de las niñas sujetas a la MGF ha disminuido y el acto se realiza de forma individual y sin celebración (Hernlund 2000). El paso a un acto privado o incluso secreto, es consecuencia de las sanciones penales que se imponen en los países donde se practica la MGF y de las campañas internacionales en contra de esta práctica.

Debate: ¿Anticultura o antiprogreso?

“El rumbo que deben tomar las mujeres es una cuestión que deben decidir ellas mismas junto con sus familiares más próximos. Del mismo modo que los ‘tradicionalistas’ acérrimos deben dejar de insistir en que las mujeres sin circuncidar no son social y culturalmente ‘mujeres’ y, por lo tanto, se les debe negar los derechos legales y la dignidad social, los esfuerzos denodados de los abolicionistas por obligar a las mujeres a rechazar la práctica y estigmatizar a aquellas que mantienen sus tradiciones ancestrales calificándolas de ‘analfabetas’, ‘retrógradas’, de estar en contra de ‘los derechos de las mujeres’ y del ‘progreso’, son inaceptables. En este ‘debate’, la mayoría de las mujeres africanas ‘circuncidadas’, están entre la espada y la pared, como se suele decir: o bien



A.A.





rompen con el derecho consuetudinario tradicional y se enfrentan a las consecuencias de la 'no pertenencia', o bien ignoran los crecientes esfuerzos por prohibir la práctica y se enfrentan a posibles sanciones legales instigadas por los abolicionistas tanto a nivel nacional como internacional. Hoy en día, parece que la presión que se ejerce sobre las mujeres africanas 'circuncidadas', instruidas o no, las obliga a elegir entre dos posiciones extremas: ser 'anticultura' o 'antiprogreso'" (Ahmadu 2000, 309).

2.2. ¿Qué es una norma social?

En 2008, Hobart Peyton Young resumió el concepto de norma social de la siguiente manera: "Las normas sociales son reglas habituales de comportamiento que coordinan nuestras interacciones con las demás personas. Una vez que una manera particular de hacer las cosas se convierte en una regla establecida, continúa vigente porque preferimos ajustarnos a una regla, debido a la expectativa de que otros/as se ajusten a ella" (Mackie et al. 2015, 21).

Mackie et al. (2015) explican que una norma social:

- es una acción que se considera normal, típica y/o apropiada dentro de un grupo (Paluck y Ball 2010);

- recibe apoyo por parte de un grupo de referencia;
- depende de las acciones de los y las demás;
- depende de las creencias y expectativas de los y las demás;
- tiene un grupo de referencia que la sostiene;
- recibe aprobación o desaprobación y está influida socialmente;
- es una norma de comportamiento que articula e influye en las interacciones con otras personas; y
- se compone de tres elementos: 1) expectativas sociales (una creencia sobre lo que hace el resto del grupo y sobre lo que piensan que uno/a debería hacer); 2) un grupo de referencia; 3) influencia social (aprobación o desaprobación con sanciones positivas o negativas).

Hay indicadores (DHS y MICS) que ayudan a identificar (pero no establecer) cuando una norma social está presente en una comunidad determinada.

Los indicadores principales son, según Mackie et al. (2015, 59-63):

- prevalencia muy elevada de la práctica/norma en un lugar concreto o en un grupo étnico determinado y una prevalencia muy baja en otro lugar/grupo cercano;
- discrepancias entre las actitudes y los comportamientos (estar en contra de la práctica/norma y, sin embargo, continuar con ella);
- persistencia de la práctica conforme avanza el tiempo;
- y cambios rápidos en la práctica.



A.A.





Mackie (1996, 2000) propone un modelo de la teoría de los juegos para explicar por qué la práctica exige un cambio en las convenciones sociales si se quiere lograr el abandono de la MGF, esto es que una multitud de personas abandonen la práctica y permitan que sus hijos se casen con mujeres no circuncidadas, debido a que esta práctica es una convención social que uno/a sigue sin cuestionar (Shell-Duncan et al. 2011).

Ejercicio: Juego de roles

“Cuando las poblaciones protagonistas de estas lógicas socioculturales migran hacia Europa, la práctica de la MGF aparece rodeada de nuevas complejidades.

- El encuentro con una cultura que no practica la MGF, no necesariamente la conoce y, cuando sí la reconoce, la condena y persigue con instrumentos legales.
- La incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa en España.

- Conflictos de lealtades respecto a sus mayores en las sociedades gerontocráticas de origen, donde el poder lo ostentan los ancianos que representan y legitiman la reproducción de la tradición.
- La percepción de que problematizar la MGF no es una prioridad, debido a que sus urgencias son de carácter laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia doméstica, escolar, etc.
- La existencia de una violencia simbólica difundida por los medios de comunicación a través de imágenes y palabras.
- La necesidad del mito del retorno y su incidencia en el proceso de socialización de las niñas y en la construcción de género y de la identidad.

(Kaplan, Moreno Navarro y Pérez Jarauta 2010, 26-27)



A.A.





3. Economías morales y desarrollo internacional

Giovanna Cavatorta y Francesco Pompeo (Roma3)

3.1. Áreas de intervención: ámbitos sociales, sujetos multiposicionados y campos locales de definición

De manera general, la antropología, con su combinación de participación y observación, conlleva una implicación con sus interlocutores e interlocutoras y muestra el punto de vista desde el interior, lo cual es necesario para entender la dinámica social de la vida cotidiana. A este respecto, ofrece algunos conceptos reflexivos clave que ayudan a las y los investigadores, desarrolladores y agentes que se encargan del “asunto de la MGF” a manejar los retos a los que tienen que enfrentarse.

En primer lugar, dado que las posturas locales respecto a las prácticas nunca son homogéneas o monolíticas, es necesaria una noción más precisa de los y las agentes sociales. Henrietta Moore, que considera a las personas como sujetos multiposicionados, sugiere que los y las agentes sociales no expresan una única posición subjetiva marcada por el género, sino que cada quien toma múltiples posiciones, incluso contradictorias “dentro de una variedad de discursos y prácticas” (Moore 1994, 55). Esto implica que cada sociedad tiene actitudes y visiones que no pueden reducirse a un solo sistema ético o de género. Así, es fundamental entender y ubicar a la vez la multiplicidad de posiciones para evitar que las y los desarrolladores o agentes sociales adopten actitudes culturalistas, tales como la de pensar

que “las concepciones compartidas que son características a un entorno social concreto, o incluso un pueblo africano concreto, son estables y antiguas, que existen a todos los niveles, son homogéneos y reflejan una visión del mundo que se fundamenta en valores comunes” (Olivier de Sardan 2005, 83).

En segundo lugar, el enfoque histórico, dinámico y crítico que ofrece la antropología nos obliga a reconsiderar la macroestructura en que la MGF aparece como un problema y cómo se articula en cada contexto local. En la agenda global de los derechos humanos que promueven las agencias de la ONU y otras organizaciones internacionales, algunos cambios en los genitales de las mujeres, etiquetados como “mutilación genital”, aparecen como una práctica universal descontextualizada (véase Fusaschi, [2.2. “Genitales y construcción del cuerpo de la mujer”](#) en el tercer capítulo de esta guía). Además, se producen una moral global y un elemento social intolerable. Esta construcción discursiva estructura las políticas e intervenciones locales, lo que es determinante para las asimetrías de poder entre los agentes implicados. Los proyectos educativos y de desarrollo que se centran en la MGF y fomentan el abandono de esta práctica constituyen ámbitos en los que el simple hecho de nombrar, definir y ubicar la mutilación o el daño es complejo y, a menudo, bastante conflictivo.

“Los proyectos de desarrollo siempre suponen un ámbito en el que entran en conflicto varias lógicas y estrategias: las de los impulsores de los proyectos de desarrollo se contraponen a las lógicas y estrategias de la llamada población destinataria” (Olivier de Sardan 2005, 137).



A.A.





En este sentido, las relaciones de poder entre las y los diferentes agentes implicados en los proyectos que fomentan el abandono de la MGF (ONG, personal expatriado y local, autoridades gubernamentales y otras autoridades locales, grupos destinatarios, etc.) deben ser consideradas seriamente, ya que también representan una dimensión económica. Esto implica analizar las jerarquías sociales entre los miembros de las comunidades y los “expertos y expertas”, incluidos aquellos expertos y expertas locales que obtienen un salario y beneficios del proyecto. De hecho, la dimensión económica resulta un factor significativo en estas prácticas y no solamente con respecto a las y los circuncidados (Gosselin 2000a, 2000b). Algunos grupos pro-MGF basan sus discursos antioccidentales/neocolonialistas en el privilegio económico (Cavatorta 2015).

En cada campo local de definición sobre las prácticas irreversibles en los genitales femeninos, tanto en Europa como fuera de ella, encontramos varios significados culturales profundamente arraigados así como diferentes posturas morales. Desde el Informe Hosken (1982), los ámbitos locales se han estructurado en el conflicto entre personas que promueven un discurso que se solapa con el mayoritario, el marco occidental anti-MGF y quienes lo rechazan. Pero entre quienes rechazan este marco, hay quienes no están a favor de la MGF y, aún estando en desacuerdo con otras cuestiones de la agenda anti-MGF, sí están a favor del abandono de la práctica. Por ejemplo, una parte considerable del trabajo de campo ha subrayado la importancia social de la posición anti-MGF, proponiendo discursos de elevado componente confesional sobre la inviolabilidad del cuerpo de la mujer (considerado algo “divino”), admitiendo la autoridad

de la interpretación religiosa (Abusharaf 2006; Hadi 2006; Cavatorta 2015).

3.2. Derechos humanos y economías morales: una panorámica

Si se mira el gobierno humanitario transnacional, la MGF ha pasado de manera progresiva de ser una cuestión de salud a una cuestión de derechos humanos (Shell-Duncan 2008), y por último, una mezcla de ambas (Baer y Brysk 2009). Todo ello está lejos de ser un proceso neutral, por lo que es preciso reconsiderar el sistema de los derechos humanos.

La antropóloga Sally Engle Merry (2006) en su investigación sobre el movimiento internacional en contra de la violencia contra las mujeres, mostró cómo se desarrollaron el discurso y las leyes basados en los derechos humanos, especialmente los que están vinculados con la violencia de género. Al enfatizar las asimetrías entre los países en los ámbitos globales de definición e incidencia política, Merry prueba que las ideas globales de justicia y derechos se fomentan contra las culturas (lo que produce representaciones esencializadas y ahistóricas) y contra los significados y las prácticas de los pueblos subalternos. El enfoque resultante sobre los derechos humanos obstaculiza la comprensión de los significados así como el diálogo con los grupos destinatarios, que a menudo permanecen cegados por una actitud moralista. El sistema de los derechos humanos es de tipo moral y los agentes humanitarios internacionales, las ONG y los grupos de presión explotan los “sentimientos morales” en su labor (Fassin 2012, 1), lo que transmite la idea de que existe un solo sujeto ético universal y produce realidades sociales intolerables.



A.A. >





Desde una perspectiva antropológica, no se puede hablar de “intolerable universal”. Solo se puede aseverar “la universalidad de lo intolerable” (Fassin 2005, 47). Cada sociedad humana produce sus intolerables “porque cada sociedad humana hace referencia a un universo de valores incrustado en sensibilidades”, en base a las cuales “establecen una línea roja que no se puede cruzar sin renunciar a lo que son sus fundamentos” (Fassin 2005, 47). Las y los antropólogos, al estudiar esta producción de intolerables, deben asumir que “nuestro sentido moral no se corresponde con su sentido social” (Fassin 2005, 29) y también deben entender la base social y cultural sobre la que se crea cada intolerable. Esto implica entender la razón última por la que dejar los genitales intactos puede considerarse insoportable entre la población local (por ejemplo, puede suponer arriesgar la fertilidad o la salud de la mujer, subvertir el género y las jerarquías basadas en el género, etc.). Además, implica entender las causas profundas sociales y materiales que subyacen, tales como no tener acceso al agua y, por lo tanto, a la higiene, la dependencia económica de las mujeres respecto a su marido, la pobreza estructural, etc. Esta labor etnográfica y hermenéutica es crucial si queremos comprometernos de manera eficaz a promover el abandono de estas prácticas.

La clasificación que hace la OMS de la MGF debería reconsiderarse como el resultado de una economía moral internacional con aspiraciones hegemónicas y algunas veces neocoloniales que tienen que ser ubicadas sociocultural e históricamente. En la última década, se ha redefinido el concepto de “economía moral” como la circulación de valores y de los intolerables en los mundos sociales (Fassin 2009). Mediante este concepto,

Didier Fassin subrayó la imbricación de lo moralmente intolerable y la indignación social con las gubernamentalidades humanitarias y estatales en relación con las mujeres, los niños y las niñas y, en general, con los grupos que la biopolítica y la necropolítica consideran víctimas. Estos tipos de gubernamentalidades, sostiene Fassin, están creando una ontología de la desigualdad que jerarquiza las personas de acuerdo con el valor que se atribuye a su vida (Fassin 2012). Una consecuencia de este tipo de política es el paradigma de gobierno llamado “compasión y represión” (Fassin 2012, 133-160), que los estados europeos tienen para con las mujeres solicitantes de asilo que proceden de países cuyo riesgo de MGF es considerado muy elevado (véase Falcão, [2.3. Migración, movimientos migratorios y etnicidad, en el capítulo tercero de esta guía](#)). Esta consideración debe ser entendida, no como un dato neutral, sino como un dispositivo de dichas gubernamentalidades (Foucault 2007; Fusaschi 2014; Merry 2016).

3.3. En busca de los objetivos morales y humanitarios de la MGF

Desde determinadas perspectivas y diferentes modalidades de trabajo de campo, algunas investigadoras e investigadores han estudiado cómo las economías morales determinan la MGF como un objeto humanitario y un asunto de estado local. Dichos estudios revelan las relaciones de poder, las dinámicas de exclusión y la violencia epistémica (por ejemplo, el prejuicio eurocéntrico) que están en juego en las políticas anti-MGF. Algunas de las cuestiones teóricas que surgen en este contexto también tienen un gran significado ético y político.



A.A.





Una línea de investigación analiza el valor de la diferencia entre los seres humanos (Fassin 2005; Butler 2004) al que este tipo de políticas incita, especialmente cuando se aplican en los países europeos. Una pregunta que podría plantearse sería: ¿de qué manera se enmarcan las intervenciones en los genitales de las niñas y los niños en Europa y cómo se “tratan”? Fusaschi (2015) analiza dos casos de intervención en Italia desde esta perspectiva: uno en relación con los genitales de una niña y otro en relación con los de un niño. Demuestra que el tratamiento jurídico y mediático de ambos casos revela cómo el género, la religión, la pertenencia a la comunidad y el color de la piel son esenciales y, precisamente a causa de la biopolítica de estado contra la MGF, se han convertido en ejes de jerarquía social y de exclusión de las poblaciones migrantes. Otro enfoque teórico contempla el vínculo entre la política del cuerpo (Scheper-Hughes y Lock 1987) y el consentimiento. Con respecto a la política del cuerpo, podemos reconocer fácilmente en las actitudes sociales occidentales, la diferencia establecida entre la cirugía estética de los genitales femeninos y el corte genital femenino “étnico” y “discriminado” (Johnsdotter y Essén 2010). En relación con este último, un cuerpo inmigrante “ajeno” se construye con el fin de ser domesticado y adscrito a una categoría subalterna (Fusaschi 2014).

En cuanto al consentimiento, las y los antropólogos admiten que es un tema controvertido y ambiguo (Godelier 1989; Mathieu 1991). El concepto liberal y occidental de consentimiento considera que se trata de un “universal” neutral, obviando así el hecho de que solo algunas mujeres tienen el derecho a consentir. Por ejemplo, hay madres a quienes se les

permite decidir si sus hijas pueden modificarse los genitales (en el Reino Unido, con las chicas jóvenes que quieren someterse a un piercing íntimo) y otras a quienes no se les permite (en el caso de una joven de Yibuti que solicite la Sunna). De esta manera, las jerarquías se institucionalizan. Además, ¿qué ocurre con el reconocimiento de la capacidad de agencia de las niñas? Al estudiar la parte de la historia de Kenia relativa a la prohibición de la MGF, Thomas (1996) se centra en la subjetividad de las niñas y, al hacer hincapié en las relaciones de poder entre las generaciones implicadas, describe los intentos por parte de las niñas de tomar el control sobre las personas adultas precisamente desafiando la prohibición e intentando circuncidarse entre ellas.

Otro enfoque es el que cuestiona la categoría de “víctimas”, piedra angular de las políticas relacionadas con los cuerpos femeninos, donde se entrecruzan los discursos y retóricas humanitarias y feministas eurocéntricas. El trabajo de campo antropológico y el “relativismo metodológico” (Jackson 2005), que sitúa a las niñas y las mujeres como agentes, hace hincapié en las complejas relaciones de poder en juego entre géneros y generaciones. Además, este punto de vista reflexivo y teórico, de base etnográfica, cuestiona los discursos eurocéntricos y esencialistas feministas. Este es el reconocimiento de que, lejos de ser una mera señal de un régimen patriarcal avasallador, “la circuncisión y sus implicaciones sociales” pueden incluso “ser utilizadas por las mujeres de forma estratégica como elementos útiles para negociar el estatus subalterno e imponer la complementariedad con los hombres” (Boddy 1989, 319). Desde su ámbito de trabajo de campo en el Sudán del norte, Janice Boddy confirma que “muchas ven la circuncisión



A.A.





como una culminación más que como una causa de opresión (al fin y al cabo, ninguna ha llegado a la edad adulta con los genitales intactos)” (Boddy 1989, 319).

El conjunto de prácticas agrupadas bajo la denominación de corte genital femenino constituye el centro neurálgico de las dinámicas de poder y, en este sentido, no deberíamos tener ningún reparo ético en reconocer que pueden usarse como tácticas. Más bien, nuestra obligación es entender cómo se puede asumir esta configuración. Además, la discriminación y la violencia de estado relacionadas con la MGF no terminaron con el colonialismo, siguen existiendo, tal y como muestra el estudio sueco de las revisiones ginecológicas obligatorias para las niñas migrantes (Johnsdotter 2009). La investigación antropológica confirma que la adopción activa de dichas prácticas también está relacionada con las campañas y políticas cuyo objetivo es erradicar el corte genital femenino mediante la victimización y los enfoques neocolonialistas.

Evaluación

Los siguientes artículos se basan en el análisis de proyectos y campañas que promueven el abandono de las prácticas de MGF en algunos países africanos. Debata los enfoques teóricos propuestos por sus autoras y autores, así como los intereses sociales, morales y políticos derivados de cada ámbito local.

- Diop, Nafissatou J., y Ian Askew. 2006. “Strategies for encouraging the abandonment of female genital cutting: Experiences from Senegal, Burkina Faso and Mali”. En *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, editado por Rogaia Mustafa Abusharaf, 125-41. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Gosselin, Claudie. 2000. “Handing over the knife: Numu women and the campaign against excision in Mali”. En *Female “Circumcision” in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan y Ylva Hernlund, 193-214. Búlder-Londres: Lynne Rienner.



A.A.





- Hadi, Amal Abdel. 2006. "A Community of Women Empowered: The Story of Deir Al Barsha". En Female Circumcision: Multicultural Perspectives, editado por Rogaia Mustafa Abusharaf, 104-24. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Thomas, Lynn M. 2000. "'Ngaitana (I will circumcise myself)': Lessons from Colonial Campaigns to Ban Excision in Meru, Kenya". En Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change, editado por Bettina Shell-Duncan y Ylva Hernlund, 129-50. Búlder-Londres: Lynne Rienner.



A.A.





Capítulo VII

Estudios de Género y Estudios Feministas



A.A.





Capítulo VI

Estudios de Género y Estudios Feministas

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

1. Desarrollar los conocimientos del alumnado sobre la MGF y otras prácticas dañinas.
2. Desarrollar las capacidades del alumnado para abordar y analizar una práctica patriarcal como la MGF desde una perspectiva sensible al género, intercultural y no etnocéntrica.
3. Proporcionar conceptos teóricos, herramientas y métodos desarrollados por una gran diversidad de autoras y pensadoras feministas para abordar de forma crítica la MGF.
4. Llevar al alumnado a reflexionar sobre la construcción sociocultural del género, la genitalidad y la sexualidad y su relación con la desigualdad de género.

SUMARIO

1. Jerarquía de género y MGF
 - 1.1. Sistemas patriarcales (Laura Nuño Gómez, URJC)
 - 1.2. Género y genitalidad (Magaly Thill, URJC)
 - 1.3. Control sobre la sexualidad de las mujeres (Laura Nuño Gómez, URJC)
 - 1.4. El marco androcéntrico de los derechos humanos (Laura Nuño Gómez y Magaly Thill, URJC)
 - 1.5. Violencia contra las mujeres (Sonia Núñez Puente, URJC)
 - 1.6. Género, coerción y consentimiento (Sonia Núñez Puente, URJC)
2. La MGF y otras prácticas generizadas
 - 2.1. Algunas formas de MGF del tipo IV cuyo aspecto dañino es cuestionable (Michela Fusaschi, Roma3).
 - 2.2. Nexos entre la MGF y otras prácticas dañinas (Laura Nuño Gómez y Magaly Thill, URJC)
 - 2.3. Diferencias y similitudes entre la circuncisión masculina y la MGF (Gily Coene, VUB)
 - 2.4. Cirugía plástica genital en Europa (Michela Fusaschi, Roma3)
 - 2.5. Interseccionalidad y estigmatización de las supervivientes de la MGF en la Unión Europea (Gily Coene, VUB)
3. Empoderamiento y participación de las mujeres
 - 3.1. Estatus de las mujeres escisoras/circuncidadoras (Michela Fusaschi, Roma3)
 - 3.2. Las voces de las feministas del Sur en la prevención de la MGF (Gily Coene, VUB)
 - 3.3. Por qué y cómo involucrar a los hombres para contrarrestar la MGF (Gily Coene, VUB)
 - 3.4. La MGF y la perspectiva de empoderamiento (Sonia Núñez Puente y Magaly Thill, URJC)



A.A.





1. Jerarquía de género y MGF

1.1. Sistemas patriarcales

Laura Nuño Gómez (URJC)

El concepto de patriarcado hace referencia a los sistemas, estructuras y prácticas sociales, culturales, ideológicas e institucionales que permiten y han sustentado a lo largo de la historia, la dominación masculina y la opresión y explotación de las mujeres en la familia y en la sociedad (Lerner 1986, 239; Walby 1990, 20). Este pacto metaestable e interclasista entre varones, destinado a subordinar a las mujeres (Amorós 1997, 27), el cual no es estático ni monolítico, permite que éstas ejerzan algún poder sobre otros miembros de la familia, como los niños y niñas pequeñas e hijas adolescentes, y que mantengan un control aparente sobre las tareas género-específicas, en particular las relativas a la reproducción de la vida. Así mismo, en la mayoría de los sistemas patriarcales, las mujeres pueden ocupar determinadas posiciones de poder en la esfera pública, siempre y cuando dicha presencia no amenace la prevalencia y dominación masculina. Conviene señalar que algunas teóricas prefieren utilizar el concepto de sistema sexo/género, para resaltar que “las formas empíricamente opresivas en las que los mundos sexuales han sido organizados” no son ineluctables (Rubin 1975, 168).

Para explicar la supervivencia del patriarcado a través de la historia, se ha demostrado que la jerarquía de género se apoya en tres dimensiones

sociales interrelacionadas: 1) la ideología de género, que legitima la autoridad de los varones; 2) las normas de género, que son especialmente estrictas en el caso de las mujeres y 3) los estereotipos de género, que suelen alimentarse de argumentos deterministas (Saltzman Chafetz 1990). En sociedades en las que el logos ha sido dominado por los hombres, existe una construcción androcéntrica del discurso que instala el phallus como significante universal, un fenómeno que, después de Derrida, ha sido teorizado como falocentrismo por Cixous, Irigaray y Braidotti. El monopolio masculino sobre el conocimiento científico ha condenado a las mujeres a la alteridad y objetualización (Beauvoir 1949), la exclusión de su condición de individuo (Pateman 1988), su definición como seres defectuosos y carentes (Irigaray 1985), un permanente proceso de heterodesignación (Amorós 1997) y un estatus subalterno producto a la vez del patriarcado y del imperialismo (Spivak 1998).

1.2. Género y genitalidad

Magaly Thill (URJC)

La teoría feminista evidencia cómo, en la mayoría de las culturas, las instituciones, narrativas y prácticas han dividido a la sociedad en dos géneros dicotómicos, complementarios y jerarquizados (Millett 1970). Basándose de manera crítica en la idea antiesencialista de que el género es una construcción social, mientras que el sexo hace referencia a las diferencias biológicas (Oakley 1972), el feminismo materialista y la teoría queer han afirmado que la jerarquía es anterior a la división y que no hay



A.A.





nada acerca del sistema binario de género que venga dado o sea inevitable (Delphy 1993; Butler 1988, 531).

De acuerdo con este postulado, los cuerpos sexuados no son sino el producto de una construcción social que enfatiza las diferencias y oculta las similitudes anatómicas de varones y mujeres, incluyendo las de los órganos sexuales, con el propósito de aportar una justificación natural a la diferencia socialmente establecida entre los sexos y, desde ahí, a la división sexual del trabajo y a la dominación masculina (Bourdieu 1998). Independientemente de si el sexo viene antes o es el género que precede al sexo, el hecho es que la dicotomía sexual se ha visto reforzada socialmente mediante la acentuación de las características morfológicas de unos y otras, dando lugar a mandatos exacerbados para las mujeres, debido a que su esencia ha sido socialmente construida como cuerpo (híper)-sexualizado.

Esta dicotomía normativa se manifiesta en los significados asociados a la MGF (Kaplan y Salas; véase [Capítulo 2.1. Significado sociocultural de la MGF](#)). No en vano una de las razones alegadas para justificar la práctica es la creencia bastante extendida de que si no es cortado, el clítoris podría crecer hasta rivalizar con el pene del hombre y dañarlo durante las relaciones sexuales (Lightfoot-Klein 1989). Sobre la base del binarismo sexual hegemónico, niños y niñas intersexuales son sometidos en Occidente a intervenciones quirúrgicas con el propósito de adecuar sus genitales a las expectativas sociales, imponiéndoles un cuerpo y una identidad de género normativos. Cuando se realizan a demanda de los progenitores en bebés y menores de muy baja edad, estas intervenciones

han sido calificadas como mutilación genital por algunas autoras, dada la gravedad del daño ocasionado en la función sexual y el bienestar físico o psicológico de las personas afectadas (Ehrenreich 2005, 74).

Así mismo, las narraciones androcéntricas sobre la sexualidad (presentes en un amplio abanico de disciplinas, desde la literatura hasta el psicoanálisis) han conceptualizado los genitales femeninos como alteridad, no-pene o vacuidad, cuando no un completo tabú (Irigaray 1977), dando lugar a mitos y estereotipos en los que son descritos como mutilados, desagradables o peligrosos, sugiriendo que deberían ser pequeños, permanecer ocultos y ser sellados (Millett 1970; Bourdieu 1998). La clitoridectomía, la extirpación de los labios, la infibulación y también de algún modo, el estrechamiento de la vagina, responden a una construcción androcéntrica y heteronormativa de la anatomía e identidad de las mujeres, ya sean practicados por motivos tradicionales o en el contexto de la cultura occidental y neoliberal pornochic (Jeffreys 2005, 82-86).

1.3. Control sobre la sexualidad de las mujeres

Laura Nuño Gómez (URJC)

La socialización patriarcal impone mandatos estrictos a la sexualidad de las mujeres con el fin de mantener sus cuerpos disponibles para su uso sexual y reproductivo por parte de los hombres de acuerdo con estándares de dominación (MacKinnon 1989, 188). Como se puede apreciar en los extractos de entrevistas reproducidos en el recuadro abajo (Recuadro etnográfico:



A.A. >





Extractos de entrevistas), las comunidades que practican la MGF creen que tiene el efecto beneficioso de reprimir el “excesivo” apetito sexual de las mujeres y proteger su virginidad hasta el matrimonio (especialmente en el caso de la infibulación) y su fidelidad de ahí en adelante, salvaguardando de esta manera el linaje del marido (El Saadawi 1980).

No sobra recordar aquí que la clitoridectomía también fue practicada en Europa y Estados Unidos durante los siglos XIX y XX por médicos y psiquiatras que actuaban de acuerdo a criterios androcéntricos y misóginos, bajo el pretexto de “salvar” a las mujeres de la histeria y otras enfermedades mentales género-específicas o incluso con el pretexto de erradicar comportamientos considerados “desviados”, como la masturbación, el lesbianismo o las demandas de autonomía, acceso al divorcio y activismo político (Showalter 1985). La diferencia entre la MGF del tipo I y estas formas de clitoridectomía medicalizada radica en el aspecto ritualista de la primera (Zabus 2004) y en los argumentos empleados para justificar ambos fenómenos: el respeto a las tradiciones que garantizan la castidad de las mujeres versus la aplicación de una “cura” pseudocientífica de unas conductas censuradas como subversivas e impropias del género femenino.

1.4. El marco androcéntrico de los derechos humanos

Laura Nuño Gómez y Magaly Thill (URJC)

La inclusión de las mujeres en el grupo de los titulares de derechos (de los que habían sido inicialmente privadas) vino acompañada de la homologación

de sus identidades con el estándar hegemónico, supuestamente neutral y universal del varón blanco, occidental, propietario, heterosexual y sin diversidad funcional. Las necesidades de las mujeres que se derivan de su posición subordinada, fueron ignoradas, diluidas y denegadas en los principales tratados internacionales sobre derechos humanos como el Pacto internacional de derechos civiles y políticos (PIDCP) o el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC). Estos textos reforzaron, en efecto, la dicotomía moderna liberal entre lo público y lo privado, además de mantener fuera del ámbito de los derechos humanos, las relaciones de poder existentes en la esfera de la familia, la intimidad y la sexualidad (Charlesworth 1994). En consecuencia, los derechos de las mujeres fueron conceptualizados como un particularismo, una especificidad y/o un privilegio (Nuño Gómez 2013).

A pesar del sesgo androcéntrico de los derechos humanos y de su limitada eficacia, las activistas feministas a escala mundial utilizaron este marco conceptual e institucional para promover sus demandas, debido a que representan una poderosa palanca para fomentar una cultura de justicia e igualdad e implicar a los estados en la materialización de estos valores. En este proceso, han de ser reseñados dos hitos importantes: la adopción de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), que ha permitido desafiar la discriminación contra las mujeres en la aplicación de las demás convenciones de las Naciones Unidas y la definición de la violencia de género (incluyendo la MGF) como una violación de los derechos humanos (Nuño y Thill; véase [Capítulo 1.5 de la guía](#)). Ciertamente es que, para acabar con



A.A.





el carácter androcéntrico del tratamiento internacional de los derechos humanos, queda aún mucho por hacer, desde el reconocimiento del trabajo reproductivo hasta la materialización del derecho de las mujeres a la autonomía sexual.

En las últimas décadas, hemos presenciado como se ha (ab)usado del discurso de los derechos humanos y, en particular, de los derechos de las mujeres, como coartada para justificar intervenciones imperialistas de carácter político, cultural, económico y/o militar en el Sur global (Abu-Lughod 2002). Este contexto ha favorecido la emergencia de voces críticas entre autores/as multiculturalistas, posmodernos/as y poscoloniales en contra del monopolio de Occidente para “corregir lo incorrecto”²² (Spivak 2004) que cuestionaron incluso la mera viabilidad de unas normas universales. Debemos tener presente que las distintas culturas son igualmente valiosas pero, todas ellas están atravesadas por las relaciones de desigualdad que genera el patriarcado. Por ello, los discursos que bajo el axioma de la “intocabilidad” de las culturas, la superioridad de los preceptos religiosos o del relativismo cultural defienden la supremacía de los supuestos “derechos” del grupo sobre los derechos individuales pueden terminar perpetuando y/o profundizando la subalternidad de las mujeres dentro del grupo (Moller Okin 1998).

Un camino prometedor para abordar y promover de manera eficaz los derechos humanos de las mujeres en toda su diversidad, de las otras concretas (Benhabib 1992), es vencer la dicotomía epistemológicamente errónea entre autonomía individual y derechos culturales mediante el

diálogo intra e intercultural (Benhabib 2004, 148). De lo que se trata es, en palabras de la feminista ugandesa Sylvia Tamale, de “evitar la polaridad entre ‘derechos’ y ‘cultura’ con el fin de alcanzar una transformación social” (Tamale 2007, 157). Esto es, combinar, en lugar de oponer, las políticas de redistribución y reconocimiento, al tiempo que se garantice la paridad participativa de las mujeres, tanto dentro del grupo minoritario como en relación al grupo dominante o mayoritario (Fraser 2013, 168-70).

1.5. Violencia contra las mujeres

Sonia Núñez Puente (URJC)

Conceptualizada como una violación de los derechos humanos y un obstáculo para la igualdad de género, la violencia de género es un fenómeno estructural muy extendido. La jerarquía sexual y el uso de la violencia con el objetivo de demostrar, asegurar y ratificarla son un denominador común en todas las culturas. Millones de mujeres, de norte a sur y de este a oeste, experimentan diferentes tipos de violencia por el mero hecho de ser mujeres. Por haber nacido niña, una persona tiene un riesgo mucho mayor de sufrir violencia física, psicológica, económica, sexual, espiritual y simbólica, en respuesta al mandato de subordinación, desigualdad de género y control patriarcal sobre los cuerpos, las decisiones, identidades y vidas de las mujeres.

A veces se cae en el error de cuestionar que la MGF sea una forma de violencia de género porque la mayor parte de las escisoras/circuncidadoras son mujeres



A.A.





y no hombres. Cabe recordar al respecto que la definición internacional de violencia contra las mujeres descansa en cinco elementos y ninguno de ellos es el sexo de la persona que la ejerce: el género de las víctimas (“mujeres”), el tipo de actos (“todo acto [...] inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad”), la causa de dichos actos (“basada en el género”), sus consecuencias (“que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer”) y el contexto en el que tiene lugar (“en la vida pública como en la privada”).

La violencia contra las mujeres no concierne solamente a la persona agresora y a la víctima: su erradicación, que resulta imposible sin abordar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, es una obligación de los estados y una responsabilidad que debe ser asumida por la sociedad en su conjunto.

1.6. Género, coerción y consentimiento

Sonia Núñez Puente (URJC)

Las niñas que no han alcanzado la mayoría de edad carecen por norma general de la capacidad legal para consentir, es decir de ofrecer una libre decisión con pleno conocimiento de las consecuencias que puede acarrear para su salud. En cambio, algunos países, bajo el argumento del respeto a la autonomía de las mujeres, no consideran como delito la práctica de la MGF en un entorno medicalizado si la mujer es adulta y da su consentimiento informado, por ejemplo, para que se le practique

una reinfibulación después del parto. Desde una perspectiva crítica feminista, no se debería eludir preguntarse en qué medida la autonomía puede verse restringida por los mandatos culturales y por la dependencia social y económica que suele caracterizar la situación de las mujeres en numerosos contextos (Rahman y Toubia 2000, 65-66; Fraisse 2007).

En este sentido, resulta muy útil la distinción entre los patriarcados de coerción y los de consentimiento, dado que proporciona un marco teórico para comprender la función que juega la violencia de género (Puleo 1995; De Miguel 2015). Aún admitiendo la premisa de que todo sistema patriarcal utiliza una doble estrategia, la diferencia entre ambos modelos es que el coercitivo delimita de manera estricta lo que está permitido y lo que les está prohibido, previendo sanciones en caso de incumplimiento, mientras que el modelo opuesto, basado en el consentimiento, promueve aparentemente la igualdad de género, aunque, en realidad, genera desigualdad a través de narrativas binarias que potencian roles de género bastante rígidos.

Está ampliamente documentado cómo los pensamientos, percepciones y acciones de los grupos dominados se construyen mediante socialización para reproducir, más que combatir, las estructuras de dominación. El concepto de habitus, concebido como un comportamiento que no es producto de una decisión consciente y racional, ni impuesto por la fuerza o mediante la coerción, sino más bien adquirido a través del ejemplo y la práctica, puede explicar la conformidad de las mujeres ante la dominación masculina y hasta su participación en el mantenimiento de los ritos patriarcales (Bourdieu



A.A.





1998). Este concepto es de utilidad para entender por qué las mujeres socializadas en culturas en las que la MGF está valorada como un rito de paso que incrementa las oportunidades de matrimonio de las niñas, pueden llegar a presentarse como grandes defensoras de la práctica, incluso cuando ellas mismas han sufrido sus secuelas en la salud y en la sexualidad.

Así mismo, es importante analizar cómo la MGF y, hasta cierto punto, la violencia contra las mujeres en general, están conceptualizadas según el relato de los medios de comunicación occidentales. Bajo el argumento proclamado del compromiso con la igualdad de género, éstos suelen revictimizar a las mujeres y niñas que han sufrido violencia mediante imágenes estereotipadas que cierran cualquier posibilidad de agencia para las víctimas (Boltanski 1993; Núñez Puente 2015).

Recuadro etnográfico: Extractos de entrevistas (Bagaglia et al. 2014)

Zema, mujer etíope de 38 años:

“Nuestro pueblo dice que, de esta manera, estás más tranquila. Dicen que una chica está más tranquila y así no tendrá tantos hijos. [...] Los padres y las madres, sobre todo, están muy contentos

porque se sienten protegidos porque su hija está más tranquila, se queda en casa, no está buscando hombres, no está nerviosa y, por lo tanto, su padre y su madre están contentos.

Te cortan, y después no sientes nada, es evidente. Estamos más... ya sabes, necesitas más tiempo. Puedes tener sexo, pero no estás tan... necesitas más tiempo. Porque tu pareja -bueno, si te conoce, te entiende -pero si estás con alguien que no te entiende, pues, bueno!

Te cortan la punta del clítoris, te cortan justo [en] ese punto donde está [la sensibilidad], así que si un hombre te conoce, sí, va a buscar el punto correcto, pero si no te conoce, bueno, ¡tiene problemas! Con el tiempo, aprendes, tu pareja llega a conocerte mejor y aprende, entiende cómo hacer[lo], pero con alguien que no te conoce, no puedes tener un orgasmo”.

Maryam, mujer egipcia de 44 años:

“Oh, grité, grité mucho, y lloré, y pregunté a mis padres, ‘¿Por qué? ¿Por qué habéis hecho esto?’, y me mintieron mucho porque yo solo era una niña. Mi madre me dijo que tenía que hacerlo, como todo el mundo. ‘Es normal’. Tenía que comportarme así. ‘Si no lo



A.A.





haces, serás desagradable. Si no lo haces, no será normal. Si no, serás como los hombres -serás como un hombre. Si no lo haces, serás como los hombres”.

Faizah, mujer egipcia de 33 años:

“Las chicas que no están circuncidadas quieren más sexo que las demás. Una siente placer, pero si su marido no está, no puede sentir deseo porque está en el extranjero. Por ejemplo, ella se ha quedado en Egipto, lejos de él -que está en Libia- pero no sentía deseo y dijo que se había circuncidado por este motivo, porque así no sentiría deseo cuando su marido estuviera lejos, pero cuando está cerca, siente deseo y siente placer como todas las demás mujeres”.

Adisa, mujer eritrea de 27 años:

“En África, tienen esta tradición: circuncidan porque si no lo hacen, las mujeres se vuelven un poco extrañas, buscan más hombres, ya sabes. Por eso, lo hacen antes de la boda-o eso creen las familias - es por eso que se comportan así. Pero no creo que sea correcto.

[...] Se comportan así porque los padres y las madres en África se preocupan, porque una mujer antes de casarse no puede salir con hombres. Si sale con hombres antes de casarse, para la familia, ya no vale nada”.

Josette, mujer costamarfileña de 44 años:

“Una amiga somalí me dijo, ‘estoy sola [soltera] por esta razón. Es por ésto que no voy con otros hombres -porque me obligaron a casarme a los 16, y cuando tuve sexo por primera vez, ¡sufrí tanto! El hombre, poco a poco, ¡tiene que abrirte, tiene que abrirlo todo! ¡Poco a poco!’ Al final, esta amiga huyó y no volvió nunca más a su casa. Nunca más se acostó con otro hombre. Se quedó sin hijos, completamente sola.

No hay por qué tener vergüenza. Si queremos acabar con esto, tenemos que hablar. Porque es como si tu marido te pega y tú no quieres decir nada a nadie. Pero si no lo dices, ¡nadie te defenderá! Si guardas el secreto, no sirve para nada”.



A.A.





Samia, mujer chadiana de 26 años:

“En algunas zonas, en cuanto una chica tiene la regla, se le practica la circuncisión. Es una costumbre, una tradición -puede que ni siquiera sepan la razón. Es una costumbre, todo el mundo lo hace, así que todos hacen lo mismo. [...] Los hombres lo hacen también, tienen que ser circuncidados, pero a las mujeres, ¿por qué se lo hacen? Los hombres, es por motivos higiénicos, y porque cuando se convierten en hombres, van a tener sus mujeres... la circuncisión tiene que ver con el sexo, con las relaciones entre marido y mujer”.

Mujer somalí de 70 años:

“La primera vez que acudí a la visita, en cuanto estuve tendida, el ginecólogo se conmocionó y se exclamó, ‘¡Oh, señora! ¿Qué le ha ocurrido? ¿Se ha quemado?’ y le contesté ‘¡No! ¡Está cosido! ¡¿No aparece eso en sus libros?! Usted es el médico, en los manuales hablan de eso’, Lo sabía porque mi marido era médico, y me lo explicó. Le dije ‘¿No hay manuales sobre esta cuestión africana?!’ Y me contestó, ‘¡No, nunca he oído nada!’ ‘¡Pues ya va siendo hora de que lo haga porque ahora somos muchas aquí en Europa!’”.

2. La MGF y otras prácticas generizadas

2.1. Algunas formas de MGF del tipo IV cuyo aspecto dañino es cuestionable

Michela Fusaschi (Roma3)

De acuerdo con la OMS, el término “mutilación genital femenina (MGF)” comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. Carece de beneficios para la salud y daña a las mujeres y niñas de muchas maneras. En 2007, la Organización Mundial de la Salud redefinió el tipo IV de MGF, declarando que en esta categoría debía incluirse “todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como punción, perforación, incisión, raspado o cauterización” (OMS et al. 2008, 4).

Entre los años 1997 y 2007 (OMS, UNICEF y FNUAP) la tipología de la OMS incluía dentro del tipo IV el estiramiento/estrechamiento de labios y la introducción de sustancias o hierbas en la vagina (piénsese tan solo en la introducción del lubricante vaginal tan comercializado en el mundo occidental). Varios estudios antropológicos y médicos establecieron que dichas prácticas no provocan consecuencias negativas ni violan los derechos de las mujeres al no conllevar violencia física alguna (Fusaschi 2012; Bagnol y Mariano 2011). Por ejemplo, algunas investigaciones



A.A.





etnográficas en los Grandes Lagos de la región de Ruanda demuestran cómo la feminidad se encarna en la práctica ritual llamada *gukuna*, que consiste en el estiramiento de los labios menores mediante un masaje recíproco entre dos mujeres jóvenes (Koster y Price 2008). Esta construcción social del cuerpo femenino combinada con la *kunyaza*, una tradicional técnica sexual masculina tradicional, se realiza con el propósito de favorecer el placer durante el acto sexual. Este ritual ha persistido en los países a pesar de haber sido perseguida por la Iglesia católica desde la época colonial y hoy en día es reinterpretada por las mujeres jóvenes como un proceso de emancipación (Fusaschi 2012).

Si bien es cierto que este tipo de prácticas fue eliminado de la definición de MGF en 2007, la actual clasificación de la OMS incluye bajo el tipo IV prácticas socioculturales que son consideradas como “mutilación” solo cuando afectan a ciudadanas no europeas, excluyendo -por ejemplo- las perforaciones del clítoris (“piercing”) u otras operaciones quirúrgicas realizadas para reducir y “reposicionar” el clítoris.

2.2. Nexos entre la MGF y otras prácticas dañinas

Laura Nuño Gómez y Magaly Thill (URJC)

El sensacionalismo que suele envolver la MGF (como también era el caso de los pies vendados en China) parece irremediabilmente relacionado con la construcción de la alteridad de las mujeres del Sur global. Mediante la doble mutilación de sus genitales, la real y la simbólica, las mujeres

africanas se convierten en las “otras absolutas” a través de los procesos de significación androcéntrica y etnocéntrica: las otras por oposición tanto al género masculino dominante como a la cultura occidental dominante.

Desde una perspectiva feminista intercultural, se debería romper el encapsulamiento de la MGF y ponerla en relación con las demás formas de discriminación que sufren las mujeres, incluyendo la violación de sus derechos económicos y sociales dentro de una dinámica más amplia de desigualdades Norte-Sur (Guerra Palmero 2008). Debería desvelar y desafiar, de manera crítica, los significados y valores que subyacen en las prácticas dañinas que se inculcan a las niñas desde la pequeña infancia para que encajen en los roles de género y obedezcan a sus mandatos. Esta denuncia debería poner de manifiesto el aspecto transcultural de las estrategias de dominación masculina.

Así se evidencian las conexiones entre la MGF y el matrimonio temprano. Ambas prácticas tradicionales dañinas (PTD) impuestas a las niñas están a menudo relacionadas y suelen compartir las mismas causas profundas y factores desencadenantes (World Vision 2014). Ambos fenómenos pretenden conservar la virginidad de las mujeres y aumentar sus probabilidades de contraer matrimonio, lo que equivale a garantizar su supervivencia en sociedades que no les proporcionan autonomía ni alternativas socioeconómicas fuera del matrimonio.

Las dinámicas existentes entre ambas prácticas explica por qué los programas que se centran exclusivamente en el abandono de la MGF



A.A.





pueden acabar fomentando el matrimonio temprano. La prohibición penal de la MGF puede incentivar que los progenitores retrasen la MGF en vez de abandonarla y adelanten la edad del matrimonio para permitir que ambas ceremonias se celebren durante el mismo viaje al país de origen. Ello demuestra que la prevención debería incluir debates críticos inter e intraculturales sobre la virginidad: un concepto androcéntrico que tiene la capacidad de convertir a las mujeres –y solo a las mujeres– en personas decentes o indecentes, puras o impuras, valiosas o sin valor.

2.3. Diferencias y similitudes entre la circuncisión masculina y la MGF

Gily Coene (VUB)

Aproximadamente un tercio de los hombres en el mundo están circuncidados (Wilcken, Keil y Dick 2010). En Estados Unidos, se ha estimado que cada año se circuncidan más de un millón de niños neonatos (Zoske 1998). Los hombres son circuncidados en su mayoría por motivos religiosos y culturales, como un ritual de iniciación a la edad adulta y a la masculinidad. En algunas comunidades, la circuncisión funciona como un rito de paso de la infancia a la edad adulta para ambos sexos. Aunque la circuncisión masculina y la MGF se consideran, por lo general, prácticas completamente distintas, ambas guardan similitudes desde el punto de vista antropológico.

A diferencia de la MGF, que ha sido sometida a escrutinio y a severas críticas, la circuncisión masculina está ampliamente aceptada en Occidente. Las

repercusiones en la salud de la circuncisión masculina suelen minimizarse, mientras que los daños causados por la circuncisión femenina tienden a ser amplificados. Sin embargo, la circuncisión masculina (sobre todo cuando se realiza en entornos no médicos) conlleva a menudo, además de un dolor agudo, serias complicaciones y ha llegado a provocar en algunos casos la pérdida del pene y la muerte del niño (Wilcken, Keil y Dick 2010). La diferencia de las actitudes de Occidente hacia el corte genital masculino y el femenino no solo se explica por los distintos efectos que ambas prácticas tienen en la salud, especialmente si se tiene en cuenta las formas de MGF menos lesivas. Según Kirsten Bell (2005), la incapacidad generalizada para conceptualizar la circuncisión masculina como una práctica que no es beneficiosa es consecuencia de un conjunto de supuestos acríticos sobre la naturaleza de los cuerpos y de la sexualidad masculina y femenina.

La circuncisión médica (la extracción quirúrgica de la piel que recubre la punta del pene) ha sido recomendada por la OMS como estrategia preventiva del VIH (Westercamp y Bailey 2007). Sin embargo, académicos/as y activistas anti-circuncisión han desafiado esta interpretación y señalado algunos aspectos controvertidos. Desde una perspectiva médica y se trata de un procedimiento que no es necesario y, cuando se practica en neonatos, la circuncisión masculina quebranta los derechos de individuos que son demasiado jóvenes para consentir (Sardi 2016). En ese sentido, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha declarado que la circuncisión masculina constituye una “violación de la integridad física del niño” (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa 2013).



A.A.





2.4. Cirugía plástica genital en Europa

Michela Fusaschi (Roma3)

En los últimos años ha habido un incremento alarmante del número de mujeres en los países occidentales que se someten a cirugía plástica genital por motivos no médicos. La cirugía estética genital (CEGF) femenina abarca todo tipo de operaciones quirúrgicas destinadas a “embellecer” y “rejuvenecer” los genitales femeninos con el supuesto objetivo de hacerlos más atractivos: labioplastia (reducción de los labios menores); “reposicionamiento” (lifting del clítoris); liposucción del monte de Venus (el tejido graso que cubre el hueso púbico); vaginoplastia o estrechamiento vaginal; e himenorrafia o reconstrucción del himen, que tiene como fin el de “restaurar” la virginidad femenina (Johnsdotter y Essén 2010).

Este sector de la intimidad, al que las mujeres acuden porque su propia percepción de unas supuestas inadecuaciones visuales les genera incomodidad, se presenta como una solución disponible y asequible (ya es habitual el pago a plazos de la intervención) para resolver “problemas” estéticos y de paso también pretender mejorar la satisfacción sexual, un fenómeno asociado a un cambio general de imagen de una feminidad quirúrgicamente “mejorada”. Con el fin de legitimar la cirugía estética genital femenina (CEGF), sus promotores han construido la imagen de una mujer que gana control sobre sí misma y sobre su cuerpo mediante una “remodelación íntima” que describen como un proceso de “autoconciencia”, en contradicción con la clásica dialéctica feminista que denuncia que este

tipo de cirugía constituye una enésima manifestación de las influencias patriarcales.

La CEGF no tiene indicaciones terapéuticas y afecta las mismas partes del cuerpo y funcionalidades que la MGF. La diferencia radica en los procedimientos empleados (alta tecnología versus modalidad ritualista) (Fusaschi 2011, 2013) y en los imaginarios que envuelven ambos fenómenos. La CEGF vehicula “imágenes del cuerpo” y nuevos protagonismos, por debajo de una elección oculta y a menudo confusa. En realidad, lo que promueve no son solo prácticas que reproducen el dominio masculino, sino también nuevos patrones de consumo (presentados como una forma de emancipación), algo que -en mi opinión- es una tendencia que debe ser supervisada, puesto que los datos muestran que se lleva a cabo en niñas menores de edad con el consentimiento explícito de sus madres.

La relevancia judicial de la cirugía genital tradicional contra la cual se pueden emprender acciones legales (a diferencia de lo que ocurre con la cirugía estética genital), contribuye a la construcción de dos imaginarios femeninos diferentes. Mientras se cree que las mujeres con MGF son víctimas de la cultura, las que se han sometido a cirugía estética genital femenina son percibidas como las protagonistas absolutas de la cultura, o más bien de “nuestra” civilización, como si fuera el último y deseado estadio de una visión de progreso bastante anacrónica, aunque a todas luces todavía muy presente. El “cuerpo de la víctima” se identifica siempre con los/as otros/as y el “cuerpo liberado” siempre es el nuestro. Como primer paso no etnocéntrico, podríamos traer a discusión algunas de las



A.A.





ideas básicas que se tienen sobre las mujeres y preguntarnos por qué suelen quedar atrapadas en la dicotomía entre el derecho a cambiar su cuerpo versus el deber de no dañarlo.

2.5. Interseccionalidad y estigmatización de las supervivientes de la MGF en la Unión Europea

Gily Coene (VUB)

La interseccionalidad es un concepto que tiene sus raíces en el feminismo negro. Fue introducido por Kimberlé Crenshaw (1991) para explicar cómo el racismo y el sexismo incidían simultáneamente en las vidas de las mujeres negras en los Estados Unidos. El enfoque interseccional permite comprender mejor las experiencias de discriminación y exclusión que sufren las mujeres que pertenecen a alguna(s) minoría(s). La posición social de una persona se establece en torno a una serie de ejes diferenciadores, como el género, la etnicidad, la clase y la sexualidad. En lo que respecta a las mujeres migrantes, interactúan varios tipos de discriminación que determinan sus experiencias y oportunidades: pueden sufrir de forma simultánea una opresión por ser mujeres dentro de sus comunidades y opresión de clase y/o discriminación étnica en el interior de la sociedad dominante (Anthias 2014).

En los últimos años, la MGF y otras prácticas culturales han cobrado mucho protagonismo en los debates políticos y populares sobre el multiculturalismo en Europa (Coene y Longman 2005). En los discursos

relativos a las prácticas tradicionales lesivas que afectan a las mujeres, los hombres migrantes son a menudo representados de forma estereotipada como individuos anacrónicos, violentos y patriarcales. Siguiendo las mismas pautas, las mujeres migrantes se convierten en víctimas sin voz que necesitan ser salvadas de sus tradiciones y protegidas de sus comunidades, las cuales son descritas como inherentemente opresivas (Longman y Bradley 2015). Esta visión ha contribuido al diseño de estrategias de prevención verticales ineficaces al no tener en cuenta los sentimientos y perspectivas de las mujeres así como de sus posibilidades de cambio dentro de sus comunidades (Phillips y Saharso 2008).

3. Empoderamiento y participación de las mujeres

3.1. Estatus de las mujeres escisoras/circuncidoras

Michela Fusaschi (Roma3)

La persona que realiza el “corte” es una “iniciadora”, la agente de un ritual que “transforma” el cuerpo físico en uno simbólico. En general, es la misma persona que efectúa la MGF y organiza la ceremonia de entrada a la edad adulta que se celebra a continuación.

La gran mayoría de las personas que intervienen en los rituales por los que se modifican los genitales femeninos en distintas sociedades son mujeres que presentan distintos perfiles culturales y situaciones



A.A.





económicas, dependiendo de la zona en la que operan (rural o urbana). Suelen ser ancianas que asumen, de forma más general, toda una serie de prácticas que afectan al cuerpo y la salud de las mujeres, por ejemplo los procedimientos relacionados con el parto. Sus conocimientos pasan de generación en generación y, normalmente, se transmiten de madres a hijas. En las últimas décadas, la prohibición por ley y la persecución penal de quienes la practican ha inhibido las ceremonias asociadas a la práctica y favorecido que ésta se llevara a cabo de forma oculta. Las características sociales de las personas responsables de realizar la MGF también han ido evolucionando (Gosselin 2000).

Debido al abordaje de la MGF como una cuestión de salud que está presente en muchos proyectos de cooperación, la práctica ha experimentado un proceso de biomedicalización en algunos contextos geográficos, no solo africanos, por ejemplo, en Indonesia (Shell-Duncan, Obungu y Muruli 2000; Cavatorta 2015, 32). Es importante señalar que, aunque las y los escisores/circuncidados (especialmente en las áreas urbanas) son personas con conocimientos básicos de biomedicina que reciben a veces un pequeño salario (en general insuficiente para vivir), el factor económico juega un papel muy relevante en el funcionamiento de este ritual “modernizado”. En contextos geográficos de empobrecimiento estructural, como en el Cuerno de África, aunque la persona escisora/circuncidadora cobra una retribución muy escasa, su supervivencia depende de este pequeño ingreso. Los programas de intervención centrados en “volver a formar” a las escisoras/circuncidadoras (por ejemplo, con proyectos de microcréditos) no siempre logran dotarlas de una alternativa profesional sostenible (Fusaschi 2003, 147; Diop y Askew 2007).

3.2. Las voces de las feministas del Sur en la prevención de la MGF

Gily Coene (VUB)

Las activistas del Sur global llevan mucho tiempo invirtiendo esfuerzos en la prevención de la MGF (Falcão; véase [Capítulo 1.2. Historicidad de la MGF y de las agendas anti-MGF](#)). Desde las Conferencias Mundiales sobre la Mujer celebradas durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985), la MGF ha cristalizado la solidaridad mundial, pero ha sido también un tema de desavenencias entre feministas occidentales y mujeres del Hemisferio Sur. Chandra Mohanty, en su influyente y clásico ensayo “Bajo los ojos de Occidente. Academia Feminista y discurso colonial” (Mohanty 1991), criticó varios textos feministas occidentales porque en su opinión proyectaban una imagen “universalista etnocéntrica” y “colonial” de “la mujer corriente del tercer mundo”. De la misma forma, Wairimu Ngaruiya Njambi (2004) defiende que el discurso contra la MGF no solo reproduce las pretensiones “civilizadoras” coloniales, sino que también homogeneiza las distintas prácticas, construye dicotomías entre los cuerpos de mujeres mutiladas y no mutiladas y representa a las mujeres desprovistas de agencia.

Las feministas poscoloniales han sido muy críticas con el discurso victimocéntrico que construye a la mujer oprimida del Sur global como un espejo de la mujer occidental, con gran capacidad de agencia, supuestamente libre de cualquier cultura o tradición o dotada de la capacidad suficiente para emanciparse de éstas (Harcourt 2009; Moghadam 2005; Mohanty 1991, 2003; Gruenbaum 2000). Cuando defienden la MGF, las voces de



A.A.





las mujeres del Sur son descartadas por internalizar normas culturales opresivas y estáticas (Khamasi 2015). Cuando adoptan en cambio una actitud crítica hacia la práctica, son homenajeadas como personas liberadas dentro de una población retrógrada.

Las activistas están a menudo atrapadas entre los discursos anti-MGF de Occidente, que enmarcan esta práctica como una práctica cultural dañina, y las élites locales en el poder y movimientos nacionalistas, que resaltan su importancia como tradición cultural (Narayan 1997). De ahí que se haga hincapié en la necesidad de adoptar un enfoque más pragmático y dialógico, en particular, que internalice la complejidad de la MGF y tenga en cuenta sus múltiples significados y funciones dentro de la comunidad (Hernlund y Shell-Duncan 2007; Khamasi 2015).

3.3. Por qué y cómo involucrar a los varones para contrarrestar la MGF

Gily Coene (VUB)

La mutilación genital femenina no puede considerarse como un asunto que afecta solo a las mujeres (GAMS 2016). Los hombres –como padres, maridos y líderes religiosos y de la comunidad– juegan un papel importante para contrarrestar la MGF (Al-Khulaidi et al. 2013). Sin embargo, las investigaciones revelan que los hombres no solo están mal informados sobre la práctica, sino que, además, adoptan a menudo una actitud ambigua hacia ésta. No son pocos los hombres que anhelan el abandono de la práctica a causa de las complicaciones físicas y psicosexuales que conlleva tanto para las mujeres,

en general, como para sus parejas (Varol et al. 2015). Algunos estudios han destacado que la MGF dificulta la penetración y puede provocar daños o infecciones en el pene así como problemas psicológicos (Almroth et al. 2001).

La mayoría de los hombres son conscientes también de las complicaciones que la MGF produce en las mujeres. Sin embargo, las normas sociales y los roles de género impiden que se debata abiertamente sobre estos temas y, por consiguiente, se posterga el cambio de los comportamientos. Las razones por las cuales los hombres reconocen haber adoptado una posición favorable al abandono de la práctica guardan relación con nociones de obligación social, religión, educación, etnicidad, vida urbana, migración y el conocimiento de las consecuencias negativas de la MGF. El proyecto Men Speak Out (“Los hombres hablan”), cofinanciado por el programa DAPHNE de la Unión Europea, pretende implicar a los hombres en la eliminación de la MGF a través de su capacitación como educadores.

3.4. La MGF y la perspectiva de empoderamiento

Sonia Núñez Puente y Magaly Thill (URJC)

La cuestión clave que ha de tenerse en cuenta a la hora de definir el concepto de empoderamiento es la manera en que éste se puede concebir como muestra del modo de lo posible analizado en tensión con el modo de lo necesario (Claramonte 2010). Con el modo de lo posible nos referimos a las posibilidades de agencia con las que cuenta una persona, pero ello no responde al por qué y al para qué de esas posibilidades (Hartmann 2015).



A.A.





La posmodernidad permite explorar el espacio de las posibilidades, pero no se ocupa del ámbito de lo que construye sentido, del porqué tenemos que hacer las cosas que hacemos. El modo de lo necesario, por contra, constituye aquello requerido para dar coherencia y compleción al repertorio determinado de una sociedad. La tensión entre ambos modos delimita el concepto del empoderamiento que no sirve por sí solo, si no se tiene en cuenta qué repertorios o conjunto de modos estables de agencia aciertan a especificar aquello que tenemos que hacer y cómo se articulan con las disposiciones que cada sujeto pone en juego. Esto es especialmente relevante en el caso de la MGF, puesto que si hablamos de adoptar una perspectiva de empoderamiento, no podemos hacerlo sin antes establecer qué posibilidades inherentes a la categoría de repertorialidad son fuente de autonomía para las víctimas.

La perspectiva de empoderamiento, desarrollada por Paulo Freire y adoptada con entusiasmo por la teoría feminista, cobra especial importancia para el activismo de las mujeres del Sur global, en su doble condición de sujetos femeninos insertos en sociedades patriarcales y de miembros de comunidades sometidas al imperialismo cultural de Occidente. En general, la reticencia de las mujeres africanas hacia las campañas internacionales de erradicación de la MGF no radica en la oposición al anhelado objetivo de acabar con la práctica, sino a las estrategias seguidas y métodos empleados, al proceso de deshumanización, infantilización y objetualización del que son objeto, así como a las formas en que se utilizan sus cuerpos con el fin de simbolizar la "naturaleza bárbara" de las culturas africanas en oposición a la "civilización" occidental (Thiam 1983, 753; Nnaemeka 2005, 30; Tamale 2011, 20).

En este contexto, de acuerdo con el concepto humanístico de poder desarrollado por el feminismo negro como autoactualización, autodeterminación y autodefinición (Hill Collins 1991, 224), el empoderamiento de las mujeres del Sur global está estrechamente vinculado con su concientización, agencia y libertad para llevar a cabo su autorrepresentación como sujetos colectivos e individuales culturalmente contextualizados. Allí radica la posibilidad que tienen las feministas africanas de transformar la cultura propiciando "los vínculos entre sus aspectos positivos y la emancipación de las mujeres" (Tamale 2007, 164) o, en otras palabras, de despatriarcalizar sus propias culturas.

Ejercicios prácticos para utilizar en el aula

1. El alumnado se dividirá en cuatro grupos. Cada grupo preparará un análisis comparativo entre la MGF y el hijab (velo islámico), empleando los conceptos teóricos desarrollados por las siguientes autoras feministas: Nancy Fraser (paridad participativa), Geneviève Fraisse (teoría del consentimiento), Gayatri Spivak (teoría del sujeto subalterno) o Patricia Hill Collins (empoderamiento). Tras la presentación del trabajo de cada grupo, el alumnado defenderá sus respectivos argumentos en un debate moderado por la o el docente.



A.A.





2. Se proyectarán dos documentales: uno sobre la MGF, tal y como se practica en Kenia (*The Cut*) y otro sobre la cirugía estética genital femenina en el Reino Unido (*The Perfect Vagina*). El alumnado analizará las razones en las que se asientan ambas prácticas, su significado y las consecuencias que tienen en la salud, la sexualidad y la igualdad de género. Se pueden hacer las siguientes preguntas para incentivar el debate: ¿Ambas prácticas afectan a los mismos órganos? ¿Son comparables sus consecuencias? ¿Tienen significados diferentes? ¿Qué elementos en común presentan ambos significados? ¿Qué recomendaciones son pertinentes?

Ejercicios de evaluación

1. Elija tres testimonios de entre las supervivientes de la MGF incluidos en el recuadro etnográfico) y analícelos recurriendo a los conceptos y herramientas teóricas abordadas en este capítulo.
2. Vea el documental *Women talking about their personal experiences of females genital mutilation (FGM)*, producido por el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. Elija el testimonio de una de las protagonistas y valore la eficacia de los

programas de protección y asistencia y su grado de adaptación a la experiencia de la mujer a la que haya seleccionado, aplicando la teoría desarrollada por una o varias de las autoras citadas en este capítulo.

3. Debata la utilidad de la perspectiva de la interseccionalidad para desarrollar políticas sensibles al género a fin de proteger los derechos de las niñas nacidas en Europa, cuyas familias proceden de comunidades que practican la MGF.

Recursos audiovisuales

The Cut (dirigido por Linda May Kallestein)

The Perfect Vagina (dirigido por Lisa Rogers)

Women talking about their personal experiences of female genital mutilation (FGM), producido por National Health Service en el Reino Unido.

Mesa redonda: Aproximación feminista a la MGF en I Congreso internacional del proyecto MAP-FGM "Aspectos socioculturales y legales de la MGF".



A.A.





Capítulo VIII

Ciencias de la Comunicación y Periodismo



A.A.





Capítulo VIII

Ciencias de la Comunicación y Periodismo

OBJETIVOS DIDÁCTICOS:

1. Sensibilizar al alumnado de comunicación, como futuras y futuros profesionales, sobre cómo se proyecta la MGF en y por los medios de comunicación.
2. Entender las distintas dimensiones representadas en diferentes contextos mediáticos (películas, noticias, etc.)
3. Concienciar al alumnado, como futuras y futuros profesionales del silencio y los tabúes en torno a la cobertura de la MGF en los medios de comunicación;
4. Ser conscientes de las dimensiones éticas en el modo en que los medios de comunicación abordan las prácticas culturales; y
5. Evitar la estigmatización y victimización de determinados grupos a través de narrativas prefabricadas.

SUMARIO

1. Una aproximación a la comunicación (Lidia Fernández Montes, URJC)
2. La mediación: medios como agentes socializadores, constructores de identidad y mediadores de experiencia (Lidia Fernández Montes, URJC)
3. Cómo tratan los mass media la MGF: historias hegemónicas, perspectivas, marcos de significado y el imaginario dominante relativo a la MGF (Ricardo Falcão, CEI-IUL)
4. Mapeo de voces, actores, escenarios y argumentos (Diana Fernández Romero y Sonia Núñez Puente, URJC)
5. Figurativización: La representación de la víctima (Diana Fernández Romero y Sonia Núñez Puente, URJC)
6. Relatos culturales masivos: la MGF en el cine y la publicidad (Diana Fernández Romero y Magaly Thill, URJC)
7. Tabúes, invisibilidades y silencios con respecto a la MGF. El estigma (Sonia Núñez Puente, URJC)
8. Desplazamiento de las representaciones convencionales (Sonia Núñez Puente, URJC)
9. La aproximación a la MGF desde la perspectiva de género y la defensa de los derechos humanos (Diana Fernández Romero y Sonia Núñez Puente, URJC)
10. La dimensión ética (Lidia Fernández Montes, URJC)



A.A.





“El cambio puede ocurrir a través de la atención mediática sostenida en las consecuencias dañinas para la salud pública de la MGF, así como en el abuso de los derechos de los cientos de miles de mujeres y niñas en todo el mundo”.

Ban Ki-moon, Secretario-General de las Naciones Unidas

1. Una aproximación a la comunicación

Lidia Fernández Montes (URJC)

Este capítulo especializado pretende ser una herramienta para el alumnado de comunicación que ayude a mejorar la cobertura dada a las consecuencias de la práctica de la mutilación genital femenina (MGF) en mujeres y niñas, sus familias y sus comunidades.

Los medios pueden y deben ser determinantes para aumentar la sensibilización y el compromiso con la eliminación de la Mutilación Genital Femenina. En este sentido, frente a la transmisión de eslóganes, apostamos por un enfoque no directivo que valore el diálogo y la discusión, creando un espacio para el aprendizaje y el cambio de actitudes que tenga

como fin último el contribuir a salvaguardar los derechos y el bienestar de las niñas. Sensibilizar presupone un conocimiento y una comprensión real de la práctica de la MGF y su contextualización. Para ello, trabajar en red con los diferentes actores implicados es fundamental a la hora de desarrollar nuestro trabajo como comunicadores y comunicadoras.

2. La mediación: los medios como agentes socializadores, constructores de identidad y mediadores de experiencia

Lidia Fernández Montes (URJC)

Que la cultura de los medios de comunicación es hoy hegemónica es algo que no cuestiona nadie, por ello, abordar como construyen la realidad es un elemento fundamental en esta guía.

Los medios de comunicación muestran una creciente influencia como formadores culturales, ya que determinan en gran medida nuestras ideas, hábitos y costumbres. Sugieren, proponen y transcriben modelos, valores e ideales susceptibles de imponerse con tanta mayor fuerza o persuasión cuanto que se presentan en un contexto dramático o emotivo que contribuye a inhibir el juicio crítico (Rocher 1987).

Como instituciones legitimadas y con alto grado de credibilidad, producen significados que se graban fuertemente en las conciencias y se constituyen



A.A.





como conocimiento que se reafirma en todo el entramado cultural simbólico (Thompson 1998).

Los medios no solo aportan información sino que también proporcionan una construcción selectiva del conocimiento de la sociedad, señalando qué es importante y qué no. Como señala Margarita Rivière (2003): “Los medios, en mi opinión ya no informan o, si lo hacen, ese objetivo resulta secundario. Los medios, aunque no quieran reconocerlo porque seguramente no tienen tiempo de reflexionar, educan. Ésa es su misión: la educación permanente de las personas, mediante la creación de preferencias, de valores, de hábitos culturales, de mitos y antimitos, de costumbres”.

Sin embargo, no debemos perder de vista que en algunas ocasiones, los medios de comunicación pueden tener el riesgo de caer en el amarillismo sensacionalista, asociando la MGF con opiniones negativas sobre la inmigración y el hecho religioso, invisibilizando la realidad sobre esta práctica dañina. De ahí que sea tan relevante un buen abordaje por parte de los medios de comunicación.

3. Cómo tratan los mas media la MGF: historias hegemónicas, perspectivas, marcos de significado y el imaginario dominante relativo a la MGF

Ricardo Falcão (CEI-IUL)

Como tema mediático, la MGF provoca reacciones emocionales muy fuertes por la manera en que es percibida. Sin embargo, deberíamos observar muy de cerca las dimensiones de la práctica reproducidas normalmente en/por los medios, y cuáles podrían ser excluidas o menos visibles que otras. ¿Se entienden como el fenómeno transversal que son, o algunas dimensiones son más valoradas que otras?

En primer lugar, debemos decidir el alcance de lo que consideramos “la producción mediática” en torno a la MGF. Ya que estamos en un capítulo de comunicación, entre nuestros mayores intereses está el de mantener un enfoque amplio, apoyándonos por ejemplo en artículos periodísticos y en documentales. Ellos nos transmitirán distintas dimensiones de la MGF, pero ambos constituyen herramientas comunicativas muy poderosas que hoy en día se comparten fácilmente. Uno es, preferiblemente, informativo, y el otro, debido a su dimensión temporal, es también experiencial. Estas dimensiones determinan los relatos, como hacen también las instituciones que las comunican, ya sean prensa generalista de tirada nacional, documentales etnográficos o video-documentales institucionales, tanto si son gráficos como si se centran en narraciones en primera o tercera persona.



A.A.





En términos generales, deberíamos considerar las diferencias en los formatos en consonancia con los públicos objetivo de las instituciones que generan contenido. De la lectura de periódicos como El País (España), el Jornal Público (Portugal) y el Corriere della Sera (Italia), se desprende que informan a sus lectores sobre la práctica de la MGF básicamente estableciendo la relación entre la noticia sobre MGF con acontecimientos concretos (por ejemplo, casos en los respectivos países, muertes por MGF, condenas basadas en esta práctica), al mismo tiempo que otorgan un lugar destacado a la agenda contra la MGF: informan a sus lectoras y lectores sobre las estadísticas oficiales cuando éstas se publican, tanto a nivel local como internacional (coincidiendo con campañas de gran repercusión) y publican anuncios de relevancia política como cuando se publican estudios específicos y programas de ámbito nacional.

Si tomamos como ejemplo/muestra las noticias publicadas en los últimos dos años en el Jornal Público (Portugal), observamos una atención particular por las mujeres y niñas en riesgo, y también por “casos referenciados”. Este formato solo permite que se escuchen las voces de unas cuantas mujeres contando sus relatos personales, que a menudo describen el horror del momento en que fueron sometidas a la MGF, el sonido del corte, cómo las retenían, el dolor, la presión social, el trauma recurrente a lo largo de sus vidas y/o las consecuencias negativas en la salud. Estas dimensiones experienciales contribuyen a la creación de una imagen de fondo que legitima el discurso normativo anti-MGF, creando un marco en el que la comunicación sobre la práctica está obligatoriamente concomitante con la planificación de agendas políticas.

Por otra parte, en la prensa escrita parece haber una notoria escasez de perspectivas acerca de la dimensión etnológica de la MGF, por ejemplo, sobre los significados locales atribuidos a la práctica. Las contradicciones asociadas a la representación de la MGF como un asunto de derechos humanos también están infrarrepresentadas. Esto produce un impacto en la visibilidad de los múltiples retos existentes en los campos de la acción contra la MGF. Mucho más común resulta el enfoque institucional de la MGF, las estadísticas y debates en torno a los derechos humanos.

Por el contrario y preferiblemente, los documentales se centran en aquellas dimensiones ausentes de las historias sobre el horror de la MGF, contribuyendo a eliminar la barbarie. En los documentales, se nos introducen a menudo directamente en la materia, ya sea en las comunidades (sobre todo en África) o a través del trabajo de las ONG y organizaciones gubernamentales del sector de la salud. Las voces de las mujeres son escuchadas y sus historias intentan explicar las implicaciones locales, personificando a menudo el rechazo a ser sometidas a una tradición dañina a través de la perspectiva de las niñas en riesgo.

Una visión general nos muestra que la representación de la MGF no solo transmite un significado conmovedor del horror corporal marcado por el género y la subyugación de las mujeres a la cultura, sino también el clamor de las mujeres por liberarse de este horror. En un sentido más amplio, sin embargo, es destacable la cantidad de mensajes que se centran en la práctica mediante una serie de ópticas bien definidas que dividen el tema



A.A.





entre “Sur tradicional” y “consecuencias sanitarias en el Norte”, esta última relacionada con la protección de los derechos de las mujeres y las niñas. La resistencia al cambio se contrapone a la resistencia a una tradición dañina, creando así historias poderosas de personas que se enfrentan a la sociedad y a las múltiples presiones que ejercen sobre ellas. De esta manera, el enfoque mediático más extendido cuestiona a menudo la identidad de determinadas comunidades, y quienes se niegan a someterse a la práctica o llevan a cabo campañas contra ella son quienes suelen dar voz a las narrativas.

La imagen creada por/en los medios favorece la retórica contra la MGF, centrándose en la práctica, el porqué de su existencia y cómo genera víctimas y sujetos perpetradores, pero, desafortunadamente, rara vez contextualiza las implicaciones más profundas y la menor resistencia directa.

Por último, la imagen empleada por/en los medios es rara vez gráfica, ya que existe una creencia generalizada de que las ceremonias asociadas a la MGF podrían molestar al espectador o espectadora y dañar su sensibilidad. Por el contrario, la dimensión del sonido, a menudo subestimada en las películas, transmite por lo general fuertes significados mediante gritos, respiración ansiosa, llantos y el silencio final.

4. Mapeo de voces, actores, escenarios y argumentos

Diana Fernández Romero y Sonia Núñez Puente (URJC)

La definición de los actores, y por tanto también de las voces, que articulan los argumentos en el, o los, escenarios comunicativos del tratamiento de la MGF es esencial si pretendemos considerar la posibilidad de cambiar la narrativa mediática con el fin último de activar una respuesta de cambio político y social en torno a la prevención y erradicación de la MGF. Un actor social puede definirse como aquel otro que se sitúa en una relación de interacción comunicativa en un escenario narrativo concreto. Si bien un actor social puede ser colectivo o individual, su característica esencial es la posición concreta que mantiene en el escenario narrativo y, por tanto, sus intereses de agencia específicos en dicho escenario (Carballeda 2008; Jensen 1997).

El mapeo de los actores sociales que intervienen en la construcción de una narrativa mediática particular sobre la MGF nos permitiría establecer cuál es su influencia en la apropiación del eje discursivo y determinar, así, los intereses e influencia de los actores, y de las voces, en relación a la MGF. Ello, por último, haría posible una transformación del escenario narrativo en los medios que, en última instancia, facilitaría una mirada transformadora de las invisibilidades y los silencios de las voces de las mujeres víctimas de la MGF que no han conseguido establecer su propio escenario narrativo.



A.A.





5. Figuratización: la representación de la víctima

Diana Fernández Romero y Sonia Núñez Puente (URJC)

Las representaciones masivas de las mujeres que sufren MGF tienen profundas implicaciones en la imagen que los públicos se configuran acerca de las víctimas de esta práctica. La figurativización hegemónica de la víctima, que sigue generalmente las lógicas mediáticas de la espectacularización (una niña o mujer joven negra, con vestimenta africana, con rostro sufriente u oculto), implica la configuración de una sensibilidad común y una posición ética consensuada por parte de esos públicos ante la víctima propuesta por dichas representaciones. En muchas ocasiones, las víctimas de MGF son propuestas en los relatos masivos como las otras, las subalternas, nombradas y construidas en un discurso que inspira compasión, y a su vez distancia, con las mujeres mutiladas.

Esa representación de la subalternidad puede ser fuente de distancia y estigma hacia las mujeres víctimas: las otras hacia las que se fomenta la empatía y a su vez la distancia con el nosotros/as. Pero a su vez, las representaciones pueden ser también fuente de resistencia y de ruptura con esa subalternidad por parte de las mujeres, e interpelar a los públicos fomentando prácticas y emociones diferentes hacia el problema. Como sostiene Butler (1997), un sujeto interpelado en el discurso por términos perjudiciales puede “abrazar” esos términos, pues son los que constituyen el sujeto social. Pero es también por estar abrazado a esos términos por lo que el sujeto puede resistir y oponerse a ellos.

En la representación de las mujeres que sufren mutilación genital femenina interactúan la etnia, la raza, el género, la religión, la edad, variables que se encarnan en los cuerpos de las víctimas en procesos de embodiment (Romero Bachiller 2003). Esto es, la cristalización o fijación de estas marcas de exclusión e inclusión que los repertorios figurativos y emotivos inscriben en los cuerpos de los sujetos (Saiz Echezarreta 2009).

6. Relatos culturales masivos: la MGF en el cine y la publicidad

Diana Fernández Romero y Magaly Thill (URJC)

La aproximación a la MGF desde el cine ofrece interesantes ejemplos sobre cómo es posible, desde los relatos culturales masivos, denunciar y concienciar sobre esta práctica que atenta contra los derechos de las mujeres.

La película *Desert Flower* (Sherry Hormann 2009), basada en hechos reales, narra la historia de Waris Dirie, escritora, modelo y activista somalí, hija de nómadas africanos que fue sometida a MGF a los tres años de edad. Hay un momento especialmente conmovedor en la película, cuando la protagonista explica en la sede de Naciones Unidas (donde llegó a ser embajadora especial contra la MGF) que sus dos hermanas murieron a causa de esta práctica y denuncia que se extiende no solo al continente africano, sino también a otras partes del mundo a consecuencia de las migraciones.



A.A.





La película *Moolaadé* (Ousmane Sembène 2004) propone otro relato, esta vez de ficción, sobre la lucha de las mujeres africanas contra la MGF. La protagonista, Collé Ardo, es una mujer africana mutilada que se niega a que su hija pase por lo que ella ha sufrido y acoge a otras niñas que escapan de la ablación. Practica así el moolaadé o derecho de asilo, como oposición a la salindé o ritual de “purificación”. Collé Ardo provoca una crisis en su aldea de Burkina Faso y desata la rebelión de otras mujeres que se niegan a que sus hijas sean mutiladas.

Un ejemplo de documento audiovisual sobre MGF en contexto no africano es el documento *Making Pure Girls*, realizado por Nabaz Ahmed y Shara Amin, dos cineastas kurdas que entrevistaron, a lo largo de una década, a niñas, mujeres y hombres de muchos lugares del Kurdistán iraquí acerca del impacto de la MGF. El documental fue adoptado por organizaciones políticas comunitarias con el fin de provocar un cambio de hábitos hacia la práctica y jugó un papel importante en la adopción por parte del gobierno kurdo de la ley que penaliza la MGF en 2011. Un corto realizado por la BBC Arabic y por The Guardian narra esta experiencia (BBC 2013).

En el ámbito de la producción audiovisual destinada a sensibilizar sobre la práctica de la MGF en los países europeos, encontramos documentales realizados a partir de testimonios de mujeres migrantes africanas, como *Bref* (Christina Pitouli 2013), producido por Médicos del Mundo España; o *Women talking about their personal experiences of female genital mutilation* (FGM) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (National Health

Service 2015). También se han hecho algunas películas como la española *Mariama* (Mabel Lozano 2016), producida por la Unión de Asociaciones Familiares, y vídeos cortos como *Equals? Leyla & Emma* (2012), producido por la organización británica especializada en prevención de la MGF, Daughters of Eve.

Así mismo, se han realizado documentales antropológicos que abordan los aspectos socioculturales de la MGF. Un ejemplo de este tipo de documento educativo es el documental de la Fundación Wassu-UAB, *Iniciación sin mutilación* (2013). Con el fin de promover la inserción de la prevención de la MGF en los programas universitarios, el proyecto MAP-FGM ha sacado un vídeo animado en 6 idiomas que pretender reflejar la complejidad de la práctica.

La publicidad es un potente medio para transmitir relatos, imágenes, experiencias y emociones compartidas y para influenciar en el comportamiento. Por ello ha jugado un papel fundamental en algunas campañas de prevención de la MGF. No obstante cabe señalar que también puede tener efectos colaterales negativos debido al sensacionalismo al que las agencias de publicidad suelen recurrir y al sesgo estigmatizante hacia las comunidades migrantes que presentan sus mensajes.

Un ejemplo de ello puede encontrarse en la polémica campaña *It Happens Here* (2015), diseñada por Ogilvi & Mather, en la que banderas de países como Alemania, Reino Unido o Suiza aparecen cosidas unas



A.A.





con otras, simbolizando metafóricamente la infibulación vaginal. Esta campaña, a pesar de ser galardonada en el Festival Internacional de Publicidad de Cannes Lions, fue duramente criticada por la red europea no-gubernamental “End FGM” en los siguientes términos: “Las imágenes estigmatizantes pueden alienar aún más a las comunidades involucradas, cuando lo que debemos garantizar es que sean la parte central de los esfuerzos de abandono de la MGF” (Sanghani 2015).

7. Tabúes, invisibilidades y silencios con respecto a la MGF. el estigma

Sonia Núñez Puente (URJC)

La invisibilidad narrativa que silencia las voces de las víctimas de la MGF en los discursos mediáticos obedece, entre otros factores, a la eficacia comunicativa resultante de presentar consecuencias en lugar de analizar causas (Vila-San Juan 1999). El estigma que, en la mayoría de las ocasiones, acompaña el abordaje mediático de la MGF incide, precisamente, en los silencios narrativos que resultan en una elaboración sostenida de un tabú, construido en torno a la inmanencia del carácter de víctima asociado a las mujeres que han sufrido MGF.

Los significados posibles que encierran los silencios mediáticos en torno a la MGF contribuyen al sostenimiento de un tabú generalizado y, a un tiempo, hurtan al receptor de los mensajes mediáticos la posibilidad de

resignificar las narrativas activando una estrategia activista de desviación del mensaje original. Los tabúes que articulan la narración de la MGF no carecen de relevancia para fijar los escenarios, los actores y las voces que constituyen su propia representación mediática. A fin de hacer posible un cambio en los relatos sobre la MGF debemos, finalmente, tener en cuenta que los tabúes mantienen sentido pleno para el receptor, ya que estos, a pesar de no tener una función utilitaria directa (Barthes 1975), expresan las condiciones socioculturales en las que se ancla una narrativa concreta como es el caso de las narraciones sobre la MGF.

8. Desplazamiento de las representaciones convencionales

Sonia Núñez Puente (URJC)

Las representaciones convencionales de la MGF tienden a presentar a la mujer como un sujeto carente de agencia, o con una agencia limitada, que no logra salir de una narrativa victimizadora. Nos interesa, sin embargo, explorar la comunicación que permite distanciarse de los modos canónicos de representación de las víctimas de MGF examinando al mismo tiempo el lugar de los diferentes actores involucrados, así como las voces y los escenarios en los que se narra mediáticamente la MGF.

Esta aproximación epistemológica de una comunicación orientada al cambio social se ocuparía del tipo de comunicación que consigue superar



A.A.





las representaciones de la víctima como elemento pasivo, a fin de introducir una visión de sujeto activo dotado de capacidad para transformar la violencia, física y representacional, de la MGF. Para ello creemos necesario indagar en iniciativas comunicativas de resignificación de la víctima poniéndolas en diálogo con el debate sobre el lugar del sujeto político en la construcción de la identidad colectiva e individual. La campaña lanzada por Jaha Dukureh en colaboración con *The Guardian* podría ser un ejemplo de desplazamiento de las representaciones hegemónicas de la MGF al mostrar la transformación representacional de Dukureh que pasa de ser entendida en el discurso exclusivamente como víctima a ser considerada una de las mujeres más influyentes según la revista Time.

9. La aproximación a la MGF desde la perspectiva de género y la defensa de los derechos humanos

Diana Fernández Romero y Sonia Núñez Puente (URJC)

Informar sobre la MGF implica compromiso e implicación. Aproximarse a la MGF desde la perspectiva de género y la defensa de los derechos humanos resulta fundamental para desmontar el relato masivo de la victimización y promover el respeto y la dignificación de las mujeres que la sufren.

Según la periodista Patricia Simón (2016), el enfoque de los derechos humanos entraña dedicar tiempo a investigar para “captar momentos

indocumentados” y otorgar a las víctimas de una vulneración “el tiempo, el espacio y el silencio que se merecen”. En este sentido, Simón propone huir del cliché de la “víctima ideal” que responde a un estereotipo de sujeto pasivo que se acomoda a lo que se presupone el público quiere encontrar.

Por el contrario, los medios deben reconocer la autoridad de las mujeres supervivientes, dejarlas hablar, siempre que así lo quieran, evitando la mirada colonialista y favoreciendo su empoderamiento. El enfoque propuesto también requiere, para Simón, atender al contexto legal, social, económico, político en el que se produce la vulneración de los derechos humanos para ayudar a comprender el fenómeno en todas sus dimensiones.

10. La dimensión ética

Lidia Fernández Montes (URJC)

Kelly Oliver (2004) propuso el concepto de “testigo ético” (ethical witnessing) tras observar que los modos hegemónicos de información/representación se basaban en una estrategia de reconocimiento acomodaticia en la que solo era comprensible aquello con lo que la persona espectadora ya estaba familiarizada.

Frente a ello, Oliver propone este concepto que se fundamenta en asignar valor ético y político al proceso espectral. No solo se trata de la



A.A.





posibilidad de pedir cuentas al/a la otro/a y a uno/a sino que, además, incide en la “respons-abilidad” (respons-ability) frente los/as demás y a uno/a mismo/a.

Como señalan las profesoras Gámez y Núñez, “para dar testimonio ético hay un primer paso que es, efectivamente, el reconocimiento de lo que se ve pero, más allá de este, el discurso ha de activar los mecanismos necesarios para que el sujeto espectador pueda actualizar su responsabilidad ante lo que ve”, en este caso la MGF.

Sugerencias para el análisis en clase:

1) Audiovisual: Revise la lista de películas y documentales sobre la MGF e intente localizar distintos enfoques sobre el tema: primera persona versus tercera persona; institucional versus documentales; y/o experiencias personales o centradas en la salud. Discuta las distintas dimensiones temporales y las consecuencias de estos enfoques.

2) Periódicos: Realice una búsqueda en los periódicos de su país y compruebe los artículos relacionados con la penalización y la publicación de estadísticas. Verifique las noticias sobre casos/ condenas de MGF; demandas de asilo; y/o países de origen.

3) Comparación de fuentes: Percátese de la escasez de puntos de vistas etnográficos en los periódicos, en contraposición a la relativa abundancia de materiales audiovisuales que aparecen en ellos. Debata sobre las distintas implicaciones que ello conlleva.

Ejercicios de evaluación

1. Tras leer los contenidos de los Capítulos 1, 2 y 9 de esta guía, redacte un artículo periodístico sobre la MGF en Europa (900 palabras).
2. Realice una comparativa entre estos dos vídeos, teniendo en cuenta las buenas y malas prácticas, y responda a las siguientes preguntas:

[Ending Female Genital Mutilation in Côte d'Ivoire \(UNICEF\)](#)
[African women condemn female genital mutilation \(UNICEF\)](#)

- ¿Qué imagen se proyecta de las mujeres y niñas?
- ¿Se abordan los motivos culturales que subyacen tras la práctica?
- ¿Qué aspectos de la lucha contra la MGF se destacan en cada vídeo?



A.A.





A.A.

Listado de abreviaturas



A.A.





ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	IEIG	Instituto Europeo para la Igualdad de Género
AGNU	Asamblea General de las Naciones Unidas	ISCTE-IUL	Centro universitario de investigación multidisciplinar del Instituto Universitario de Lisboa
CE	Comisión Europea	MAP-FGM/C	Programa Académico Multisectorial para prevenir y combatir la Mutilación Genital Femenina (MGF)
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres	MGF	Mutilación Genital Femenina
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	MICS	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados
DHS	Encuesta Demográfica y de Salud	MoGF	Modificación Genital Femenina
DIU	Dispositivo intrauterinos	NNUU	Naciones Unidas
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas	OACDH	Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos



A.A.





OMS	Organización Mundial de la Salud	UAB	Universidad Autónoma de Barcelona
ONG	Organización no gubernamental	UE	Unión Europea
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida	UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	UNIFEM	Agencia de Naciones Unidas para las Mujeres (reemplazada por ONU MUJERES)
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo	URJC	Universidad Rey Juan Carlos
PTD	Prácticas Tradicionales Dañinas	VUB	Vrij Universiteit Brussel
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático		



A.A.





Instituciones participantes y autoras/es





1. INSTITUCIONES PARTICIPANTES



La URJC es una universidad pública ubicada en la Comunidad de Madrid, con 38.000 estudiantes y 5 campus. Ha puesto énfasis en proporcionar soluciones interdisciplinarias a los problemas de hoy. Su Observatorio de Igualdad de Género se creó en 2015 para promo-ver la incorporación de la perspectiva de género en la universidad e impulsar la investiga-ción y la enseñanza en estudios de género, así como proyectos innovadores y el trabajo en red. También persigue promover y visibilizar a las mujeres en el campo de la academia, las ciencias y la investigación. Es la entidad líder del proyecto MAP-FGM/C.



El CEI-IUL (Centro de Estudios Internacionales) es un centro universitario de investi-gación multidisciplinar del Instituto Universitario de Lisboa (ISCTE-IUL). El CEI-IUL tiene como objetivo promover la investigación interdisciplinar en las Ciencias Sociales, Relaciones Internacionales y Economía, centrándose en sus áreas de especialización geográfica: África, Asia, Europa y las Relaciones Transatlánticas.



La Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute fue fundada en Perugia en 1987. El principal objetivo de la Fondazione Celli es el estudio de los conocimientos, valores, patrones de comportamiento y estilos de vida con respecto a la salud individual y pública. Su marco teórico y metodológico es la antropología médica. Desde el año 2014 también está reconocido por el Ministerio de Igualdad de Oportunidades como “Centro Umbro para el Estudio y la Prevención de la MGF”.



El objeto general del RHEA o Centro de Expertise en Género, Diversidad e Interseccionalidad, es contribuir a la generación de conocimiento sobre estas tres materias, a través de la investigación científica e interdisciplinar y la educación. El RHEA es un grupo de investigación interfacultativo encabezado por Gily Coene (directora) y Karen Celis (co-directora). El RHEA ofrece una plataforma para el personal investigador de diversos departamentos y facultades de la VUB y asesoramiento sobre políticas de igualdad de oportunidades y diversidad.



A.A.





Fundada en 1992, la Universidad de Roma3 tiene su sede en Roma, Italia. Tiene una matrícula de más de 40.000 estudiantes, incluyendo el alumnado de grado, posgrado y profesional. Con sus 12 departamentos, 7 centros de investigación, 7 bibliotecas y 12 escuelas de doctorado, la Universidad está comprometida con la excelencia en muchas disciplinas de enseñanza e investigación nacional e internacional.



La Fundación Wassu es una organización científica de ámbito internacional que actúa para la prevención de la MGF a través de la investigación antropológica y médica, aplicada a la transferencia de conocimiento. Alberga el Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF, con dos centros de investigación y formación: en España, el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), y en Gambia, la ONG Wassu Gambia Kafo. Nacida del compromiso de contribuir a la creación de un mundo en igualdad de derechos, propone una metodología pionera, innovadora y sostenible.

2. AUTORAS Y AUTORES



Laura Nuño Gómez

Laura Nuño Gómez es Profesora Titular de Ciencias Políticas en el Departamento de Derecho Constitucional de la URJC. Es Directora del Observatorio de Igualdad de Género de la URJC y de la Cátedra de Género del Instituto de Derecho Público desde el año 2005 así como coordinadora del Grado en Igualdad de Género. También es miembro de la Comisión Académica del Doctorado Interuniversitario en Estudios Interdisciplinarios de Género y del comité directivo del Máster en Políticas de Igualdad de Género, así como experta del Consejo Estatal de Participación de las Mujeres. Es autora de una amplia gama de libros y artículos sobre políticas de igualdad de género, desigualdad en el ámbito laboral, violencia contra las mujeres y mercantilización de los cuerpos de las mujeres. Es la investigadora principal del proyecto MAP-FGM/C.



A.A.





Sonia Núñez Puente

Sonia Núñez Puente es Profesora Titular de Género y Comunicación en el Departamento de Ciencias de la Comunicación de la URJC. Actualmente es Directora de la Unidad de Igualdad de Género integrada en el Observatorio de Igualdad de Género. También es Directora del Máster en Comunicación, Cultura y Ciudadanía Digital. Ha dirigido varios proyectos de investigación en el campo del Género y la Comunicación y ha publicado artículos en revistas nacionales e internacionales, especialmente centrados en violencia de género y activismo feminista digital.

Julia Roper Carrasco

Julia Roper Carrasco es Profesora Titular de Derecho Penal en la URJC. Es autora de 3 libros monográficos, tiene colaboraciones en libros colectivos y publicaciones en revistas nacionales e internacionales, siendo sus principales ámbitos de investigación: multiculturalismo y derecho penal, delincuencia organizada y explotación sexual, armonización jurídica internacional y cooperación judicial, medio ambiente como patrimonio jurídico, protección de la integridad sexual de las niñas y mutilación genital femenina. Ha participado en varios proyectos de investigación con especial atención a la protección de las mujeres y las niñas.

Rut Bermejo Casado

Rut Bermejo Casado es Profesora Contratada Doctora de Ciencia Política y de la Administración. Es directora del Máster en Perfiles Forenses de Peligrosidad Criminal de la URJC. Ha participado en varios proyectos nacionales y europeos de investigación sobre políticas de justicia y asuntos de interior, en particular sobre migración, gestión de fronteras y lucha contra la radicalización violenta. Ha publicado artículos sobre políticas migratorias en España y Europa y gestión de fronteras en Europa. Actualmente está investigando sobre la radicalización de la violencia, las personas refugiadas y la gestión de fronteras desde la perspectiva de las políticas públicas. Anteriormente, ha sido investigadora en la Universidad de Nottingham e investigadora del think tank Elcano.

Magaly Thill

Magaly Thill es Profesora Colaboradora de la URJC y responsable del proyecto MAP-FGM/C. Es Máster en Desarrollo Internacional (UCM), Derechos Humanos (UNED) y Estudios Interdisciplinarios de Género (URJC). Durante muchos años ha trabajado en el sector no gubernamental y como consultora en cuestiones de género para varias instituciones públicas y privadas (ONU-Mujeres, la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo, Ministerios y Universidades). Sus principales áreas de investigación son: violencia de género, políticas de la UE para



A.A.





la igualdad de género, instrumentos internacionales de derechos de las mujeres, y movimiento feminista, con especial atención a los países del Magreb y Oriente Medio.

Lidia Fernández Montes

Lidia Fdez. Montes trabaja en el Observatorio de Igualdad de Género (URJC). Licenciada en Ciencias Políticas y Máster en Gestión de la Comunicación en Instituciones Públicas y Estudios de Opinión (URJC) y en Estudios Interdisciplinarios de Género (URJC). Ha trabajado como Directora de Comunicación en una organización política durante quince años. Actualmente también es estudiante de doctorado. Su principal área de investigación se centra en la juventud, la violencia de género y las TIC.

Diana Fernández Romero

Docente universitaria, investigadora y periodista. Doctora en Ciencias de la Tesis doctoral: “Destrucción y reconstrucción de la identidad de mujeres maltratadas: análisis de discursos autobiográficos y de publicidad institucional”. Premio Extraordinario de Doctorado y Premio a tesis doctorales sobre violencia de género de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Especialista en comunicación y género.



Clara Carvalho

Clara Carvalho es profesora del Departamento de Antropología del ISCTE-IUL de Lisboa y presidenta de la AEGIS (Asociación Europea de Estudios Africanos). Previamente, fue presidenta del Centro de Estudios Internacionales, anteriormente Centro de Estudios Africanos (2007-2016), y profesora invitada de la Université de Lille (2002-2003) y de la Universidad de Brown (2004). Ha realizado un extenso trabajo de campo en África Occidental, particularmente sobre las autoridades tradicionales y el poder local en Guinea-Bissau desde 1992 hasta 1997. Actualmente realiza investigaciones sobre cuestiones de género y salud global. Tiene experiencia como evaluadora internacional y asesora.

Ricardo Falcão

Ricardo Falcão es investigador en el Centro de Estudios Internacionales del ISCTE-IUL. Posee un doctorado en Estudios Africanos otorgado por el ISCTE-IUL en el año 2016. Su formación inicial es en Antropología Social y Cultural y desde 2007 ha estado investigando sobre Senegal. En 2009 dirigió un documental de investigación independiente titulado Waalo



A.A.





Waalo. Su investigación se ha centrado en áreas tales como el desarrollo, la gestión de recursos, el acceso a la tierra, la historia social, la migración, las TIC, la juventud, el género, las relaciones intergeneracionales, los valores y representaciones sociales y la violencia de género, la violencia contra las mujeres, la mutilación genital femenina y los derechos humanos.

Carla Moleiro

Carla Moleiro es Profesora Asistente en ECSH de ISCTE-IUL. Obtuvo su doctorado en Psicología Clínica en la Univ. California, USA, 2003. Ella tiene formación como psicoterapeuta en el APTCC (Associação Portuguesa de Terapias Comportamental y Cognitiva). Sus intereses actuales están en el trabajo clínico con clientes de origen inmigrante y de minorías étnicas, religiosas y sexuales (p.e. LGBT). Trabaja en Salud Mental, Diversidad y Multiculturalismo, así como en competencias clínicas individuales y de diversidad cultural. Es Presidenta de la Asociación Portuguesa de Psicología Transcultural y Psiquiatría, miembro del Grupo de Trabajo de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) sobre Diversidad Cultural y Étnica, y Directora del centro de investigación CIS-IUL.

Cristina Santinho

Cristina Santinho es antropóloga con un doctorado por el ISCTE-IUL por su trabajo sobre personas refugiadas en Portugal. También es miembro

de la Junta de CRIA (Centro en Red de Investigaçã o em Antropologia). Sus áreas de especialización se han desarrollado en torno a las migraciones, las personas refugiadas, la salud y los derechos humanos. Ha diseñado y participado en proyectos nacionales e internacionales en estas áreas, tanto como investigadora como coordinadora. También enseña y coordina un curso especializado en derechos humanos y personas refugiadas; y supervisa a varios estudiantes de máster y doctorado que trabajan en temas de salud con poblaciones migrantes y personas refugiadas en Portugal.



Maya Pellicciari

Maya Pellicciari es antropóloga, investigadora senior y formadora. Doctora en "Metodologías de investigación etno-antropológica". Campo de actividad: antropología médica. Miembro de la Junta Directiva de la Fundación Celli. Miembro del Consejo de SIAM (Sociedad Italiana de Antropología Médica) y del Consejo Editorial de AM. Rivista italiana della Società di antropologia medica (Diario Italiano del SIAM). Coordinadora del "Centro Umbro de Estudios y Prevención de la MGF". Actualmente sus principales áreas de trabajo son: MGF, prácticas de género y corporales,



A.A.





derecho a la salud y migración, relación médico/paciente, políticas educativas y dificultades de aprendizaje.

Sabrina Flamini

Sabrina Flamini es antropóloga, investigadora senior y formadora. Doctora en “Promoción de la Salud”. Su campo de actividad es la salud pública y la antropología médica. Miembro de la Junta Directiva de la Fundación Celli. Miembro de la Sociedad Italiana de Antropología Médica (SIAM) y del Consejo de Redacción de Sistema Salute (Revista Italiana de Promoción de la Salud). Coordinadora del “Centro Umbro de Estudios y Prevención de la MGF”. Actualmente sus principales áreas de trabajo son: MGF, prácticas de género y corporales, salud mental y aspectos políticos, políticas educativas y dificultades de aprendizaje.



Els Leye

Els Leye posee un Máster en Ciencias Sociales y Culturales y obtuvo su doctorado en Ciencias Comparadas de la Cultura en la Universidad de Gante,

en 2008, sobre la Mutilación Genital Femenina en Europa. Actualmente es profesora adjunta en Salud Global/Prácticas Relacionadas con el Género en la Facultad de Medicina de la Universidad de Gante y es investigadora postdoctoral en el Centro de Género, Diversidad e Interseccionalidad de la Vrije Universiteit Brussel (VUB). Su campo de investigación se centra principalmente en las prácticas culturales dañinas (mutilación genital femenina, matrimonios forzados, violencia relacionada con el honor) y la violencia de género en general.

Gily Coene

Gily Coene es directora de RHEA, co-fundadora y Directora del programa del Máster Interuniversitario en Género y Diversidad de la de VUB. Obtuvo su doctorado en Ciencias Morales en la Universidad de Gante en 2004. Desde 2006, dirige la Cátedra de Estudios Humanistas del Departamento de Filosofía y Ciencias Morales de la VUB. También está adscrita al Departamento de Ciencias Políticas y al Centro de Ética y Humanismo de la VUB. Su investigación se centra principalmente en las intersecciones de la ética descriptiva y normativa, la teoría feminista y los estudios de género y abarca una amplia gama de cuestiones relacionadas con el género, la diversidad cultural y la globalización étnica, etc.



A.A. >





Michela Fusaschi

Michela Fusaschi es Profesora Asociada y docente de Antropología Cultural y Política en el Departamento de Ciencias Políticas de la Universidad Roma3 y en su Escuela de Doctorado en Estudios de Género. Desde hace dos décadas realiza investigaciones sobre el tema de las modificaciones culturales del cuerpo. Particularmente comprometida con el contexto italiano y europeo, se ha convertido en una de las principales autoras en antropología de las llamadas prácticas de MGF, proponiendo un enfoque interpretativo basado en los conceptos de biopolítica y economía moral. Sus principales campos de investigación son Ruanda, Mali e Italia. Ha recibido varios premios por sus contribuciones en género y estudios antropológicos.

Giovanna Cavatorta

Giovanna Cavatorta es Doctora en Antropología Cultural por el EHESS-París y en Ciencias Sociales por la Universidad de Padua. Tras haber defendido su tesis sobre la migración de retorno al Senegal, en la que propuso una discusión crítica sobre el transnacionalismo, en 2015 inició un trabajo de campo en Djibouti sobre el abandono de las llamadas prácticas de MGF. Miembro del Laboratorio IRIS (EHESS-París) actualmente es investigadora postdoctoral del Departamento de Ciencias Políticas de la Universidad Roma3. Sus principales campos de investigación son Italia, Francia, África

Occidental y Djibouti y sus materias de investigación son la migración, las gubernamentalidades y los sistemas de sexo/género/generación.



Valentina Vitale

Valentina Vitale es Doctora en Antropología Cultural y Social por la Universidad Roma Tre. Tras haber defendido su tesis en 2014 sobre la migración femenina transnacional de Europa del Este a Italia, en 2015 cursó un Máster Ejecutivo en gestión de proyectos de la UE de la Universidad La Sapienza. Miembro de Osservatorio Sul Razzismo e le Diversità "M.G. Favara" y experta en la materia en la Universidad de Roma3, actualmente es investigadora postdoctoral en el Departamento de Ciencias Políticas en Roma 3. Sus principales áreas de investigación son la migración femenina, la antropología de género, las modificaciones genitales femeninas, y las asociaciones de mujeres.

Francesco Pompeo

Francesco Pompeo es Profesor Asociado e imparte docencia en Antropología Social y Cultural en el Departamento de Ciencias de la



A.A.





Educación de la Universidad Roma3 y en su Escuela de Doctorado. Es coordinador del Osservatorio de Razismo y Misionero de “M.G. Favara” de esta Universidad. Ha sido Directeur d’études associé, Anthropologie et Historicité, en la École des Hautes Études en Ciencias Sociales (París) y cofundador del Máster en Antropología de la Universidad de La Habana. Desde hace varios años trabaja con un enfoque antropológico crítico en temas de identidad, migración y conflictos sociales, realizando investigaciones principalmente en Italia, África subsahariana y el Caribe.

Cecilia Gallotti

Cecilia Gallotti es investigadora senior de la Unidad “Salud y Bienestar” de la Fundación ISMU y Directora de Psico-Sociodrama en el Centro de Estudios de Psicodrama y Metodi Attivi de Milán. Enseñó Antropología Cultural en varias universidades y escuelas de psicoterapia. Jefa de proyecto, experta en competencias interculturales y formadora certificada en el sistema público de salud social y educación. Autora de ensayos sobre antropología de la salud y género, migraciones y relaciones interculturales. Desde 2007 trabaja sobre la MGF, a través de la investigación, en varios proyectos nacionales e internacionales, formando a trabajadores/as sociales y de la salud, ha desarrollado un sitio web específico y artículos especializados.



Adriana Kaplan

Adriana Kaplan es antropóloga médica, Profesora del Dpto. de Antropología Social y Cultural de la UAB, Directora de la Fundación Wassu, Directora de la Cátedra de Transferencia del Conocimiento e Investigadora Principal del grupo de investigación GIPE/PTP. Ha hecho investigación etnográfica en Gambia, Senegal y Guinea Bissau focalizada en los movimientos migratorios y en la MGF. Ha colaborado como investigadora en el Consejo de Investigación Médica de Gambia (Medical Research Council de Gambia), es asesora del Women’s Bureau y consultora de agencias internacionales (UNFPA, UNDP, Unicef, UE). En España, colabora y asesora a Instituciones para planificar e implementar programas para la atención y prevención de la MGF a nivel local, regional y estatal. También es miembro del Comité de Expertos sobre MGF en la OMS.

Nora Salas Seoane

Nora Salas Seoane es psicóloga con un Máster en Antropología de la Infancia y la Adolescencia en la Universidad de Brunel (UK). Desde 2007



A.A.





trabajó como psicóloga con niños de temprana edad y familias. Ha llevado a cabo investigación sobre adolescencia y música en Guinea Ecuatorial y sobre adolescentes y cohesión social en Cataluña (España). Actualmente es Coordinadora de la Fundación Wassu y gestiona proyectos para la prevención de la MGF. También coordina el grupo de investigación GIPE/PTP del Departamento de Antropología de la UAB.

Neus Aliaga

Neus Aliaga Figueras es antropóloga social y cultural con un Máster en Educación (UAB). En 2015, hizo sus prácticas de Antropología en la Fundación Wassu, donde adquirió un conocimiento extenso sobre la MGF. A finales de 2015, se unió al equipo Wassu como becaria y como miembro del grupo de investigación GIPE/PTP del Departamento de Antropología de la UAB. Desde 2016 se encarga de dar soporte a los proyectos de investigación y asistencia a la Coordinación de la Fundación.



A.A.





Tablas, cajas y mapas





CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN A LA MGF

Tabla 1

Tipos de MGF según la clasificación de la OMS

Tabla 2

Riesgos asociados a la MGF

Tabla 3

Principales instrumentos internacionales y regionales para eliminar la MGF

Tabla 4

Derechos humanos protegidos por tratados internacionales y vulnerados por la MGF

CAPÍTULO 2. PROFUNDIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE MGF

Tabla 1

Porcentaje de niñas y mujeres de edad entre 15-49 y niñas de entre 0-4 años que han sido sometidas a MGF en África, Indonesia, Irak y Yemen (UNICEF, 2016)

Mapa 1

Porcentaje de niñas y mujeres de entre 15 y 49 años que han sido sometidas a MGF, por país, en África y Oriente Medio

Mapa 2

La MGF en el mundo

Mapa 3

La MGF en España

Mapa 4

La MGF en Portugal

Mapa 5

La MGF en Bélgica

CAPÍTULO 3. MEDICINA, ENFERMERÍA Y ASISTENCIA EN EL PARTO

Dilema

¿Qué es lo normal? ¿Qué es lo patológico? ¿Cuál es el papel del personal sanitario en casos similares?

Ejercicio

Juego de rol / debate

El caso de Liza

Extracto de entrevista (Bagaglia et al. 2014, 60)

Extracto de entrevista (Bagaglia et al. 2014, 59)



A.A.





Ejercicio

Juego de rol

El caso de Sarah

Marcos legales sobre asilo por motivo de MGF

Italië, Spanje, België en Portugal

Marcos legales sobre la obligación de denunciar los casos de MGF

Italië, Spanje, België en Portugal

Un ejemplo de intervención preventiva en pediatría

Ejercicio

Identifique posibles formas de seguir con la intervención preventiva en esta familia

El caso de Giulia/Extracto de entrevista (Bagaglia et al. 2014, 87-89)

Dilema

CAPÍTULO 4. DERECHO INTERNACIONAL, DERECHO PENAL Y DERECHO MIGRATORIO Y DE ASILO

Recuadro 1

Disposiciones legales nacionales aplicables a la MGF

Recuadro 2

Sentencias sobre la MGF dictadas por tribunales nacionales

Recuadro 3

Ejercicios prácticos para su uso en clase

Recuadro 4

Evaluación

CAPÍTULO 5. TRABAJO SOCIAL, EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

Extractos de entrevista (Gallotti 2009)

Debata los diferentes puntos de vista

¿hablar o no hablar de ello?

Debata el siguiente dilema

¿Cómo podría descubrir sus auténticos pensamientos?

Sugerencias para el estudio de casos

Una sugerencia para el estudio de un caso en el aula

Debata el siguiente dilema



A.A.





CAPÍTULO 6. ANTROPOLOGÍA Y COOPERACIÓN

Debate

Conocer las diferencias culturales

Debate

El estudio de la sexualidad en África

Debate

¿Cómo se percibe la “violencia” en culturas diferentes?

Debate

Posibilidad de casarse, matrimonios interétnicos, presión social y contingencia en África occidental

Debate

El valor de la MGF

Debate

¿Anticultura o antiprogreso?

Ejercicio

Juego de roles

Evaluación

CAPÍTULO 7. ESTUDIOS DE GÉNERO Y ESTUDIOS FEMINISTAS

Recuadro de texto etnográfico

Extractos de entrevistas (Bagaglia et al. 2014)

Ejercicios prácticos para utilizar en el aula

Ejercicios de evaluación

CAPÍTULO VIII: CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y PERIODISMO

Sugerencias para el análisis en clase

Ejercicios de evaluación



A.A.





Referencias bibliográficas





CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN A LA MGF

Baer, Madeline en Alison Brysk. 2009. 'New Rights for Private Wrongs: Female Genital Mutilation and Global Framing Dialogues.' En *The International Struggle for New Human Rights*, editado por Clifford Bob. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Banda, Fareda. 2005. *Women, Law and Women's Rights: An African Perspective*. Oxford: Hart Publishing.

Berg, Rigmor C., Eva Denison y Atle Fretheim. 2016. 'Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies.' En *WGO-richtlijnen over het beheer van gezondheidscomplicaties van vrouwelijke genitale verminking*, 6. Genève: Wereldgezondheidsorganisatie. Originalmente publicado en Kunnskapscenteret 13 (2010).

Berg, Rigmor C., Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim, y Gunn E. Vist. 2016. "An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting." En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: World Health Organization. Originalmente publicado en *Obstetrics and Gynecology International* (2014). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi:10.1155/2014/542859.

Berg, Rigmor C., Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim y Gunn E. Vist. 2016. 'An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting.' En *WGO-richtlijnen over het beheer van gezondheidscomplicaties van vrouwelijke genitale verminking*, 6. Genève: Wereldgezondheidsorganisatie. Originalmente publicado en *Obstetrics and Gynecology International* (2014). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi:10.1155/2014/542859.

Berkovitch, Nitza y Karen Bradley. 1999. 'The Globalization of Women's Status: Consensus/Dissensus in the World Polity.' *Sociological Perspectives* 42(3):481-98.

Boddy, Janice. 1998. 'Violence Embodied? Female Circumcision, Gender Politics, and Cultural Aesthetics.' En *Rethinking Violence Against Women*, editado por Rebecca Emerson Dobash y Russell P. Dobash, 77-110. Thousand Oaks: California Sage.

Boyle, Elizabeth Heger. 2002. 'Female Genital Cutting: Cultural Conflict in the Global Community.' *The Journal of Modern African Studies* 43(3):497-99.

Bunch, Charlotte. 1990. 'Women's Rights as Human Rights: Toward a Revision of Human Rights.' *Human Rights Quarterly* 12(4):486-98.

Comité CEDAW. 1992. *Recomendación General N°19: La violencia contra la mujer*. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.



A.A.





Engle Merry, Sally. 2006. *Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*. Chicago: University of Chicago Press.

Europees instituut voor gendergelijkheid. 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Fassin, Didier. 2010. *La raison humanitaire: Une histoire morale du temps présent*. Parijs: Éditions du Seuil.

Fassin, Didier. 2012. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press.

Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni genitali femminili*. Turijn: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2010. 'Victimes à tout jamais: les enfants et les femmes d'Afrique. Humanitarisme spectacle et rhétoriques de la pitié.' *Cahiers d'études africaines* L, (198/200):1033-53.

Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle Altre. Retoriche della pietà e umanitarismo-spettacolo*. Turín: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2013. *Corpo non si nasce, si diventa. Antropologiche di genere nella globalizzazione*. Roma: CISU.

Fusaschi, Michela. 2014. 'Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques.' *Synergies Italie* 10:95-107.

Fusaschi, Michela. 2015. 'Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy.' *Cahiers d'études africaines* LV (217):11-28.

Hosken, Fran P. 1976. 'Genital Mutilation of Women in Africa.' *Munger Africana Library Notes* No. 36. Pasadena: California Institute of Technology.

lavazzo, Christos, Thalia A. Sardi y Ionnis D. Gkegkes. 2016. 'Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence.' En *WGO-richtlijnen over het beheer van gezondheidscomplicaties van vrouwelijke genitale verminking* 6. Genève: Wereldgezondheidsorganisatie. Oorspronkelijk gepubliceerd in *Gynecology and Obstetrics* 287:6 (2013). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi: 10.1007/s00404-012-2708-5.

Johnsdotter, Sara y Birgitta Essén. 2010. 'Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications.' *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.

Johnsdotter, Sara. 2012. 'Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A poor reflection as in a mirror.' *History and Anthropology* 23(1):91-114.



A.A.





Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría y Noria Liset Puppo. 2015. *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals: The Gambia* (2nd edition). España: UAB, Bellaterra.

Kaplan, Adriana. 2003. 'Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas.' *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* 4:23-30.

Miller, Michael, Francesca Moneti y Camilla Landini. 2005. *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*. Firenze: UNICEF.

Nuño Gómez, Laura. 2013. 'Violencia y deshumanización de las mujeres: la gran sombra en la protección internacional de los Derechos Humanos.' In *Violencia de Género e igualdad, una cuestión de derechos humanos*, uitgegeven door Ángela Figueruelo Burrieza et al. Granada: Comares.

Peters, Julie en Andrea Wolper. 1995. *Women's Rights, Human Rights: International Feminist Perspectives*. Psychology Press.

Pompeo, Francesco. 2013. *Elementi di antropologia critica*. Rome: Meti Edizioni.

Rahman, Anika y Nahid Toubia. 2001. *Vrouwelijke genitale verminking: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Londres: Zed Books.

Sayad, Abdelmalek. 1999. *La Double Absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. París: Seuil.

Shell-Duncan, Bettina. 2008. 'From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention.' *American Anthropologist* 110(2):225-36.

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et GAMS Belgique. 2011. *Mutilations Génitales Féminines: guide à l'usage des professions concernées*. Bruselas.

Tamale, Sylvia. 2008. "The Right to Culture and the Culture of Rights: A Critical Perspective on Women's Sexual Rights." *Feminist Legal Studies* 16:47.

Thomas, Lynn M. 1998. "Imperial Concerns and "Women's Affairs": State Efforts to Regulate Clitoridectomy and Eradicate Abortion in Meru, Kenya, c. 1910-1950." *The Journal of African History* 39(1):121-45.

UNICEF. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. Nueva York: UNICEF.

Vloeberghs, Erick, Anke van der Kwaak, Jeroen Knipscheer, y Maria van den Muijsenbergh. 2016. "Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands." En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 7.



A.A.





Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Ethnicity and Health* 17:6 (2012). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi: 10.1080/13557858.2013.771148.

Walby, Sylvia. 2011. *The Future of Feminism*. Cambridge: Polity Books.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008. *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2016. *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 1-7. Ginebra: World Health Organization. Último acceso el 21 de octubre de 2016.

Organización Mundial de la Salud (OMS). n.d. "*Female genital mutilation: Fact sheet*." Última modificación el 26 de febrero de 2016.

Grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la mutilización genital femenina y resultados obstétricos. 2016. "Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries." En *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*, 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Originalmente publicado en *Lancet* 367:9525 (2006). Último acceso el 28 de octubre de 2016. doi:10.1016/S0140-6736(06)68805-3.

CAPÍTULO 2. PROFUNDIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE MGF

Al Hinai, Habiba. 2014. *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman*. Último acceso el 26 de octubre de 2016.

Andro, Armelle, y Marie Lesclingand. 2007. 'Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France.' *Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Etudes Démographiques* 10:438.

Belluck, Pam y Cochrane, Joe. 2016. 'Unicef Report finds Female Genital Cutting to be common in Indonesia.' *New York Times*, 4 de febrero. Último acceso el 26 de octubre de 2016.

Berggren, Vanja, Suad Musa Ahmed, Ylva Hernlund, Eva Johansson, Behzad Habbani, y Anna-Karin Edberg. 2006. "Being victims or beneficiaries? Perspectives on Female Genital Cutting and Reinfibulation in Sudan". *African Journal of Reproductive Health* 10(2): 24-36.

Bourdieu, Pierre. 1977. "Remarques provisoires sur la perception sociale du corps." *Actes de la recherche en sciences sociales* 14:51-54.

Bourdieu, Pierre. 1980 (ed.). "La croyance et le corps." *Le sens pratique*. París: Éditions de Minuit.



A.A.





Brown, Katherine, David Beecham, y Hazel Barrett. 2013. "The Applicability of Behaviour Change in Intervention Programmes Targeted at Ending Female Genital Mutilation in the EU: Integrating Social Cognitive and Community Level Approaches". *Obstetrics and Gynecology International* 201, 11-28. Último acceso el 25 de octubre de 2016.

Butler, Judith. 1993. *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*. Nueva York: Routledge.

Castañeda Reyes, José Carlos 2003. *Fronteras del placer, fronteras de la culpa: A propósito de la mutilación femenina en Egipto* (1ª edición). Mexico: Centro de Estudios de Asia y África, El Colegio de México.

Consejo de Europa y Amnistía Internacional. 2014. *The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence: A tool to end female genital mutilation*, 1-58. Estrasburgo: Consejo de Europa y Amnistía Internacional.

Douglas, Mary. 1970. *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. Harmondsworth: Penguin.

Dubourg, Dominique, Fabienne Richard, Els Leye, Samuel Ndam, Tien Rommens, y Sophie Maes. 2011. "Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium". *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 248-57.

Erlich, Michel. 1991. *Les Mutilations sexuelles*. París: PUF.

Instituto Europeo de la Igualdad de Género (IEIG). 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Instituto Europeo de la Igualdad de Género (IEIG). 2015. *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Foblets, Marie-Claire. 2006. "Los delitos culturales: de la repercusión de los conflictos de cultura sobre el comportamiento delincuente. Reflexiones sobre la contribución de la antropología del derecho a un debate contemporáneo". En *Derecho penal y pluralidad cultural. Anuario de Derecho penal*, coordinado por José Hurtado Pozo, 287-312. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Turín: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle altre. Retoriche della pietà e umanitarismo spettacolo*. Turín: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2013. *Corpo non si nasce, si diventa. Antropologiche di genere nella globalizzazione*. Roma: CISU.



A.A.





Fusaschi, Michela. 2014. "Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques". *Synergies Italie* 10:95-107.

Fusaschi, Michela. 2015. "Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy". *Cahiers d'études africaines* 217.

Gomaa, Ali. 2013. "The Islamic view on female circumcision". *African Journal of Urology* 19:123-26.

Goswami, Priya. 2012. *A Pinch of Skin*. Último acceso el 26 de octubre de 2016.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). 2006. *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España*. Último acceso el 21 de octubre de 2016.

Hacker, Karen, Maria Anies, Barbara L. Folb, y Leah Zallman. 2015. "Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review". *Risk Management and Healthcare Policy* 8, 175-83.

Herrera Moreno, Myriam. 2002. "Multiculturalismo y tutela penal: a propósito de la problemática sobre la mutilación genital femenina". *Lex Nova* 5:49-84.

Istituto Piepoli. 2009. Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni genitali in Italia. Último acceso el 25 de octubre de 2016.

Johansen, R. Elise B., Nafissatou J. Diop, Glenn Laverack, y Els Leye. 2013.

"What Works and What Does Not: A Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation". *Obstetrics and Gynecology International*, 1-11. Último acceso el 2 de septiembre de 2016. doi:10.1155/2013/348248.

Johnsdotter, S., y Ruth M. Mestre i Mestre. 2015. *Female Genital Mutilation in Europe: An analysis of court cases*, 1-50. Luxemburgo: Dirección General de Justicia de la Comisión Europea.

Johnsdotter, Sara, y Birgitta Essén. 2010. "Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications". *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.

Johnsdotter, Sara. 2009. "Discrimination of Certain Ethnic Groups? Ethical Aspects of Implementing FGM Legislation in Sweden". *FoU Rapport 3*. Malmö: Universidad de Malmö. Último acceso el 25 de octubre de 2016.

Kaplan, Adriana, y Antonio López. 2010. *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009*. España: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 1. Servei de Publicacions.

Kaplan, Adriana, y Antonio López. 2013. *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*. España: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 2. Servei de Publicacions.



A.A.





Kaplan, Adriana, Babucarr Cham, Lamin Njie, Ana Seixas, Sandra Blanco, y Mireia Utzet. 2013. "Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men". *Obstetrics and Gynecology International*. Último acceso el 7 de noviembre de 2016. doi:10.1155/2013/643780.

Kaplan, Adriana, Marta Merino, y María Franch. 2002. *Construyendo un Mapa de las Mutilaciones Genitales Femeninas*. Barcelona: IDIL.

Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, y Noria Liset Puppo. 2015. *Manual para la Atención y la Prevención de la Mutilación Genital Femenina para Profesionales de la Salud en Gambia* (2ª edición). España: UAB, Bellaterra.

Kaplan, Adriana. 2003. "Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas". *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* 4:23-30.

Leye, E., Jessika Deblonde, José García Añón, Sara Johndotter, Adwoa Kwateng-Kluytse, Linda Weil-Curiel, y Marleen Temmerman. 2007. "An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe". *Crime, Law and Social Change* 47:1-31.

Leye, Els, y Jessika Deblonde. 2004. "A comparative analysis of the different legal approaches towards female genital mutilation in the 15 EU Member States, and the respective judicial outcomes in Belgium, France, Spain, Sweden and the UK". *ICRH Publications* 8.

Leye, Els, Lut Mergaert, Catharina Arnaut, y Sioban O'Brien Green. 2014. "Towards a better estimation of prevalence of FGM/C in the EU: interpreting existing evidence in all EU Member States". *Genus* 70:99-121.

Lisboa, Manuel (coord.), Dalila Cerejo, Ana Lúcia Teixeira, Ricardo Santana, Alexandra Alves Luís, Ana Belinda Teixeira, Cadidjatu Baldé, Catarina Moreira, Gabriela Moita, Maria do Rosário Oliveira Martins, y Tchernobaldé. 2015. *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação*. Último acceso el 25 de octubre de 2016.

Llabrés Fuster, Antoni. 2006. "El tratamiento de la mutilación genital femenina en el ordenamiento jurídico-español". En Europa: Derechos, Culturas, coordinado por Javier de Lucas Martín y María Helena Bedoya, 67-86. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Mauss, Marcel. 1934. "*Les techniques du corps*". *Journal de Psychologie* 32:3-4.

Mestre i Mestre, Ruth, y José García Añón. 2008. *Mutilaciones genitales femeninas*. Valencia: Universidad de Valencia. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Remotti, Francesco. 2000. *Prima lezione di antropologia*. Roma-Bari: Laterza.

Ropero Carrasco, Julia. 2001. "El derecho penal ante la mutilación genital femenina". *La Ley* 6:1393-1410.



A.A.





Ropero Carrasco, Julia. 2003. "La mutilación genital femenina: una lesión de los derechos fundamentales de las niñas basada en razones de discriminación sexual". *Curso de Derechos humanos de Donostia-San Sebastián*.

Sanz Mulas, Nieves. 2014. "Diversidad cultural y política criminal: estrategias para la lucha contra la mutilación genital femenina en Europa (especial referencia al caso español)". *Revista Española de Ciencia Penal y Criminología* 16(11):1-49. Último acceso el 5 septiembre de 2016.

Scheper-Hughes, Nancy, y Margaret Lock. 1987. "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly* 1(1):6-41.

Shell-Duncan, Bettina, Reshma Naik, y Charlotte Feldman-Jacobs. 2016. "A State-of-the-Art-Synthesis of Female Genital Mutilation/Cutting: What Do We Know Now?". Evidence to End FGM/C: *Research to Help Women Thrive*. Nueva York: Consejo de Población.

Teixeira, Ana Lucía. 2016. "Estimating the prevalence of female genital mutilation in Portugal". *Public Health* 139:53-60.

Torres Fernández, María Elena. 2005. "El nuevo delito de mutilación genital". En *Estudios en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, coordinado por Juan Carlos Carbonell Mateu, 943-64. Madrid: Dykinson.

Comisión de la condición jurídica y social de la mujer de las Naciones Unidas. 2011. *Ending female genital mutilation: Report of the Secretary-General*, 1-17, E/CN.6/2012/8. Último acceso el 22 de agosto de 2016.

Fondo de Población de las Naciones Unidas Naciones (oficina de Colombia) (FNUAP-Colombia). 2011. Project Embera-wera: *An experience of cultural change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America*. Último acceso el 26 de octubre de 2016.

UNICEF Innocenti Research Centre. 2005. *Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting*, 1-43. Florencia: UNICEF Innocenti Digest.

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

UNICEF. 2016. *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Último acceso el 22 de agosto de 2016.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). 2013. *Too Much Pain: Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union – A Statistical Overview*. Ginebra: ACNUR. Último acceso el 25 de octubre 2016.



A.A.





Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). 2009. *Guidance Note on Refugee Claims Relating to Female Genital Mutilation*. 1-15. Ginebra: ACNUR. Último acceso el 22 de agosto de 2016.

Van Baelen, Luk, Livia Ortensi, y Els Leye. 2016. "Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union: A secondary data analysis". *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. Último acceso el 16 de septiembre de 2016. doi:10.1080/13625187.2016.1234597.

CAPÍTULO 3. MEDICINA, ENFERMERÍA Y ASISTENCIA EN EL PARTO

Bagaglia, Carlota, Sabrina Flamini, Maya Pellicciari, y Chiara Polcri (eds.). 2014. *Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria*. Perugia: Fundación Angelo Celli para una cultura de la salud.

De Schrijver, Lotte, Els Leye, y Mireille Merckx. 2016. "A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: the crucial role of counselling." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 21:4. Último acceso el 2 de septiembre de 2016. doi:10.3109/13625187.2016.1172063.

Leon Eisenberg. 1977. "Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness." *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1: 9-23.

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu y GAMS België. 2011. *Vrouwelijke genitale verminking. Handleiding voor de betrokken beroepssectoren*. Bruselas: FOD Volksgezondheid.

Fusaschi, Michela. 2011. "Designer vagina: immaginari dell'indecenza o ritorno alletà dell'innocenza?" *Genesis* x/1:63-84.

Hellsten, Sirkku Kristiina. 2004. "Rationalising circumcision: from tradition to fashion, from public health to individual freedom—critical notes on cultural persistence of the practice of genital mutilation." *Journal of Medical Ethics* 30:248-53.

Johnsdotter, Sara, y Birgitta Essén. 2010. "Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications." *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.

Kaplan, Adriana, Pere Toran, y Maria Helena Bedoya. 2006a. "Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la atención primaria." *Atención Primaria* 38(2):122.

Kaplan, Adriana, Pere Toran, y Maria Helena Bedoya. 2006b. "Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales." *Revista Migraciones* 19:189-217.



A.A.





Kaplan, Adriana, Pere Toran, y Juana Moreno. 2009. "Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence." *BMC Public Health* 9:11.

Kaplan, Adriana, Juana Moreno, y María José Pérez Jarauta. 2010a. *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. España: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP), UAB, Bellaterra. Último acceso el 30 de octubre de 2016.

Kaplan, Adriana, Natividad Fernández, y Juana Moreno. 2010b. "Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families." *BMC Public Health* 10:193.

Kaplan, Adriana, Nora Salas, y Aina Mangas. 2015. *La Mutilación Genital Femenina en España*. Spain: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Gobierno de España. Último acceso el 5 de diciembre de 2016.

Kelly, Brenda, y C. Foster. 2012. "Should female genital cosmetic surgery and genital piercing be regarded ethically and legally as female genital mutilation?" *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 119:389-92.

Russell, Andrew. 2009. *Lecture Notes: The Social Basis of Medicine*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Sheldon, Sally, y Stephen Wilkinson. 2002. "Female Genital Mutilation and Cosmetic Surgery: Regulating Non-Therapeutic Body Modification." *Bioethics* 12:4. Último acceso el 28 de octubre de 2016.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). 2009. *Guidance Note on Refugee Claims Relating to Female Genital Mutilation*. Ginebra: United Nations High Commissioner for Refugees, Protection Policy and Legal Advice Section, Division of International Protection Services, 1-15. Último acceso el 22 de agosto de 2016.

Vissandjée, Bilkis, Shereen Denetto, Paula Migliardi, y Jodi Proctor. 2014. "Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences." *BMC International Health and Human Rights* 14:13. Último acceso el 30 de octubre de 2016. doi: 10.1186/1472-698X-14-13.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2016. *WHO Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



A.A.





CAPÍTULO 4. DERECHO INTERNACIONAL, DERECHO PENAL Y DERECHO MIGRATORIO Y DE ASILO

Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU). 1989. [Convención sobre los Derechos del Niño](#), adoptada por la resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989 de la Asamblea General. Último acceso el 3 de enero de 2016.

Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU). 2012. [Resolution 67/146, adoptada el 20 de diciembre de 2012, Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina](#).

Bodelón, Encarna. 2009. "Feminismo y derecho: Mujeres que van más allá de lo jurídico." En [Género y dominación: Críticas feministas del derecho y el poder](#), editado por Gemma Nicolás y Encarna Bodelón, 95-116. Barcelona: Anthropos Editorial.

Boyle, Elizabeth Heger. 2002. [Female Genital Cutting: Cultural Conflict in the Global Community](#). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Charlesworth, Hillary. 1994. "What are 'Women's International Human Rights?'" In [Human Rights of Women: National and International Perspectives](#), editado por Rebecca J. Cook. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

CHEVALIER, Charlotte. 2017. "Protección internacional de menores y mujeres, víctimas o en riesgo de ser perseguidas por motivos de género: las mutilaciones

genitales femeninas, un motivo para solicitar el asilo". En [Thill, Magaly \(ed.\). 2017. Aspectos socioculturales y legales de la MGF \(...\)](#). Madrid: Dykinson.

Consejo de Europa. 2011. [Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica \(Convenio de Estambul\): Serie de Tratados del Consejo de Europa N° 210](#). Último acceso el 3 de enero de 2016.

Comisión Europea. 2010. [COM \(2010\) 491 final, 21.9.2010, Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las Regiones: Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres: 2010-2015](#).

Comisión Europea. 2011. [COM \(2011\) 60 final, 15.2.2011, Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las Regiones: Agenda de la UE en pro de los derechos del Niño](#).

Comisión Europea. 2013. [COM \(2013\) 833 final, 25.11.2013, Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y el Consejo: Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina](#).

Facio, Alda, y Lorena Fries. 1999. "Feminismo, género y patriarcado." En [Género y Derecho](#), editado por Alda Facio y Lorena Fries. Washington: Facultad de Derecho de la Universidad Americana de Washington.



A.A.





Instituto Europeo de Igualdad de Género (IEIG). 2015. *Estimación del número de mujeres y niñas en riesgo de mutilación genital femenina en la Unión Europea*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Instituto Europeo de Igualdad de Género (IEIG). 2013. *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Johnsdotter, Sara, y Ruth M. Mestre i Mestre. 2015. *Female Genital Mutilation in Europe: An analysis of court cases*. Luxemburgo: Dirección General de Justicia de la Comisión Europea.

Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, y Noria Liset Puppo. 2010. *Manual para la Atención y la Prevención de la Mutilación Genital Femenina para Profesionales de la Salud en Gambia* (2ª edición). Barcelona: UAB, Bellaterra.

Leye, Els y Alexia Sabbe. 2009. *Responding to Female Genital Mutilation in Europe: Striking the right balance between prosecution and prevention*. Gante: Centro internacional de salud reproductiva.

Leye, Els, Jessika Deblonde, José García Añón, Sara Johnsdotter, Adwoa Kwateng-Kluytse, Linda Weil-Curiel, y Marleen Temmerman. 2007. "An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe." *Crime, Law and Social Change* 47, 1:1-31.

MacKinnon, Catharine A. 2006. *Are Women Human? And Other International Dialogues*. Cambridge: Harvard University Press.

Meroka, Agnés. 2017. "Un análisis crítico sobre el marco legal de Kenia para la prevención y el abandono de la mutilación genital femenina". En Thill, Magaly (ed.). *Aspectos socioculturales y legales de la MGF* (...). Madrid: Dykinson.

Muthumbi, Jane, Joar Svanemyr, Elisa Scoralo, Marleen Temmerman, y Lale Say. 2015. "Female Genital Mutilation: A Literature Review of the Current Status of Legislation and Policies in 27 African Countries and Yemen." *African Journal of Reproductive Health* 19, 3:32-40.

Mutua, Makau. 2002. *Human Rights: A Political and Cultural Critique*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

P&D Factor: *Associação para a Cooperação sobre População e Desenvolvimento*. 2016. "O direito a viver sem mutilação genital feminina." Último acceso el 5 de noviembre de 2016.

Parekh, Bhikhu. 2000. *Rethinking Multiculturalism: Cultural Diversity and Political Theory*. Basingstoke y Londres: Macmillan.

Pérez Vaquero, Carlos. 2010. *"La mutilación genital femenina en España y la Unión europea."* Último acceso el 5 de septiembre de 2016.



A.A.





Rahman, Anika, y Nahid Toubia. 2000. *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Londres: Zed Books.

Redress. 2009. [Project for criminal law reform: Comments on the ban of female genital mutilation in Sudan's legislation](#). Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Ropero Carrasco, Julia. 2001. "El derecho penal ante la mutilación genital femenina." *La Ley* 6:1393-1410.

Ropero Carrasco, Julia. 2003. "La mutilación genital femenina: una lesión de los derechos fundamentales de las niñas basada en razones de discriminación sexual." En *Cursos de Derechos Humanos de Donostia-San Sebastián*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Sanz Mulas, Nieves. 2014. "Diversidad cultural y política criminal: Estrategias para la lucha contra la mutilación genital femenina en Europa (especial referencia al caso español)." *Revista Española de Ciencia Penal y Criminología* 16(11):1-49. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Shell-Duncan, Bettina. 2008. "From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention." *American Anthropologist* 110(2):225-36.

Shweder, Richard A. 2002. "What about female genital mutilation? and why understanding culture matters in the first place." En *Engaging Cultural Differences: The Multicultural Challenge in Liberal Democracies*, editado por Richard A. Shweder, Martha Minow, y Hazel Rose Markus, 216-51. Nueva York: Russell Sage Foundation.

Thiam, Awa. 1983. "Women's fight for the abolition of sexual mutilation." En *International Social Science Journal* XXXV 4:747-57. París: UNESCO. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Thill, Magaly (ed.). 2017. *Aspectos socioculturales y legales de la MGF. Experiencias transnacionales de prevención y protección. Actas del Congreso Internacional celebrado en Madrid, 3 y 4 de octubre 2017*. Madrid: Dykinson.

Torres Fernández, María Elena. 2005. "El nuevo delito de mutilación genital." En *Estudios en homenaje al profesor Cobo del Rosal*, coordinado por Juan Carlos Carbonell Mateu, 943-64. Madrid: Dykinson.

UNICEF. 2016. [Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern](#). Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Unión Europea. 2012. [Directiva de la Unión Europea 2012/29/EU, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos](#).



A.A.





Walley, Christine J. 1997. "Searching for 'Voices': Feminism, Anthropology, and the Global Debate over Female Genital Operations." *Cultural Anthropology* 12(3):405-38.

CAPÍTULO 5. TRABAJO SOCIAL, EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

Arredondo, Patricia, Rebecca Toporek, Sherlon Pack Brown, Janet Jones, Don C. Locke, Joe Sanchez, y Holly Stadler. 1996. "Operationalization of the multicultural counseling competencies". *Journal of Multicultural Counseling and Development* 24(1):42-78.

Barrett, Hazel, Katherine Brown, Yussif Alhassan, y David Beecham. 2015. *The REPLACE* Approach: Supporting Communities to end FGM in the EU*.

Constantine, Madonna G., y Ladany, Nicholas. 2001. "New visions for defining and assessing multicultural counseling competence". En *Handbook of Multicultural Counseling* (2ª edición), editado por Joseph G. Ponterotto, 482-98. Thousand Oaks: Sage Publications.

Daniel, Jessica Henderson, Gargi Roysircar, Norman Abeles, y Cyndy Boyd. 2004. "Individual and cultural diversity competency: Focus on the therapist". *Journal of Clinical Psychology* 60(7):755-70.

Fusaschi, Michela. 2015. "Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy

and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy". *Cahiers d'études africaines* LV (217):11-28.

Gallotti, Cecilia. 2009. "Le Mutilazioni Genitali Femminili come posta in gioco nei processi di cambiamento culturale ('Female Genital Mutilation as stakes in the processes of cultural change')". En *Migrazioni Generi Famiglie. Pratiche di escissione e dinamiche di cambiamento in alcuni contesti regionali*, editado por Daniela Carrillo y Nicola Pasini, 185-265. Milán: Franco Angeli-Fondazione Ismu.

GAMS-Bélgica e INTACT. 2014. *Recommandations visant à améliorer la prévention et la protection des filles et des femmes victimes ou à risque d'excision*. Último acceso el 29 de noviembre de 2016.

Pope-Davis, Donald B., Hardin L. K. Coleman, William Ming Liu, y Rebecca L. Toporek. 2003. *Handbook of Multicultural Competencies in Counseling and Psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Simonelli, Ilaria, Alice Barbieri, Francesca Beraldo, y Fabrizio Simonelli. 2013. "Female genital mutilation between culture and health: A quantitative study". *Research and Best Practice* 3(3):90-97. Straub, Richard O. 2013. *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach*. Macmillan.

Sue, Derald Wing, Patricia Arredondo, y Roderick J. McDavis. 1992. "Multicultural counseling competencies and standards: A call to the



A.A.





profession". *Journal of Counseling & Development* 70(4):477-86.

Walley, Christine J. 1997. "Searching for 'Voices': Feminism, Anthropology, and the Global Debate over Female Genital Operations". *Cultural Anthropology* 12(3):405-38.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. *Female Genital Mutilation: A Handbook for Frontline Workers*. Último acceso el 1 de diciembre de 2016.

CAPÍTULO 6. ANTROPOLOGÍA Y COOPERACIÓN

Abusharaf, Rogaia Mustafa. 2000. "Revisiting Feminist Discourses on Infibulation: Responses from Sudanese Feminists". En *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan y Ylva Hernlund, 151-66. Londres: Lynne Rienner.

Abusharaf, Rogaia Mustafa (ed.). 2006. "Introduction: The Custom in Question". *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, 1-25. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Ahmadu, Fuambai. 2000. "Rites and Wrongs: An Insider/Outsider Reflects on Power and Excision". En *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan y Ylva Hernlund, 283-312. Londres: Lynne Rienner.

Ahmadu, Fuambai. 2005. *"Cutting the Anthill: The Symbolic Foundations of Female and Male Circumcision among the Mandinka of Brikama, The Gambia"*. Tesis doctoral, London School of Economics.

Arnfred, Signe (ed.). 2004. "African Sexuality/Sexuality in Africa: Tales and Silences". *Re-thinking Sexualities in Africa*, 59-78. Upsala: Nordiska Afrikainstitutet.

Baer, Madeline, y Alison Brysk. 2009. "New Rights for Private Wrongs: Female Genital Mutilation and Global Framing Dialogues". En *The International Struggle for New Human Rights*, editado por Bob Clifford, 93-107. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Boddy, Janice. 1989. *Wombs and Alien Spirits: Women, Men, and the Zar Cult in Northern Sudan*. Madison: University of Wisconsin Press.

Bourdieu, Pierre. 1991. "Rites of Institution". En *Language and Symbolic Power*, editado por John Thompson, 117-26. Cambridge: Harvard University Press.

Butler, Judith. 2004. *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. Londres: Verso.

Cavatorta, Giovanna. 2015. *Rapport de recherche anthropologique*. Roma y Ciudad de Yibuti: Instituto Nacional para la Promoción de la Salud de la



A.A.





Población Migrante y el contraste de las Enfermedades de la pobreza y el Ministerio de Salud de Yibuti.

Esho, Tammary, Steven Van Wolputte, y Paul Enzlin. 2011. "The Socio-Cultural-Symbolic Nexus in the Perpetuation of Female Genital Cutting: A Critical Review of Existing Discourses". *Afrika Focus* 24(2):53-70.

Fassin, Didier. 2005. "L'ordre moral du monde: Essai d'anthropologie de l'intolérable". En *Les constructions de l'intolérable*, editado por Didier Fassin y Patrice Bourdelais, 17-50. París: La Découverte.

Fassin, Didier. 2009. "Les économies morales revisitées". *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 64:1237-66.

Fassin, Didier. 2012. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkley: University of California Press.

Foucault, Michel. 2007. *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France 1977-1978*. Basingstoke: Palgrave.

Fusaschi, Michela. 2014. "Modifications génitales féminines en Europe: raison humanitaire et universalismes ethnocentriques". *Synergies Italie* 10:95-107.

Fusaschi, Michela. 2015. "Humanitarian Bodies: Gender, Moral Economy and Genitals Modifications in Italian Immigration Policy". *Cahiers d'études africaines* 217:11-28.

Godelier, Maurice. 1986. *The Making of Great Men: Male Domination and Power among the New Guinea Baruya*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gosselin, Claudie. 2000a. "Handing Over the Knife: Numu Women and the Campaign Against Excision in Mali". En *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan y Ylva Hernlund, 193-214. Búlder-Londres: Lynne Rienner.

Gosselin, Claudie. 2000b. "Feminism, Anthropology and the Politics of Excision in Mali: Global and Local Debates in a Postcolonial World". *Anthropologica* XLII(1):43-60.

Hadi, Amal Abdel. 2006. "A Community of Women Empowered: The Story of Deir Al Barsha". En *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, editado por Rogaiia Mustafa Abusharaf, 104-24. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Hastrup, Kirsten. 2005. "Social Anthropology: Towards a Pragmatic Enlightenment?". *Social Anthropology* 13(2):133-49.



A.A.





Hernlund, Ylva. 2000. "Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting: Female 'Circumcision' and the Re-Ritualization of Initiation in the Gambia". En *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan y Ylva Hernlund, 235-52. Londres: Lynne Rienner.

Hernlund, Ylva, y Bettina Shell-Duncan. 2007. "Contingency, Context, and Change: Negotiating Female Genital Cutting in the Gambia and Senegal". *Africa Today* 53(4):43-57.

Hosken, Fran. 1982. *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Lexington: Women's International Network News.

Jackson, Michael. 2005. *Existential Anthropology: Events, Exigencies and Effects*. Oxford: Berghahn Books.

Johnsdotter, Sara. 2009. "Discrimination of Certain Ethnic Groups? Ethical Aspects of Implementing FGM Legislation in Sweden". *FoU Rapport 3*. Malmö: Universidad de Malmö. Último acceso el 25 de octubre de 2016.

Johnsdotter, Sara, y Birgitta Essén. 2010. "Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications". *Reproductive Health Matters* 18(35):29-37.

Kaplan, Adriana, Juana Moreno Navarro y María José Pérez Jarauta (eds.). 2010. *Mutilación genital femenina (MGF): Manual para profesionales*.

UAB, Bellaterra: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP).

Kaplan, Adriana, Babucarr Cham, Lamin A. Njie, Ana Seixas, Sandra Blanco, y Mireia Utzet. 2013. "Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men". *Obstetrics and Gynecology International*. Último acceso el 7 de noviembre de 2016. doi:10.1155/2013/643780.

Kaplan, Adriana, Suiberto Hechavarría, y Noria Liset Puppo. 2015. *Manual para la Atención y la Prevención de la Mutilación Genital Femenina para Profesionales de la Salud en Gambia* (2ª edición). España: UAB, Bellaterra.

Mackie, Gerry. 1996. "Ending Footbinding and Infibulation: A Convention Account". *American Sociological Review* 61(6):999-1017.

Mackie, Gerry. 2000. "Female Genital Cutting: The Beginning of the End". *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan y Ylva Hernlund, 245-82. Londres: Lynne Rienner.

Mackie, Gerry, Francesca Moneti, Holly Shakya, y Elaine Denny. 2015. *What are Social Norms? How are they Measured?* Nueva York: UNICEF, Universidad de California, San Diego, y el Centro para la Justicia Global. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.



A.A.





Mathieu, Nicole-Claude. 1991. *L'Anatomie politique: Catégorisation et idéologie du sexe*. París: Côté-femmes.

Merry, Sally Engle. 2006. *Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*. Chicago: Chicago University Press.

Merry, Sally Engle. 2016. *The Seductions of Quantification: Measuring Human Rights, Gender Violence, and Sex Trafficking*. Chicago: Chicago University Press.

Moore, Henrietta. 1994. *A Passion for Difference: Essays in Anthropology and Gender*. Bloomington e Indianápolis: Indiana University Press.

Njambi, Wairimu Ngaruiya. 2004. Dualisms and Female Bodies in Representations of African Female Circumcision: A Feminist Critique. *Feminist Theory* 5(3):281-303.

Njambi, Wairimu Ngaruiya. 2007. "Irua Ria Atumia and Anti-Colonial Struggles Among the G'kuy of Kenya: A Counter Narrative on 'Female Genital Mutulation'". *Critical Sociology* 33:689-708.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2005. *Anthropology and Development: Understanding Contemporary Social Change*. Londres y Nueva York: Zed Books.

Paluck, Elizabeth Levy, y Laurie Ball. 2010. *Social Norms Marketing Aimed at Gender Based Violence: A Literature Review and Critical Assessment*.

Nueva York: International Rescue Committee.

Scheper-Hughes, Nancy, y Margaret Lock. 1987. "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly* 1:6-41.

Shell-Duncan, Bettina. 2008. "From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention". *American Anthropologist* 110(2):225-36.

Shell-Duncan, Bettina, Katherine Wander, Ylva Hernlund, y Amadou Moreau. 2011. "Dynamics of Change in the Practice of Female Genital Cutting in Senegambia: Testing Predictions of Social Convention Theory". *Social Science & Medicine* 7(8):1275-83.

Thomas, Lynn M. 1996. "'Ngaitana (I will circumcise myself)': The Gender and Generational Politics of the 1956 Ban on Clitoridectomy in Meru, Kenya". *Gender & History* 8:338-63.

Turner, Victor W. 1969. "Liminality and Communitas". *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Van Gennep, Arnold. 1960. *The Rites of Passage*. Chicago: University of Chicago Press.



A.A.





CAPÍTULO 7. ESTUDIOS DE GÉNERO Y ESTUDIOS FEMINISTAS

Abu-Lughod, Lila. 2002. "Do Muslim Women Really Need to be Saved? Anthropologic Considerations on the Cultural Relativism and its Others". *American Anthropologist* 104(3):784-90.

Al-Khulaidi, Ghadah Abdulmajid, Keiko Nakamura, Kaoruko Seino, y Masashi Kizuki. 2013. "Decline of Supportive Attitudes among Husbands toward Female Genital Mutilation and Its Association to Those Practices in Yemen". *PLOS ONE* 8(12):e83140. Último acceso el 5 de septiembre de 2016. doi:10.1371/journal.pone.0083140.

Almroth, Lars, Vanja Berggren, Osman Mahmoud Hassanein, Said Salah Eldin Al-Said, Sharif Siddiq Alamin Hasan, Ulla-Britt Lithell, y Staffan Bergström. 2001. "Male complications of female genital mutilation". *Social Science & Medicine* 53(11):1455-60. Último acceso el 5 de septiembre de 2016. doi:10.1016/S0277-9536(00)00428-7.

Amorós, Celia. 1997. *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra.

Anthias, Floya. 2014. "Une théorisation intersectionnelle du genre, de l'éthnicité, de la migration et de la classe en fonction de la violence faite aux femmes". En *Violences envers les femmes: Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformations*, editado por Maryse

Rinfret-Raynor, Élisabeth Lesieux, Marie-Marthe Cousineau, Sonia Gauthier y Elisabeth Harper, 55-76. Montreal: Presses de l'Université du Québec.

Bagaglia, Carlota, Sabrina Flamini, Maya Pellicciari, y Chiara Polcri (eds.). 2014. *Mutilazioni genitali e salute riproduttiva della donna immigrata in Umbria*. Región Umbría Perugia: Fundación Angelo Celli para una cultura de la salud.

Bagnol, Brigitte, y Esmeralda Mariano. 2011. "Politics of naming sexual practices". En *African Sexualities: A Reader*, editado por Sylvia Tamale, 271-87. Ciudad del Cabo, Dakar, Nairobi y Oxford: Fahamu.

Beauvoir, Simone de. 1949. *Le deuxième sexe*. París: Gallimard.

Bell, Kirsten. 2005. "Genital Cutting and Western Discourses on Sexuality". *Medical Anthropology Quarterly* 19(2):125-48. Último acceso el 5 de septiembre 2016.

Benhabib, Seyla. 1992. *Situating the Self: Gender, Community and Postmodernism in Contemporary Ethics*. Nueva York: Routledge.

Benhabib, Seyla. 2004. *The Rights of Others: Aliens, Residents and Citizens*. Cambridge: Cambridge University Press.



A.A.





Boltanski, Luc. 1993. *La souffrance à distance: Morale humanitaire, médias et politique*. París: Métailié.

Bourdieu, Pierre. 1998. *La domination masculine*. París: Seuil.

Braun, Virginia. 2009. "The Women Are Doing It for Themselves: The Rhetoric of Choice and Agency around Female Genital Cosmetic Surgery". *Australian Feminist Studies* 60:233-49.

Butler, Judith. 1988. "Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory". *Theatre Journal* 40:519-31. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Cavatorta, Giovanna. 2015. *Research Report: Support to Djiboutian Programmes for Women's Health*. Roma: Instituto Nacional para la Promoción de la Salud de la Población Migrante y el contraste de las Enfermedades de la pobreza.

Charlesworth, Hillary. 1994. "What are 'Women's International Human Rights?'". En *Human Rights of Women: National and International Perspectives*, editado por Rebecca J. Cook, 58-84. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Claramonte, Jordi. 2016. *Estética Modal*. Madrid: Tecnos.

Coene, Gily, y Chia Longman (eds.). 2005. "Introduction: Les paradoxes du débat sur le féminisme et le multiculturalisme". *Féminisme et multiculturalisme: Les paradoxes du débat*, 11-32. Berna: Peter Lang.

Crenshaw, Kimberlé. 1991. "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color". *Stanford Law Review* 43(6):1241-99.

De Miguel, Ana. 2015. *Neoliberalismo sexual*. Madrid: Cátedra.

Delphy, Christine. 1993. "Rethinking sex and gender". *Women's Studies International Forum* 16(1):1-9.

Diop, Nafissatou J., y Ian Askew. 2007. "Strategies for Encouraging the Abandonment of Female Genital Cutting: Experiences from Senegal, Burkina Faso and Mali". En *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*, editado por Rogaiya Mustafa Abusharaf, 125-41. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Ehrenreich, Nancy (with Marc Barr). 2005. "Intersex Surgery, Female Genital Cutting, and the Selective Condemnation of 'Cultural Practices'". *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review* 40:71-140. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.



A.A.





El Saadawi, Nawal. 1980. *The Hidden Face of Eve: Women in the Arab World*. Londres: Zed Books.

Fraser, Nancy. 2013. *Fortunes of Feminism: From State-Managed Capitalism to Neoliberal Crisis*. Londres y Nueva York: Verso Books.

Fraisse, Geneviève. 2007. *Du consentement*. París: Seuil.

Fusaschi, Michela. 2003. *I segni sul corpo. Per un'antropologia delle modificazioni dei genitali femminili*. Turín: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2011. *Quando il corpo è delle Altre. Retoriche della pietà e umanitarismo spettacolo*. Turín: Bollati Boringhieri.

Fusaschi, Michela. 2012. "Plaisirs croisés: gukuna-kunyaza. Missions, corps et sexualités dans le Rwanda contemporain". *Genre, sexualité & société* 8. Último acceso 25 de agosto de 2016. doi:10.4000/gss.2571.

Fusaschi, Michela. 2013. "The Barbie look: lipoAspirazioni catodiche. Per un'antropologia critica del corpo della donna come luogo pubico". En *Factual, Reality, Makeover*, editado por Veronica Innocenti y Marta Perrotta, 123-47. Roma: Bulzoni.

GAMS. 2016. *"Men Speak Out"*. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Gosselin, Claudie. 2000. "Handing Over the Knife: Numu Women and the Campaign Against Excision in Mali". En *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan y Ylva Hernlund, 193-214. Búlder-Londres: Lynne Rienner.

Gruenbaum, Ellen. 2000. *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Guerra Palmero, María José. 2008. "Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres". *Isegoría: Revista de Filosofía moral y política* 38:61-76. Último acceso el 5 de septiembre de 2016. doi:10.3989/isegoria.2008.i38.403.

Harcourt, Wendy. 2009. *Body Politics in Development: Critical Debates in Gender and Development*. Londres: Zed Books.

Hartmann, Nicolai. 2015. *Ethics*. Nueva York: Routledge.

Hernlund, Ylva, y Bettina Shell-Duncan (eds.). 2007. "Transcultural Positions: Negotiating Rights and Culture". *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*, 1-4. Nuevo Brunswick: Rutgers State University Press.

Hill Collins, Patricia 1991. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Nueva York y Londres: Routledge.



A.A.





Irigaray, Luce. 1977. *Ce sexe qui n'en est pas un*. París: Éditions de Minuit.

Irigaray, Luce. 1985. *Speculum of the Other Woman*, traducido por Gillian G. Gill. Nueva York: Cornell University.

Jeffreys, Sheila. 2005. *Beauty and Misogyny: Harmful Cultural Practices in the West*. Londres y Nueva York: Routledge.

Khamasi, Wanjiku. 2015. "Transcending Female Circumcision: A Call for Collective Unmasking". *Interrogating Harmful Cultural Practices: Gender, Culture and Coercion*, editado por Chia Longman y Tamsin Bradley, 99-110. Farnham: Ashgate.

Koster, Marian, y Lisa Leimar Price. 2008. "Rwandan female genital modification: Elongation of the labia minora and the use of local botanical species". *Culture, Health & Sexuality* 10:191-204.

Lerner, Gerda. 1986. *The Creation of Patriarchy*. Nueva York: Oxford University Press.

Lightfoot-Klein, Hanny. 1989. *Prisoners of Ritual: An Odyssey into Female Genital Circumcision in Africa*. Nueva York: Haworth Press.

Longman, Chia, y Tamsin Bradley (eds.). 2015. "Interrogating the Concept of 'Harmful Cultural Practices'". *Interrogating Harmful Cultural Practices:*

Gender, Culture and Coercion, 11-30. Farnham: Ashgate.

MacKinnon, Catharine. 1989. *Toward a Feminist Theory of the State*. Cambridge: Harvard University Press.

Millett, Kate. 1970. *Sexual Politics*. Garden City: Doubleday.

Moghadam, Valentine M. 2005. *Globalizing Women: Transnational Feminist Networks*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Mohanty, Chandra T. 1991. "Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses". En *Third World Women and the Politics of Feminism*, editado por Chandra Mohanty, Ann Russo y Lourdes Torres, 51-80. Bloomington: Indiana University Press.

Mohanty, Chandra T. 2003. "'Under Western Eyes' Revisited: Feminist Solidarity through Anticapitalist Struggles". *Signs* 28(2):499-535. Último acceso el 5 de septiembre de 2016. doi:10.1086/342914.

Moller Okin, Susan. 1998. "Feminism and Multiculturalism: Some Tensions". *Ethics* 104(8):661-84. Último acceso el 5 de septiembre de 2016. doi:10.1086/233846.

Narayan, Uma. 1997. *Dislocating Cultures: Identities, Traditions, and Third World Feminism*. Nueva York: Routledge.



A.A.





Njambi, Wairimu Ngaruiya. 2004. "Dualisms and female bodies in representations of African female circumcision: A feminist critique". *Feminist Theory* 5(3):281-303.

Nnaemeka, Obioma (ed.). 2005. "African Women, Colonial Discourses, and Imperialist Interventions: *Female Circumcision as Impetus*". *Female Circumcision and the Politics of Knowledge: African Women in Imperialist Discourses*. Londres: Praeger Publishers.

Núñez Puente, Sonia. 2015. "Online activism and subject construction of the victim of gender-based violence on Spanish YouTube channels: Multimodal analysis and performativity". *European Journal of Women's Studies* 22(3):319-33.

Nuño Gómez, Laura. 2013. "Violencia y Deshumanización de las mujeres: La gran sombra en la protección internacional de los Derechos Humanos". En *Violencia de Género e Igualdad: Una Cuestión de Derechos Humanos*, editado por Ángela Figueruelo Burrieza, Marta del Pozo Pérez y Marta León Alonso, 183-206. Granada: Comares.

Oakley, Ann. 1972. *Sex, Gender and Society*. Londres: Temple Smith.

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. 2013. [Resolución 1952 \(2013\), Children's right to physical integrity](#). Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Pateman, Carole. 1988. *The Sexual Contract*. Stanford: Stanford University Press.

Phillips, Anne, y Anne Saharso. 2008. "The rights of women and the crisis of multiculturalism (Guest editorial)". *Ethnicities* 8(3):2-12.

Puleo, Alicia. 1995. "Patriarcado". En *Diez Palabras Clave Sobre Mujer*, editado por Celia Amorós, 21-54. Estella: Verbo Divino.

Rahman, Anika, y Nahid Toubia. 2000. *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide*. Londres y Nueva York: Zed Books, CRLP and Rainbo.

Rubin, Gayle. 1975. "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex". En *Toward an Anthropology of Women*, editado por Rayna R. Reiter, 157-210. Nueva York: Monthly Review Press.

Saltzman Chafetz, Janet. 1990. *Gender Equity: An Integrated Theory of Stability and Change*. Newbury Park: Sage Publications.

Sardi, Lauren M. 2016. "Male Circumcision". En *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*, editado por Nancy A. Naples. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.



A.A.





Shell-Duncan, Bettina, Obiero Walter Obungu, y Leunita Auko Muruli. 2000. "Women Without Choices: The Debate Over Medicalization of Female Genital Cutting and its Impact on a Northern Kenyan Community". En *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, editado por Bettina Shell-Duncan y Ylva Hernlund, 109-128. Búlder-Londres: Lynne Rienner.

Showalter, Elaine. 1985. *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. Nueva York: Pantheon Books.

Spivak, Gayatri. 1998. *Can the Subaltern Speak?* Londres: Macmillan.

Spivak, Gayatri. 2004. "Righting Wrongs". *The South Atlantic Quarterly* 103(2/3):523-81.

Tamale, Sylvia. 2007. "The Right to Culture and the Culture of Rights: A Critical Perspective on Women's Sexual Rights in Africa". En *Sex matters*, editado por Adili Zia y Billy Kahora. Nairobi: Urgent Action Fund, 149-65. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Tamale, Sylvia. 2011. *African sexualities: A Reader*. Ciudad del Cabo: Pambazuka Press.

Thiam, Awa. 1983. "Women's fight for the abolition of sexual mutilation". En *International Social Science Journal XXXV* 4:747-57. París: UNESCO.

Último acceso el 5 de septiembre 2016.

THILL, Magaly (ed.). 2017. *Aspectos socioculturales y legales de la MGF. Experiencias transnacionales de prevención y protección. Actas del Congreso Internacional celebrado en Madrid, 3 y 4 de octubre 2017*. Madrid: Dykinson.

Varol, Nesrin, Sabera Turkmani, Kirsten Black, John Hall, y Angela Dawson. 2015. "The role of men in abandonment of female genital mutilation: A systematic review". *BMC Public Health* 15:1034. Último acceso el 5 de septiembre de 2016. doi:10.1186/s12889-015-2373-2.

Walby, Sylvia. 1990. *Theorizing Patriarchy*. Cambridge: Basil Blackwell, Inc.

Westercamp, Nelly, y Robert C. Bailey. 2007. "Acceptability of Male Circumcision for Prevention of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Review". *AIDS and Behavior* 11(3):341-55. Último acceso el 5 de septiembre de 2016. doi:10.1007/s10461-006-9169-4.

OMS, UNICEF, y FNUAP. 1997. *Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*. Ginebra: WHO.

OMS, OACDH, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, FNUAP, ACNUR, UNICEF y UNIFEM. 2008. *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement*. Ginebra: WHO.



A.A.





Wilcken, Andrea, Thomas Keil, y Bruce Dick. 2010. "Traditional male circumcision in eastern and southern Africa: A systematic review of prevalence and complications". *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 88:907-14. Último acceso el 5 de septiembre de 2016. doi:10.2471/blt.09.072975.

World Vision. 2014. *Exploring the Links: Female Genital Mutilation/Cutting and Early Marriage*. Londres: World Vision.

Zabus, Chantal. 2004. "Between rites and rights: Excision on trial in African women's texts and human contexts". En *Towards a Transcultural Future: Literature and Human Rights in a "Post"-Colonial World*, editado por Peter H. Marsden y Geoffrey V. Davis. Amsterdam: Rodopy.

Zoske, Joseph. 1998. "Male Circumcision: A Gender Perspective". *The Journal of Men's Studies* 6:189-208.

CAPÍTULO VIII: CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y PERIODISMO

Barthes, Roland. 1975. *Roland Barthes par Roland Barthes*. París: Editions du Seuil.

BBC. 2013. *FGM: The film that changed the law in Kurdistan* (un vídeo sobre el documental Making Pure Girls). Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Butler, Judith. 1997. *Excitable Speech. A Politics of the Performative*. Nueva York y Londres: Routledge.

Carballeda, Alfredo. 2008. *Los cuerpos fragmentados: La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Barcelona: Paidós.

Daughters of Eve. 2012. *Equals? Leyla & Emma*. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Dirie, Waris. *Flor del desierto*. DVD. Dirigida por Sherry Hormann. Reino Unido-Alemania-Austria-Francia: Torus/BSI/Dor Film/Backup Films/Majestic/Mr. Brown Entertainment/BAC Films/ARD, 2009.

Fundación Wassu-UAB. 2013. *Iniciación sin mutilación*. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Gámez, M^a José, y Sonia Núñez. 2013. "Media, ethics and gender-based violence: moving beyond victimization". *Asparkia* 24:145-160.

Guardian, The. 2015. *"Highlights of the Guardian's Global Media Campaign to help end FGM"*. Último acceso el 25 de junio de 2016.

Guardian, The. 2016. *"Jaha Dukureh: From FGM survivor to Time's 'most influential' list – video"*. Último acceso el 1 de noviembre de 2016.



A.A.





Jensen, Klaus Brhun. 1997. *La semiótica social de la comunicación de masas*. España: Bosch.

Lozano, Mabel. *Mariama*. DVD. Dirigida por Mabel Lozano. España: UNAF, 2016.

National Health Service. 2015. [Women talking about their personal experiences of female genital mutilation \(FGM\)](#). Último acceso el 15 de septiembre de 2016.

Ogilvy & Mather Group UK. 2015. ["It Happens Here"](#). Último acceso el 15 de julio de 2016.

Oliver, Kelly. 2004. "Witnessing and Testimony". *Parallax* 10(1):79-88.

Pitouli, Christina, y Ana Pozo. *Bref* (Subtítulos en inglés). DVD. Dirigido por Christina Pitouli. España: Metges del Món, 2013. Último acceso el 1 de noviembre 2016. <https://vimeo.com/58378989>.

Rivière, Margarita. 2003. *El malentendido*. Cómo nos educan los medios de comunicación. Barcelona: Icaria.

Rocher, Guy. 1972. *A general introduction to sociology: A theoretical perspective*. Toronto: Macmillan Co. of Canada.

Romero Bachiller, Carmen, y Silvia García Dauder. 2003. "Saturaciones identitarias: de excesos, materialidades, significación y sus (in)visibilidades". *Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista* 2:37-56.

Sáiz Echezarreta, Vanesa. 2008. "Resolución de la distancia moral a través de la mediación experta de las ONGD". *CIC Cuadernos de Información y Comunicación* 13:79-106.

Sanghani, Radhika. 2015. "'Disgusting' FGM campaign wins prestigious advertising awards at Cannes". *The Telegraph*, 26 de junio. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Sembène, Ousmane. *Moolaadé*. DVD. Dirigido por Ousmane Sembène. Francia, Senegal, Burkina Faso y Camerún: Ciné-Sud Promotion/Centre Cinématographique Marocain/Cinétéléfilms, 2004.

Simón, Patricia. 2016. ["Investigar para narrar"](#). Cuenca: Facultad de Periodismo de la Universidad de Castilla-La Mancha. Último acceso el 5 de septiembre de 2016.

Thompson, John B. 1998. *The Media and Modernity: A Social Theory of the Media*. Stanford: Stanford University Press.

Vila-San Juan, Rafael. 1999. "¿Sabemos de qué hablamos cuando hablamos de guerra?". *Papeles de Cuestiones Internacionales* 3:133-143.



A.A.





NOTA 1

Para mayor información sobre la historia del término, véase el Capítulo 11.2: Historicidad de la MGF y agendas anti-MGF.

[volver>>](#)

NOTA 2

Cuya traducción literal al castellano es “Mutilación Genital Femenina/Corte” (Nota de la traductora).

[volver>>](#)

NOTA 3

En castellano, se ha traducido por Mutilación Genital Femenina. Se utilizarán las siglas MGF a lo largo de toda la guía (Nota de la traductora).

[volver>>](#)

NOTA 4

Rabin, Roni Caryn. 2016. “Mayor número de chicas se someten a Cirugía Plástica Genital”. New York Times, 25 abril. Última consulta, 21 de octubre de 2016.

Consultable en http://well.blogs.nytimes.com/2016/04/25/increase-in-teenage-genital-surgery-prompts-guidelines-for-doctors/?_r=0.

[volver>>](#)

NOTA 5

MedicineNet, Inc. 2016. Consultable en <http://www.medicinenet.com> (Última consulta, 22 de octubre de 2016).

[volver>>](#)

NOTA 6

En este proceso, las conferencias de Naciones Unidas sobre las mujeres –celebradas en México (1975), Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Beijing (1995)– jugaron un papel crucial.

[volver>>](#)

NOTA 7

La traducción al castellano del título de esta publicación es: La Mutilación Genital Femenina en la Unión Europea y Croacia (Nota de la traductora).

[volver>>](#)

NOTA 8

UNICEF define la prevalencia de la MGF como el porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que han sido sometidas a alguna forma de MGF (UNICEF y Centro de Investigaciones Innocenti 2005).

[volver>>](#)

NOTA 9

La encuesta DHS fue desarrollada por la ICF Internacional, y la encuesta MICS está dirigida por UNICEF.

[volver>>](#)

NOTA 10

Estudio de Salud Básica Nacional Riskesdas, Ministerio de Salud de Indonesia, tal y como se menciona en Shell-Duncan et al 2016.

[volver>>](#)



A.A.





NOTA 11

Para saber más sobre la distinción entre enfermedad, falta de salud y dolencia, véase: Eisen-berg, 1977; Russell, 2009. También: Universidad de Hyderabad (India), 2016. "E-learning postgraduate course on the sociology of health and disease". Último acceso 25 de octubre de 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=Wb39aXpqOmQ>

[volver>>](#)

NOTA 12

Para saber más acerca de la terminología y el cuidado, véase Vissandjéc et al., 2014.

[volver>>](#)

NOTA 13

Para saber más acerca del vínculo entre la MGF y el asilo político, véase:ACNUR, 2009. Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina. Último acceso 27 de octubre de 2016. <http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ac4b3782>

[volver>>](#)

NOTA 14

Para saber más acerca del acuerdo preventivo, véase Fundación Wassu-UAB,. 2015. Compartiendo herramientas para la prevención. "Sharing tools, for prevention". Último acceso 27 de octubre de 2016. http://www.mgf.uab.es/esp/recursos_para_profesionales.html http://www.mgf.uab.es/eng/resources_for_professionals.html

[volver>>](#)

NOTA 15

Para un ejemplo, véase: Fundación Wassu-UAB.2015. Compartiendo herramientas para la prevención. Último acceso 27 de octubre de 2016. http://www.mgf.uab.es/esp/recursos_para_profesionales.html

[volver>>](#)

NOTA 16

Para más información sobre el procedimiento técnico, véase: Abdulcadir, Rodríguez y Say 2015.

[volver>>](#)

NOTA 17

Para más información sobre este tipo de cuidado, véase: De Schrijver, Leye y Merckx 2016.

[volver>>](#)

NOTA 18

Tabla elaborada por Julia Roper Carrasco.

[volver>>](#)

NOTA 19

Tabla elaborada por Julia Roper Carrasco. Un análisis de sentencias puede también ser consultado en TORRES FERNÁNDEZ, María Elena. 2017. "La mutilación genital femenina ante el ordenamiento jurídico español". En THILL, M (ed.). 2017. Aspectos socioculturales y legales de la MGF. Experiencias transnacionales de prevención y protección. Madrid: Dykinson.

[volver>>](#)

NOTA 20

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH 2011. "Ending Female Genital Mutilation.". Último acceso el 1 de diciembre de 2016. <https://www.giz.de/expertise/downloads/giz2011-en-fgm-bildung.pdf>.

[volver>>](#)



A.A.





La publicación de la presente guía ha sido posible gracias a la financiación del Programa europeo de Derechos, Igualdad y Ciudadanía 2014-2020. Los contenidos son responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no se puede de ninguna manera considerar que reflejan las opiniones de la Comisión Europea. La guía forma parte del Programa Académico Multisectorial para prevenir y combatir la Mutilación Genital Femenina (MGF)/Multisectoral Academic Programme to prevent and combat Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C).

TRADUCCIÓN AL CASTELLANO

Kika Fumero

REVISIÓN DE LA TRADUCCIÓN Y EDICIÓN EN CASTELLANO

Magaly Thill



A.A.





MAP-FGM

MULTISECTORAL ACADEMIC PROGRAMME
TO PREVENT & COMBAT FEMALE
GENITAL MUTILATION / CUTTING

Co-funded by the
European Commission

