

Buenas prácticas en la intervención en Mutilación Genital Femenina

Sistematización de la experiencia de Médicos del Mundo



Buenas prácticas en la intervención en Mutilación Genital Femenina

Sistematización de la experiencia de Médicos del Mundo





Autor

David Morales de los Reyes

Unidad de Análisis y Mejora

Departamento de Programas Estatales y Autonómicos

Edición

Médicos del Mundo

Diciembre 2019

Diseño Gráfico

Verónica Molines Flores

www.hechovisual.es

Fotografías

Camila Espinel

Fotos de la exposición “Mi Lucha, Nuestra Lucha”

Médicos del Mundo Madrid

Páginas: Portada, 24, 26, 27, 44, 46, 49, 50, 51, 55, 59, 61 y 62

Unsplash

Página 13 - Skyla Design

Página 18 - Meghan Holmes

Página 56 - Christina (wocintechchat)

Página 66 - Eye for Ebony

Página 69 - Sam Balye

Página 71 - Yusuf Evli

Agradecimientos

A todas las personas que han participado en el proceso de sistematización aportando información, identificando informantes clave, participantes de las entrevistas:

Marga Alfaro, Pilar Baigorri, Gonzalo Ballesteros, Mercé Cervera, Asunción Cisneros, Fiona Coyle, Mariama Dalanda, Aisse Dansoko, Dialla Diarra, Lamine Diawara, Fátima Djarra, Betty Enguix, Begoña Espinosa de los Monteros, Ramón Estesó, Jainone Eugui, Marian García, Yedra García, Teresa García de Herreros, Lorena Granda-Casado, Felicitas Ibáñez, Paco Llorente, Araceli Martínez, Laia Miller, Patricia Mate, Ana Mateo, Estrella Miqueleiz, Julia Moreno, Goizane Mota, Helena Moza, Ameline Nemangou, Pilar Nguema, Luis Carlos Pardo, Sergio Pérez, Iratxe Pérez, Clara Pertusa, María Ramos, Fabienne Richard, Mercedes Rivera, Yolanda Rodríguez, Iriome Rodríguez, Purificación Ruibal, Marisa Sanz, Catarina Sbert, Alexander Serge, Hodan Sulaman, Laura Tuery, Maricarme Valles, Carla Viralsau, Vivianne Wumba, Celia Zafra, las participantes del grupo de activismo de Médicos del Mundo Madrid y de los talleres participativos, y a todas aquellas personas que aportaron de alguna forma u otra al programa de Mutilación Genital Femenina de Médicos del Mundo.

Al equipo de DLA Piper (Inés Chamarro, Julia Fernández y Ana Pérez,) y a la Thomson Reuters Foundation, por su inestimable apoyo en el análisis del marco jurídico.

A todas las personas de las diferentes comunidades con las que hemos trabajado, en el ámbito estatal e internacional, que han sido una fuente constante de inspiración para nuestro trabajo.

A los equipos de mediación, las personas voluntarias y los equipos técnicos del ámbito estatal e internacional que, gracias a su conocimiento y compromiso, han hecho posible este programa.

Al grupo de Mutilación Genital Femenina de Médicos del Mundo, por aportar su *expertise* y orientar la reflexión y la acción en el marco del programa.

A Idoia Ugarte por su apoyo y aportar conocimientos sobre metodologías de investigación, antropología y MGF.

A Alessandro Bua, por su continuo apoyo, orientación y profundo conocimiento tanto de la organización como de las diferentes temáticas abordadas en el informe.

Al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social por la confianza depositada en nuestra organización y hacer posible realizar esta investigación a través de su financiación.





Índice

RESUMEN EJECUTIVO	08
1. JUSTIFICACIÓN	10
2. ANÁLISIS CONTEXTUAL	12
2.1. Evolución en el abordaje de la MGF	13
2.2. Prevalencia de la MGF	15
2.3. Características y factores que determinan la práctica de la MGF	16
2.4. Consecuencias para la salud de mujeres y niñas	17
2.5. La MGF en el Estado español	18
3. MARCO LEGISLATIVO	20
4. SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE MÉDICOS DEL MUNDO EN MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA	28
4.1. Definición de sistematización de experiencias	29
4.2. Diseño metodológico	29
4.3. Alcance del trabajo	31
4.4. Fases de la sistematización	31
4.5. Condicionantes y limitaciones del estudio	35
5. LA EXPERIENCIA DE MDM EN MGF. Análisis de la evolución del programa de MDM en MGF	36
Línea de tiempo MGF	37
Fase 1 [2001-2008]: Puesta en marcha del programa	43
Fase 2 [2009-2015]: Desarrollo estratégico del trabajo en MGF de MDM y despliegue de medidas legislativas a nivel autonómico, estatal y europeo	44
Fase 3 [2016-2019]: Salto al ámbito europeo y consolidación de la perspectiva de violencia de género en el programa	48
6. BUENAS PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS	52
B.P. 1. Incorporación del enfoque integrado de género basado en derechos humanos	53
B.P. 2. Incorporación del enfoque antropológico	55
B.P. 3. Incorporación de figuras de mediación y agentes comunitarios	57
B.P. 4. Creación de un grupo de personas expertas de referencia en MGF	58
B.P. 5. Adoptar una Política de MGF	60
B.P. 6. Orientación de la intervención hacia el empoderamiento y liderazgo de TdD	61
B.P. 7. Desarrollo de acciones destinadas al fortalecimiento de instituciones públicas	63
B.P. 8. Contribución a la generación de conocimiento sobre MGF con un enfoque de cambio social	65
B.P. 9. Implicación de hombres y jóvenes de las comunidades que practican la MGF en la lucha contra la MGF	67
7. RECOMENDACIONES Y RETOS	70
8. BIBLIOGRAFÍA	74
9. ANEXOS	78
Anexo I. Listado de participantes	79
Anexo II. Distribución muestral	81
Anexo III. Guiones de entrevista semi-estructurada	82
Anexo IV. Técnicas de recogida de información	91
Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas	92

Abreviaturas, acrónimos y siglas

ACCESS	Appropriate Community-Based Care and Empowering Support Services for Migrants Affected by Gender Based Violence
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CEAR	Comisión Española de Ayuda al Refugiado
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
ECHR	Convenio Europeo para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales
GREVIO	Grupo de Expertos en la Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica
MdM	Médicos del Mundo
MGF	Mutilación Genital Femenina
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
TdD	Titulares de derechos
TdO	Titulares de obligaciones
TdR	Titulares de responsabilidades
UE	Unión Europea
UEFGM	United to End Female Genital Mutilation
UNPFA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNAF	Unión Nacional de Asociaciones Familiares
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNPFA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USPEC	Unidad Especial de Cuidados y Tratamientos (Hospital Materno infantil de Nuakchot)





Resumen Ejecutivo

Buenas prácticas en la intervención
en Mutilación Genital Femenina

Sistematización de la experiencia
de Médicos del Mundo



Resumen Ejecutivo

Tras casi 20 años de intervención en el ámbito de la Mutilación Genital Femenina (MGF), Médicos del Mundo (MdM) se ha propuesto realizar un ejercicio de sistematización de la experiencia, con el objetivo de poder extraer aprendizajes clave e identificar un conjunto de buenas prácticas. De esta forma, se pretende generar un espacio de reflexión que, basándose en la experiencia y el conocimiento generado a lo largo de estos años, pueda servir de insumo para orientar la acción futura no sólo de la propia organización, sino del conjunto de actores sociales e institucionales implicados en la prevención y actuación ante la MGF.

Este informe se estructura en torno a dos partes. La primera consiste en un análisis descriptivo del contexto social y legal en el que ha tenido lugar la intervención de Médicos del Mundo en el Estado español y en el ámbito internacional. La segunda parte, fundamentada en el uso de técnicas cualitativas de investigación, se ha insertado en los postulados propios de la sistematización de experiencias: a través de entrevistas en profundidad a diferentes actores (tanto internos como externos) y de la realización de talleres participativos, se ha reconstruido la evolución del programa de MGF de MdM, identificándose los hitos clave.

Entre ellos, cabe destacar el rol fundamental de las personas mediadoras, clave en el acercamiento a las familias y comunidades, así como para incorporar en MdM un conjunto de valores y elementos culturales que han enriquecido a la misma organización; la orientación del programa hacia el empoderamiento de las mujeres y niñas que pertenecen a las comunidades que practican la MGF; el abordaje de la MGF desde el enfoque de derechos humanos, que implica desarrollar actuaciones con diferentes grupos y colectivos a fin de producir un cambio social y cultural que propicie la erradicación de la MGF; y la evolución conceptual de la MGF hacia su comprensión como una forma de violencia contra las mujeres y las niñas.

Finalmente, el informe presenta un conjunto de actuaciones que han sido identificadas como buenas prácticas en función de distintos criterios de selección, acompañadas de las lecciones aprendidas correspondientes. Las buenas prácticas identificadas son las siguientes:

- 1 Incorporación del enfoque integrado de género basado en derechos humanos.**
- 2 Incorporación del enfoque antropológico.**
- 3 Incorporación de figuras de mediación y agentes comunitarios.**
- 4 Creación de un grupo de personas expertas de referencia en MGF.**
- 5 Adoptar una Política de MGF.**
- 6 Orientación de la intervención hacia el empoderamiento y liderazgo de Titulares de Derechos.**
- 7 Desarrollo de acciones destinadas al fortalecimiento de instituciones públicas.**
- 8 Contribución a la generación de conocimiento sobre MGF con un enfoque de cambio social.**
- 9 Implicación de hombres y jóvenes de las comunidades que practican la MGF en la lucha contra la MGF.**

El informe finaliza con la identificación de los retos a los que se enfrenta el conjunto de actores implicados en la prevención de la MGF, así como de un conjunto de recomendaciones para la acción.



Justificación

1



Justificación

España es un país de acogida de familias procedentes de países con niveles de prevalencia media y alta de Mutilación Genital Femenina (MGF), situados principalmente en África Subsahariana, habiéndose registrado en 2016 casi 250.000 personas originarias de estos países. Según un estudio de la Fundación Wassu de 2016, 18.000 niñas en el Estado español están en riesgo de sufrir MGF, lo cual representa un incremento del 63,5% con respecto a 2008. Se trata, en su mayoría, de niñas menores de 14 años residentes en territorio español, originarias de países donde se practica la MGF (Kaplan, Moreno, & Pérez, 2017). Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de abordar la MGF desde un enfoque preventivo, elaborando políticas y estrategias de intervención que propicien un cambio cultural en las familias procedentes de los países anteriormente mencionados.

“
Según un estudio de la Fundación Wassu de 2016, 18.000 niñas en el Estado español están en riesgo de sufrir MGF, lo cual representa un incremento del 63,5% con respecto a 2008”

A lo largo de estos años, se han podido observar una serie de avances significativos en relación con abordaje de la MGF como una forma de violencia contra las mujeres, con una perspectiva integral y coordinada entre la administración y las entidades sociales. A pesar de ello, existen muchos desafíos que enfrentar para conseguir el cambio social y la mejora de las políticas y legislaciones públicas sobre la MGF. Entre ellos, se pueden mencionar la evaluación de las necesidades de las comunidades de origen relacionadas con las políticas y servicios estatales, el impacto de las medidas preventivas para garantizar que sean sostenibles; la necesidad de fortalecer las capacidades de los/as profesionales que puedan estar en contacto con mujeres y niñas que viven o están en riesgo de MGF para mejorar su protección; la adopción de un enfoque de derechos en la implementación de las políticas de protección internacional para atender adecuadamente a quienes soliciten asilo por riesgo de MGF; profundizar la participación de las propias comunidades afectadas, a través de sus asociaciones, en todas las medidas relacionadas con la MGF; así como garantizar la atención integral a mujeres supervivientes de MGF. Médicos del Mundo (MdM) es una asociación internacional y humanitaria, independiente, horizontal y multidisciplinar que trabaja para hacer efectivo el derecho universal a la salud mediante la atención sanitaria, la denuncia, el testimonio, la movilización social y la incidencia política junto a poblaciones excluidas, vulnerables o víctimas de crisis. MdM cuenta con una trayectoria de casi 20 años en el trabajo sobre Mutilación Genital Femenina (MGF) desarrollando su programa en 11 ciudades del territorio estatal, 3 países de África, así como participando en iniciativas y proyectos a nivel europeo.

MdM ha considerado necesario realizar, a través de este informe, un análisis de la evolución del contexto social, migratorio, político y normativo relacionado con la MGF, así como de las diferentes estrategias de intervención llevadas a cabo, con el objetivo de extraer aprendizajes y buenas prácticas que permitan orientar la futura acción política y social en este ámbito. MdM está posicionado como entidad referente en el sector, contribuyendo a visibilizar la problemática de la MGF, a situarla en la agenda política como forma de violencia de género, y generar un aprendizaje sobre el abordaje multinivel e intersectorial. Reconstruir este proceso ha permitido extraer buenas prácticas y lecciones aprendidas con el objetivo de contribuir a orientar la actuación de las administraciones públicas en la mejora de las políticas y la legislación, así como la intervención del tercer sector.



Análisis Contextual

2



Análisis Contextual

2.1

Evolución en el abordaje de la MGF

El término “mutilación genital femenina”¹ (MGF) fue usado por primera vez por Hosken en 1979² pero fue oficialmente adoptado en 1990³ por el *Comité Inter-africano sobre prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños*. El uso de dicho término fue recomendado por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la Organización de las Naciones Unidas en 1991⁴, desde entonces es ampliamente utilizado por organismos y entidades.

Este concepto ha suscitado algunas objeciones, argumentándose que expresa un juicio sobre una práctica ancestral de numerosas comunidades, por lo que algunas organizaciones hacen uso del término “ablación” o “corte” por ser considerado más neutro. Por el contrario, otros organismos consideran que el término “mutilación” incide, a nivel político, en la idea de que su práctica supone una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas, y refuerza el compromiso estatal e internacional para su eliminación. De este modo, y por lo general, el uso del término depende del contexto en el que se produzca, siendo utilizado en el abordaje entre familias y profesionales el término “ablación” o “corte”, y a nivel político, el concepto de “mutilación” (Innocenti, 2006: 10). En Médicos del Mundo, se hace uso de la expresión Mutilación Genital Femenina (MGF), por considerar que describe una violación de los derechos de las mujeres. *“Se entiende de esta forma el término MGF como un instrumento de sensibilización [...] y una herramienta de empoderamiento y auto-promoción para que las supervivientes y las comunidades afectadas reconozcan el alcance de la violencia que padecen y trabajen hasta su erradicación”* (MdM, 2017).

En este sentido, podemos definir, de acuerdo con Mangas, A. (2017) que existen cuatro enfoques en torno a la MGF: enfoque desde la salud, enfoque de derechos humanos, enfoque de violencia de género y enfoque antropológico. Estos enfoques han ido surgiendo, cambiando y complementándose los unos a los otros a lo largo de los años como resultado de las características del contexto a nivel local, nacional e internacional.



1. La práctica comenzó a conocerse bajo el término de “circuncisión femenina”, pero fue desestimado para evitar paralelismos con la circuncisión masculina, puesto que en el caso de la práctica femenina manifiesta una desigualdad de género (Innocenti, 2006; 9-10).

2. Hosken, F.P. (1979). The Hosken report: Genital and sexual mutilation of females.

3. Término adoptado en la III conferencia del Comité Inter-africano sobre prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños.

4. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/MEMO_16_249

Desde una **perspectiva de la salud**, la MGF fue definida como la “extirpación total o parcial de los genitales femeninos, con una finalidad no terapéutica, llevada a cabo por razones sociales y culturales” (OMS, 1995). Dicha definición fue modificada en 2016, abarcando “todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos”. Desde esta perspectiva, se alude a las consecuencias físicas y psicológicas que su práctica implica sobre la salud y bienestar de mujeres y niñas. Sin embargo, el abordaje desde la salud por sí solo se muestra inefectivo, siendo necesario tener en cuenta aspectos sociales y culturales que llevan a realizar la práctica, y haciendo partícipe de este modo a las comunidades en las decisiones sobre su propia salud.

En base a estas carencias del modelo anterior, surgen otros enfoques -como el **enfoque antropológico**- que tienen en cuenta los numerosos factores culturales que contribuyen al mantenimiento de esta práctica, y que varían de una región o grupo étnico a otro. El elemento común, como significado simbólico en las comunidades que la practican, es el otorgar a las mujeres que pasan por dicha ceremonia una identidad étnica y un status dentro de la comunidad (Innocenti, 2006: 10). Como señala la jurista Mestre i Mestre, R. (2017), es debido a la complejidad de conexiones con el entramado social, cultural y económico por lo que resulta tan complicado el abordaje y la erradicación de dicha práctica.

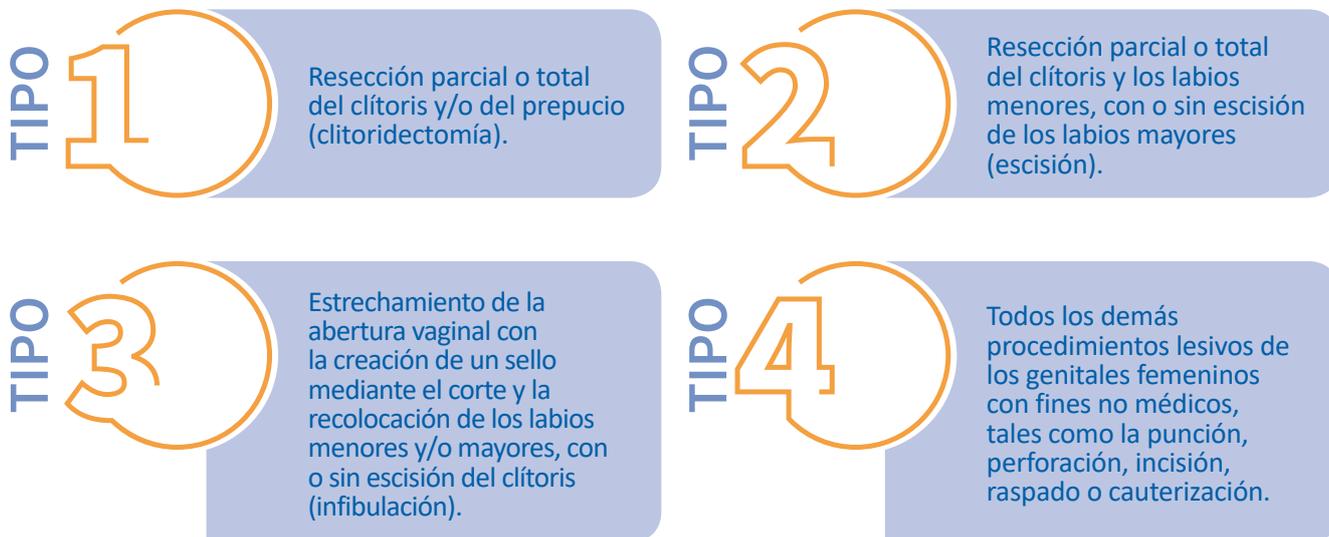
Como podemos apreciar, una de las causas estructurales que mantienen esta práctica se encuentra en la desigualdad de poder entre mujeres y hombres, haciendo necesario un abordaje con **enfoque de género**. A nivel europeo, un momento clave en la lucha contra la violencia contra las mujeres y por tanto contra la MGF, es la firma en 2011 del Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul). Se trata del primer instrumento legalmente vinculante en Europa en materia de prevención y protección de víctimas de violencia de género, y el primero que reconoce explícitamente la MGF como una forma de violencia contra las mujeres y las niñas. En su mayor parte, y gracias a ello, algunas leyes autonómicas han contemplado explícitamente la MGF como una forma de violencia de género.

En cuanto al **enfoque de derechos humanos**, esta perspectiva surge de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos en Viena de 1993 (UNICEF, 2013) y en las Conferencias Mundiales de la Mujer de 1995 y posteriores (Mangas, A., 2017). Actualmente la MGF es reconocida internacionalmente⁵ como una práctica tradicional nociva que supone una forma de violencia contra las mujeres y las niñas y que viola sus derechos humanos, al ser una acción directa que implica dolor extremo y produce daños físicos y psicológicos. En concreto, la MGF priva a mujeres y niñas de su derecho a la integridad física y mental; protección contra la violencia; el nivel más alto posible de salud; no discriminación basada en el género; derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes; derecho a la vida (cuando el procedimiento resulta letal).

La evolución de los enfoques mencionados anteriormente indica que se ha producido un cambio de perspectiva a la hora de concebir y abordar la MGF, pasando de ser entendida inicialmente como un aspecto centrado únicamente en las consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, a una forma de violencia contra las mujeres y, por lo tanto, una vulneración de sus derechos humanos.

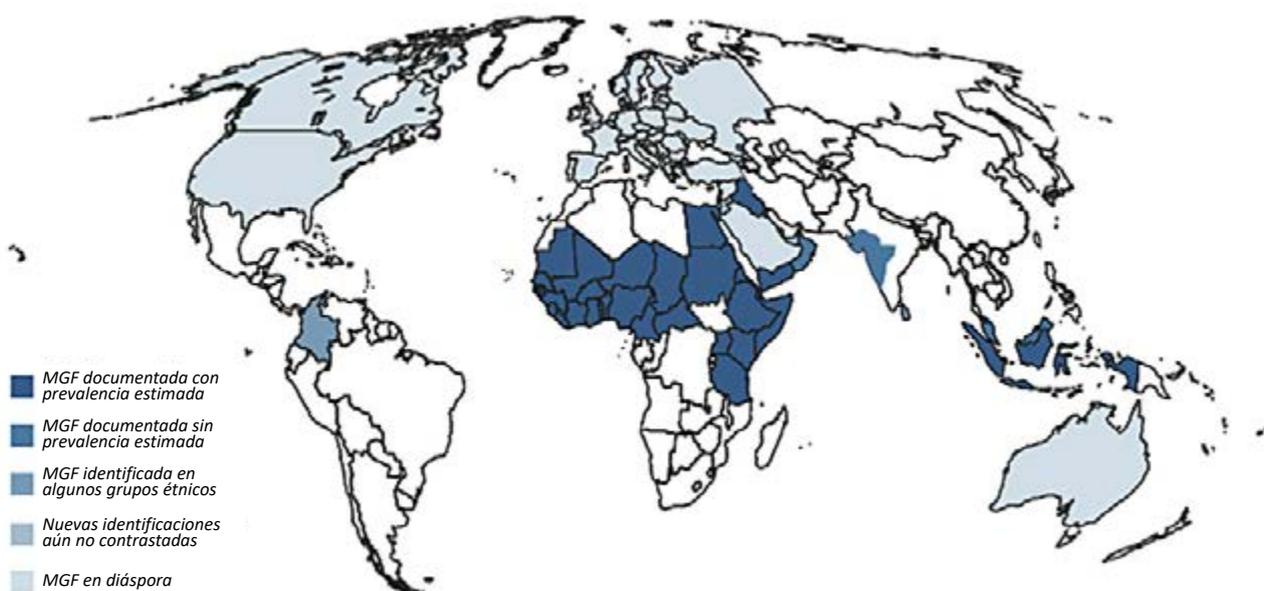
5. Ver capítulo 4 sobre marco legislativo a nivel europeo y estatal.

La prevalencia de la MGF varía tanto de un país a otro y entre regiones. De acuerdo con la OMS (2010), la etnia es el factor que mejor ayuda a determinar tanto su prevalencia como el tipo de MGF que se practica. Los tipos de MGF que establece la OMS son los siguientes (OMS, 2010):



A continuación, se presenta un mapa de prevalencia de la MGF publicado por Kaplan y López (2017), en el que se muestran los países donde se practica MGF y aquellos países con población MGF en diáspora, es decir, países en los que hay población migrante residente originaria de otros países que la practican.

Figura 1. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en el mundo.



Fuente: Mapa de la Mutilación Genital Femenina. Kaplan y López (2017).

Como se menciona anteriormente, en todos los grupos y comunidades en las cuales se practica la MGF, ésta se sostiene sobre una desigualdad de género arraigada en estructuras sociales y relaciones de poder. Asimismo, se encuentra sustentada en creencias, simbolismos y significados culturales transmitidos durante generaciones (Innocenti, 2006; La Barbera, 2010; Kaplan, Moreno, & Pérez Jarauta, 2017).

La MGF es concebida en algunas sociedades como un rito tradicional de paso a la edad adulta, dado que otorga estatus étnico y de género a aquellas mujeres y niñas que pasan por él. Del mismo modo, la no realización del ritual conlleva consecuencias negativas dentro de la comunidad, como la marginación, la dificultad para contraer matrimonio, etc. (Kaplan, Moreno, & Pérez Jarauta, 2017). De acuerdo con La Barbera, M. (2010), el ritual es funcional para la preservación y transmisión del sistema de creencias de una cultura, convirtiéndose en un mecanismo de conservación del *status quo*. De este modo, la MGF es consentida por las familias puesto que garantiza la inclusión de las mujeres en la comunidad, siendo generalmente desconocidas las consecuencias que tienen para la salud, no siendo concebidas como una vulneración de derechos o como consecuencia de una desigualdad de poder entre mujeres y hombres.

La religión es uno de los factores argumentados por algunas comunidades, siendo común y erróneamente ligada a la religión islámica. La identificación de la MGF con el islam ha sido utilizada por determinados sectores como una estrategia estigmatizadora de la religión musulmana (Guerra Palmero, 2008). La MGF es una práctica preislámica llevada a cabo en comunidades con religiones animistas, cristianas, musulmanas y judías.

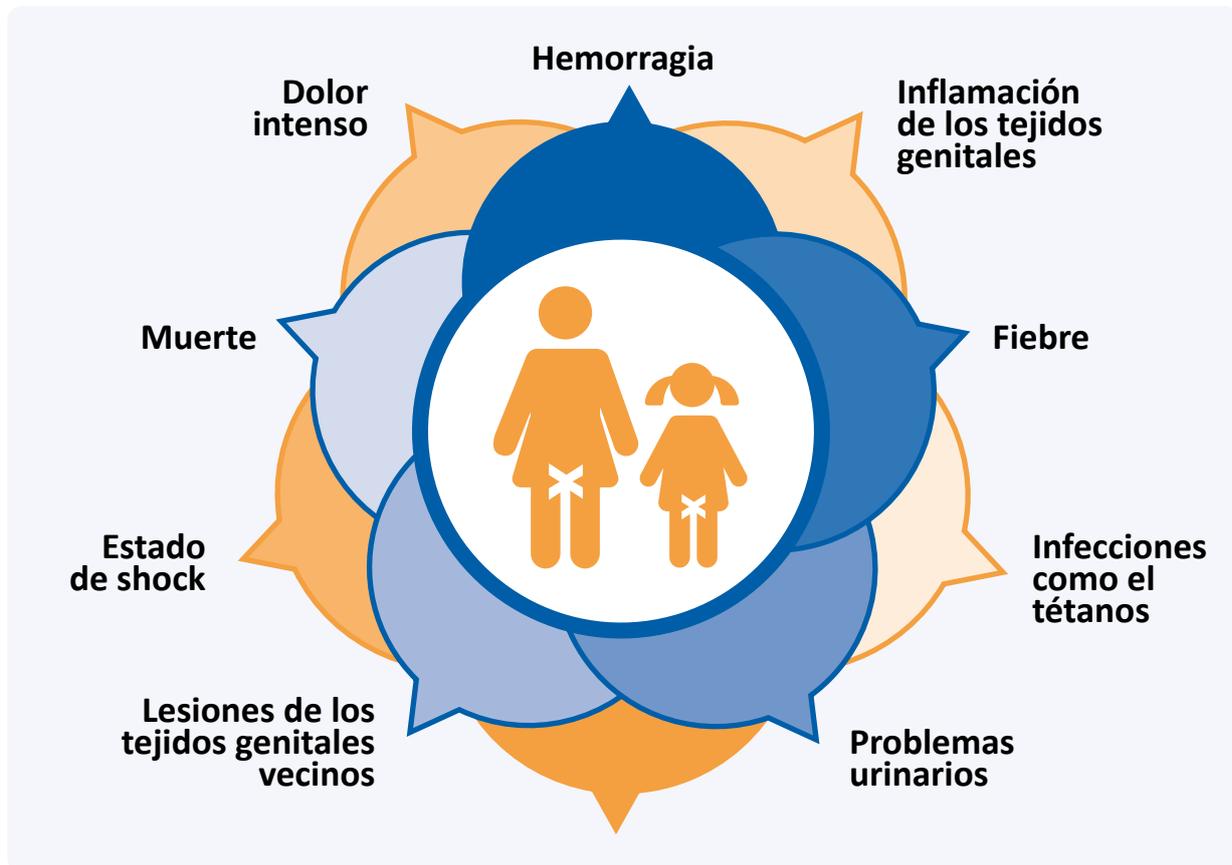
Otros argumentos mostrados por algunas comunidades apuntan a razones estéticas y de higiene, considerando los genitales externos de las mujeres como antiestéticos. Este tipo de acepciones suponen una forma de control más sobre el cuerpo y sexualidad de las mujeres. Del mismo modo, algunas sociedades mantienen la creencia de que la MGF es una garantía del mantenimiento de la virginidad de la niña y, por lo tanto, únicamente aquellas que han sido sometidas a la MGF son aptas para el matrimonio.

La práctica de la MGF ha ido cambiando a lo largo de los años, como consecuencia del incremento de la regulación y persecución legal. Según la OMS (2015), se ha producido un aumento de la proporción de mutilaciones practicadas por personal sanitario; en algunos países, la edad media en la cual se practica a las niñas la MGF ha descendido; la evolución y aumento de países que castigan la MGF ha alentado un movimiento transfronterizo de mujeres de un país en el que la MGF es ilegal a un país vecino que la permite. A pesar de ello, diferentes informes y estudios señalan que se ha producido un descenso general en la prevalencia de la MGF durante los últimos 30 años (Ngianga-Bakwin, Ezejimofor, & Komba, 2018; UNICEF, 2016).

“
Otros argumentos mostrados por algunas comunidades apuntan a razones estéticas y de higiene, considerando los genitales externos de las mujeres como antiestéticos”

La práctica de la MGF tiene consecuencias negativas a corto, medio y largo plazo sobre la salud física, psicológica y reproductiva de mujeres y niñas. A continuación, se presenta un listado con las posibles consecuencias para la salud derivadas de la MGF (Médicos del Mundo, 2018b):

Las **complicaciones inmediatas** pueden incluir:



Las **consecuencias a largo plazo** pueden ser:

- Infecciones urinarias (micción dolorosa, infecciones del tracto urinario).
- Problemas vaginales (leucorrea, prurito, vaginosis bacteriana y otras infecciones).
- Problemas menstruales (menstruaciones dolorosas, tránsito difícil de la sangre menstrual, etc.).
- Tejido y queloide cicatriciales.
- Problemas sexuales (coito doloroso, menor satisfacción, etc.).
- Mayor riesgo de complicaciones en el parto y de mortalidad neonatal.
- Necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, en los casos en los que hay que realizar la desinfibulación tras una mutilación tipo 2; en ocasiones la zona genital es cosida repetidas veces, incluso después de que la mujer dé a luz, con lo que ésta se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, cosa que acrecienta los riesgos tanto inmediatos como a largo plazo.
- Trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, escasa autoestima, etc.).



2.5

La MGF en el Estado español

El Estado español comenzó a ser un país de destino migratorio a partir de las décadas de los 70 y 80 (Kaplan, 2007). Desde finales de los años 80 y durante los 90, se produjo un incremento de la población migrante en España, motivada por el crecimiento económico y la adhesión de España a la Comunidad Económica Europea (1986). Los años 90 pueden caracterizarse por el incremento y consolidación de población migrante procedente del África subsahariana. De acuerdo con CEAR (2016), este crecimiento del flujo migratorio fue en aumento hasta el año 2008, cuando comienza a producirse un descenso debido a la crisis económica.

Las migraciones son motivadas por la búsqueda de mejores condiciones de vida. Aquellas personas que finalmente llevan a cabo el proceso migratorio cargan con sus costumbres y tradiciones como seña de identidad, entre ellas la MGF (La Barbera, 2010). Es a partir de la reagrupación familiar, y la llegada de la población femenina subsahariana⁶ en los años 90, cuando comienzan a detectarse los primeros casos de MGF en las consultas médicas (Kaplan, A. 2007; Kaplan, Moreno, & Pérez Jarauta, 2017).

Los mapas de la Mutilación Genital Femenina en España de 2006⁷, 2009⁸, 2012⁹ y 2016¹⁰ elaborados por la Fundación Wassu analizan datos censales y socioestadísticos arrojando información sociodemográfica de la población proveniente de países donde se practica la MGF y su distribución territorial en España. Según el último mapa de la Mutilación Genital Femenina en España (2016), la evolución de la población subsahariana¹¹ durante el último periodo se caracteriza por un descenso de las migraciones ya que, en 2016, residían un 2,1% menos de población de origen MGF en el Estado español que en 2012. Sin embargo, se ha producido un aumento de las nuevas generaciones nacidas en España y de la población femenina de origen MGF. La evolución de la población femenina de origen MGF de 2008 a 2012 tuvo un crecimiento relativo del 40,6% y del 5,2% de 2012 a 2016. En 2016 residían en España casi 250.000 personas originarias de países donde se practica la MGF, de las cuales 69.086 eran mujeres o niñas. A pesar de ello, la población de origen donde se practica la MGF en España se caracteriza por una elevada masculinización, con un 71,5% de representación masculina. En cuanto a la estructura por franjas de edad de la población de origen MGF, se caracteriza por tener una 60% de población adulta de entre 25 y 44 años y tan solo un 16% de entre 0 y 14 años.

6. En ningún caso la procedencia supone un riesgo inminente, sino un indicio que justifica el acercamiento a la familia inmigrada.

7. https://mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/6s.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%

8. https://mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/mapaMGF2010.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%

9. https://mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/MapaMGF2012.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%

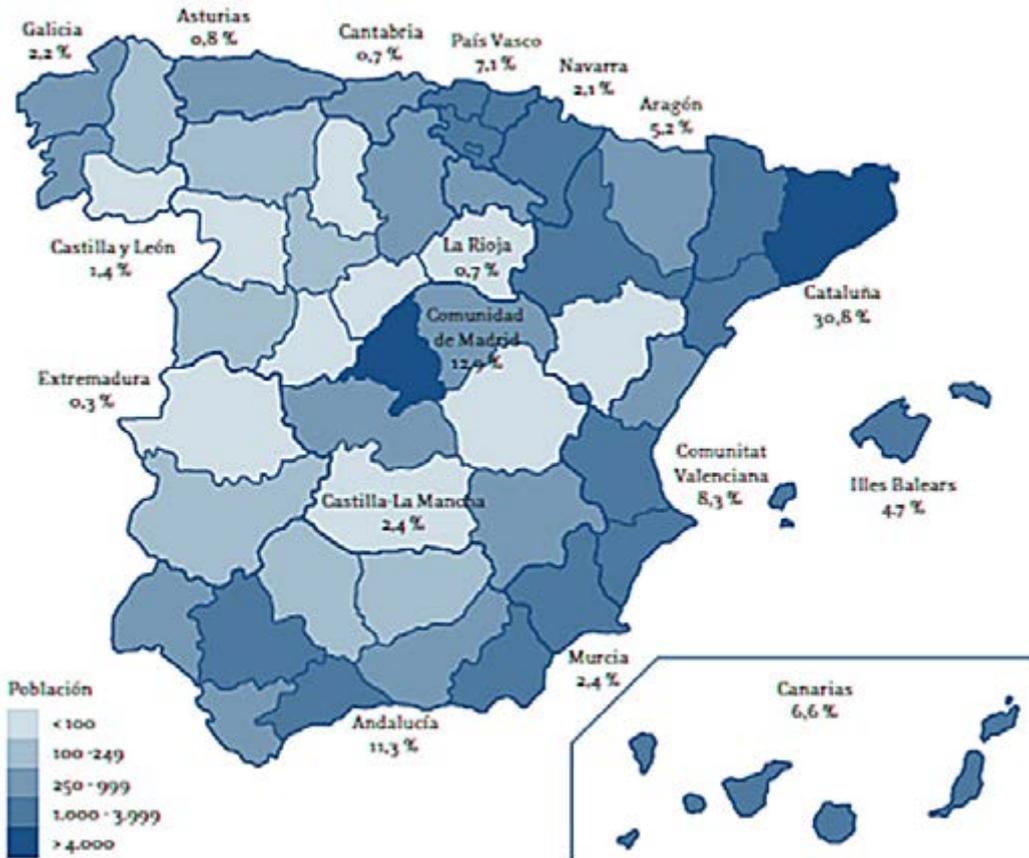
10. https://mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/MapFGMSp2016.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%

11. Se habla de población subsahariana puesto que estos mapas evidencian las comunidades presentes en el estado español procedentes de países de África Subsahariana, pero debe aclararse que la MGF se lleva a cabo en países de África, de Oriente Medio y algunos grupos étnicos asiáticos y de América del Sur.

En cuanto a la composición y distribución por nacionalidades, Senegal es el país con mayor población residente en el territorio español (70.000 residentes), seguido de Nigeria (con 45.000 residentes en España) y por último Malí y Gambia, con alrededor de 25.000 personas. Atendiendo a las poblaciones de mayor riesgo de sufrir MGF, la mitad de las niñas son de origen nigeriano (5.000) y senegalés (4.000), seguidos de Gambia, Malí, Etiopía, Ghana y Guinea, cuya suma agrupa a cerca de mil niñas residentes en el país (Kaplan y López, 2017).

A continuación, se muestra un mapa con la distribución territorial por Comunidades Autónomas y provincias de la población femenina con origen en países donde se practica la MGF.

Figura 2. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España.



Fuente: Mapa de la Mutilación Genital Femenina. Kaplan y López (2017).

Como se puede observar, Cataluña es la Comunidad Autónoma con mayor población de origen MGF (30,8% de las personas de origen MGF residentes en España), seguida de la Comunidad de Madrid (12,9%) y Andalucía (11,3%). La Comunitat Valenciana, Euskadi, Aragón, Canarias e Illes Balears son las siguientes regiones que agrupan más de 10.000 personas de origen MGF.

De acuerdo con los datos del Padrón Continuo del INE (2018), a 1 de enero de 2018, el porcentaje de personas residentes en España originaria de países donde se practica representaba un 21,5% de la población africana. La población procedente de países MGF continúa estando muy masculinizada, en tanto que el porcentaje de mujeres representa tan solo el 27,1% sobre el total de ambos sexos. A nivel autonómico, la población femenina de origen MGF sigue concentrándose mayoritariamente en Cataluña (32,1% del total), Madrid (11,4%) y Andalucía (11,2%). Atendiendo a la nacionalidad de las mujeres procedentes de países de origen MGF residentes en España, observamos que la mayor parte de las mujeres son procedentes de Nigeria (23,9%), Senegal (22,1%), Gambia (6,7%) y Ghana (6,5%).



Marco Legislativo

3



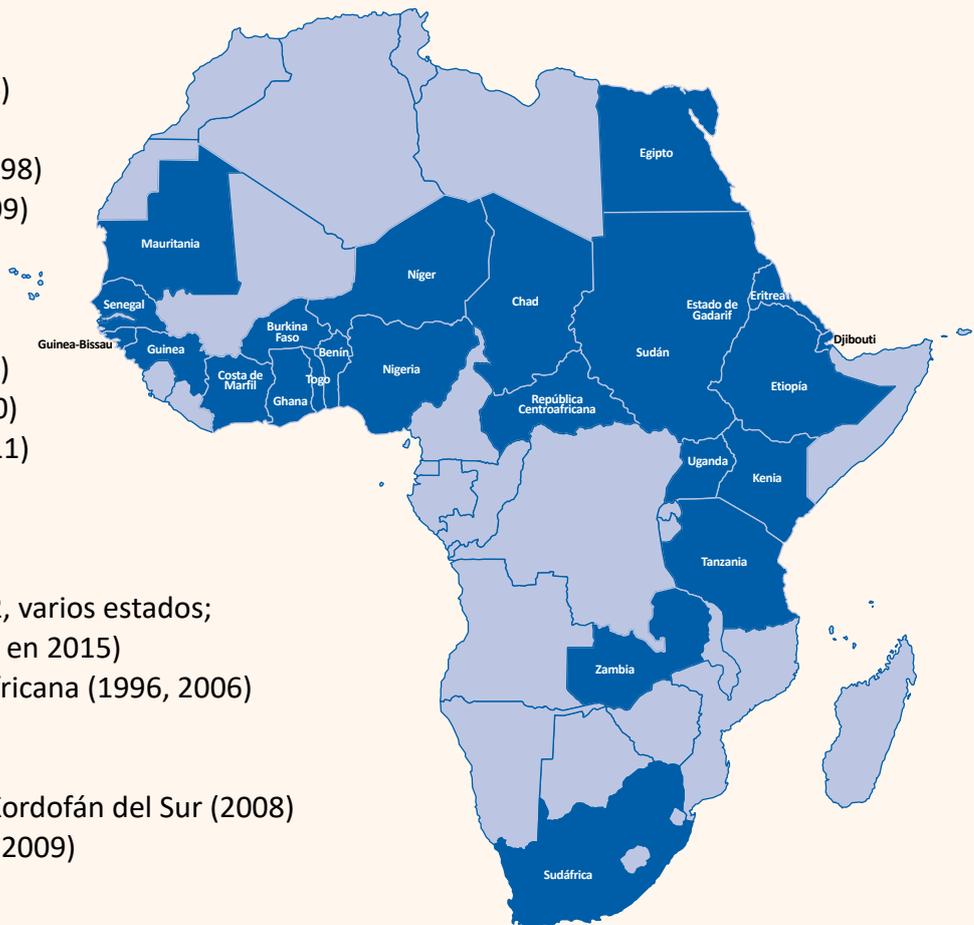
Marco Legislativo

Son muchos los Estados en los cuales se practica la MGF, o en los cuales residen las comunidades migrantes provenientes de comunidades y países donde se practica, que han dictado leyes que prohíben la MGF o que aplican disposiciones generales de sus códigos penales relativas a lesiones con premeditación, agresión causando daños graves, ataques a la integridad corporal y mental o actos violentos que resulten en la mutilación o la discapacidad permanente. Cabe mencionar que, en países de origen, existe una dificultad mayor a la hora de conseguir cambios sociales y culturales a partir de la aprobación de leyes, requiriéndose procesos de más largo alcance que impliquen a las comunidades. Por tanto, puede darse el caso de que, a pesar de estar tipificado penalmente como delito, en la práctica dicha ley no se aplique de forma eficaz.

**De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2015)¹²,
la MGF está prohibida por ley:**

En África:

- Benín (2003)
- Burkina Faso (1996)
- Chad (2003)
- Costa de Marfil (1998)
- Djibouti (1994, 2009)
- Egipto (2008)
- Eritrea (2007)
- Etiopía (2004)
- Ghana (1994, 2007)
- Guinea (1965, 2000)
- Guinea-Bissau (2011)
- Kenia (2001, 2011)
- Mauritania (2005)
- Níger (2003)
- Nigeria (1999-2002, varios estados; prohibición federal en 2015)
- República Centroafricana (1996, 2006)
- Senegal (1999)
- Sudáfrica (2000)
- Sudán (Estado de Kordofán del Sur (2008)
- Estado de Gadarif (2009)
- Tanzania (1998)
- Togo (1998)
- Uganda (2010)
- Zambia (2005, 2011)



12. <https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-mgf#En-qu%C3%A9-pa%C3%ADses-est%C3%A1-prohibida>

Otros:



- Australia (6 de los 8 estados entre 1994-2006)
- Austria (2002)
- Bélgica (2000)
- Canadá (1997)
- Colombia (Resolución n.º 001 de 2009 de autoridades indígenas)
- Chipre (2003)
- Dinamarca (2003)
- España (2003)
- Estados Unidos (ley federal, 1996; 17 de los 50 estados entre 1994 y 2006)
- Francia (Código Penal, 1979)
- Italia (2005)
- Luxemburgo (solo en lo referente a las mutilaciones, sin especificar la mutilación «genital», 2008)
- Noruega (1995)
- Nueva Zelanda (1995)
- Portugal (2007)
- Reino Unido (1985)
- Suecia (1982, 1998)
- Suiza (2005, una nueva normativa penal más estricta en 2012)

Asimismo, a nivel internacional, organismos internacionales como la ONU y otros, han promovido tratados, documentos de consenso y acuerdos internacionales con el objetivo de proteger a mujeres y niñas frente a la vulneración de derechos que supone la MGF. De esta forma, los instrumentos (UNPFA, 2015) para salvaguardar los derechos humanos en relación con la MGF son:

Tratados internacionales:





Tratados regionales:

- 1981** Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África.
- 1990** Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño y la Niña.
- 2000** Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.
- 2011** Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica: Convenio de Estambul.
- 2004** Directiva 2004/83/CE del Consejo de Europa 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.
- 1950** Convenio Europeo para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales.
- 1996** Convenio Europeo sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños y las Niñas.

Como se mencionaba anteriormente, es de especial relevancia el **Convenio de Estambul**, dado que supone el primer instrumento europeo jurídicamente vinculante en materia de violencia contra las mujeres. El artículo 38 establece que todos aquellos Estados que lo hubiesen ratificado y que, por ello, formen parte del mismo -incluido el Estado español-, están obligados a regular como delito cualquier tipo de escisión, infibulación o mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, menores o clítoris; igualmente, conlleva la obligación de sancionar aquellas conductas que pretenden obligar a una mujer u obligar e incitar a una niña a someterse a cualquiera de estos actos o proporcionarle medios para ello. España firmó *ad referendum* el Convenio el mismo 11 de mayo de 2011 y lo ratificó el 6 de junio del 2014.

A nivel estatal, España reconoce el derecho a la integridad personal, tanto física como mental, como un derecho fundamental (Artículo 15 de la Constitución Española). De esta forma, la MGF se encuentra regulada en varias normas de nuestro ordenamiento jurídico como veremos a continuación.

La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, como modificación del **Código Penal**, modificó el Código Penal tipificando la MGF, en cualquiera de sus manifestaciones, como delito en su artículo 149.2.

Podemos encontrar regulaciones que abordan la obligatoriedad de la comunicación del delito cuando es detectado por profesionales, como son el Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección

Jurídica del Menor. La primera de ellas alude a que aquellas personas que por su cargo, profesión u oficio tuvieran noticia de algún delito público¹³ están obligados a denunciarlo inmediatamente ante Ministerio Fiscal. La segunda de ellas reitera la obligación de toda persona que por su función o profesión detecte una situación de riesgo o posible desamparo del menor de comunicar a las autoridades o agentes más próximos y, además, la obligación de prestarle auxilio de inmediato.

En el año 2014 la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la **justicia universal**, fue modificada con el objetivo de dar cumplimiento a las obligaciones impuestas por los Tratados Internacionales ratificados por España, entre otros, el Convenio de Estambul anteriormente mencionado. Cabe destacar que, hasta la reforma del año 2014, se preveía explícitamente la persecución del delito de mutilación genital femenina sin más requisito que el hecho de que los responsables se encontrasen en España.

Es importante mencionar las regulaciones que hacen posible solicitar **asilo por razones relacionadas con la MGF**. En España, la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de protección subsidiaria, considera la posibilidad de conceder el estatus de refugiado 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. En su artículo 7, recoge que se considerará como grupo social determinado, si, en particular: las personas integrantes de dicho grupo comparten una característica innata o unos antecedentes comunes que no pueden cambiarse, o bien comparten una característica o creencia que resulta tan fundamental para su identidad o conciencia que no se les puede exigir que renuncien a ella. De acuerdo con la revisión de casos llevada a cabo, en España, son apenas 20 mujeres las que han recibido asilo por MGF. Tras un análisis jurisprudencial, se observa que muchas de las sentencias que deniegan la condición del estatuto de refugiada en este ámbito, lo hacen basándose en motivos tales como que no se acredita la identidad por carecer de documentos como el pasaporte; falta de credibilidad de la víctima; persecución por parte de elementos de la sociedad (esposo, familia o comunidad) y no por una autoridad estatal, o por haberse prohibido la mutilación genital femenina por la ley del país de origen y, por tanto, considerar que existen alternativas en el país de procedencia.

A nivel autonómico, no todas las Comunidades Autónomas contienen en su legislación medidas de protección frente a la MGF. Así, la normativa autonómica en este sentido puede repartirse entre las normas de protección a la infancia y las normas en materia de violencia de género.



13. Se entienden como delitos públicos todos menos los delitos de honor, que son injurias y calumnias. Los delitos públicos podrán ser perseguidos por el Ministerio Fiscal, terceras personas, acusación popular o la propia persona perjudicada indistintamente.

Las únicas Comunidades Autónomas que hacen referencia a la MGF en su **normativa de protección a la infancia** son:



Comunitat Valenciana, a través de la Ley de la Comunitat Valenciana 12/2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia¹⁴.



Catalunya, mediante la Ley de la Comunidad Autónoma de Catalunya 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia¹⁵.

Por otra parte, hay determinadas Comunidades Autónomas (como Canarias, Cantabria, Madrid, Aragón, Murcia, Catalunya, La Rioja y la Comunitat Valenciana) que hacen referencia e incluyen la MGF en su legislación en materia de **igualdad de oportunidades y/o de violencia contra las mujeres**:



Ley de la **Comunidad Autónoma de Canarias** 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género¹⁶.



Ley de la **Comunidad Autónoma de Cantabria** 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas¹⁷.



Ley de la **Comunidad de Madrid** 5/2005, de 29 de septiembre, de Violencia de Género¹⁸.



Ley de la **Comunidad Autónoma de Aragón** 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón.



Ley de la **Comunidad Autónoma de la Región de Murcia** 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia.



Ley de la **Comunidad Autónoma de Catalunya** 5/2008, de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista¹⁹.



Ley de la **Comunidad Autónoma de La Rioja** 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja.



Ley de la **Comunitat Valenciana** 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana.

En conclusión, las Comunidades Autónomas prevén el desarrollo de medidas contra la MGF a través de dos vías: protección de las menores y violencia de género.

14. En su art. 9.1 recoge que la Generalitat adoptará las medidas pertinentes para proteger la integridad física y psíquica del menor frente a situaciones de, entre otras, maltrato, abuso, violencia, amenaza o mutilación genital, en todo tipo de conductas, ya sean intencionales por acción u omisión como imprudentes.

15. Esta ley regula la MGF llevada a cabo sobre niñas o chicas menores de edad, o al menos su prevención, de una manera más completa que la anterior. La misma establece la prevención, atención y protección de las niñas que podrían experimentar dicho procedimiento, prestando especial atención a aquellas situaciones en las que concurren indicadores o factores de riesgo que ponen de manifiesto la probabilidad de que la menor que se encuentre en estas situaciones resulte en el futuro víctima de estas prácticas.

16. Esta norma recoge como forma de violencia de género la MGF, incluyendo dentro de la misma cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer, así como el hecho de incitar u obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos anteriormente descritos y de proporcionarle los medios para dicho fin.

17. También recoge la MGF como forma de violencia de género, comprendiendo esta el conjunto de procedimientos que implican una eliminación parcial o total de los genitales externos femeninos o lesiones causadas a los órganos genitales femeninos por razones culturales, religiosas o, en general, cualquier otra que no sea de orden estrictamente terapéutico, aun cuando se realicen con el consentimiento, expreso o tácito, de la víctima.

18. Incluye, como forma de violencia de género, la MGF. Asimismo, establece que a efectos de la detección y prevención de situaciones de riesgo de MGF, la Comunidad de Madrid deberá elaborar, en colaboración con los municipios de su ámbito territorial, un protocolo específico de actuación en esta materia. También impone a la Comunidad la obligación de ejercer la acción popular en los procedimientos penales por causa de MGF.

19. Incluye, como forma de violencia de género, la MGF; aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer. Asimismo, la norma pone a disposición de las víctimas de la MGF: (i) servicios de atención y acogimiento de urgencias, (ii) servicios de acogida y recuperación; y (iii) servicios de acogida sustitutoria del hogar.

De acuerdo con lo visto anteriormente, existen medidas legislativas que persiguen y castigan penalmente la MGF como delito, y medidas preventivas de carácter cautelar ante el riesgo de que el delito vaya a ser cometido, en este caso, ante la sospecha fundada de que vaya a practicarse la MGF a una mujer o niña. A pesar de ello, y de acuerdo con el principio básico del derecho penal de intervención mínima, el Estado debe recurrir a las sanciones penales sólo como último recurso.

Desde la perspectiva de Médicos del Mundo, es necesario articular mecanismos de abordaje de la MGF que tengan en cuenta su carácter cultural. El enfoque relativo a la persecución del delito debe ser acompañado por intervenciones integrales de carácter preventivo que garanticen la coordinación entre los diferentes ámbitos que tienen un papel clave en la detección temprana de situaciones de riesgo. El abordaje de la MGF requiere procesos de largo recorrido orientados a facilitar la reflexión en el seno de las comunidades y las familias, así como procesos de empoderamiento en defensa de los derechos de mujeres y niñas (Médicos del Mundo, 2018b).

Una de las fuentes importantes en la regulación y la protección de las víctimas de la MGF en España son los protocolos de prevención y actuación ante la MGF. Estos consisten en un conjunto de disposiciones que introducen medidas de carácter preventivo y protector de las víctimas. En materia de MGF, los protocolos vigentes son los siguientes:

De aplicación estatal:

- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina (2015)²⁰.

A nivel autonómico:

- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina, de la Comunidad Autónoma de Catalunya (2007).



20. El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad aprobó en enero de 2015, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para su aplicación a nivel estatal. Se trata de la primera iniciativa gubernamental en relación con la MGF a nivel nacional, aunque cabe indicar que, a diferencia de los protocolos autonómicos, se centra solamente en el ámbito sanitario (Médicos del Mundo, 2018).

- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón, de la Comunidad Autónoma de Aragón (2011).
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra, de la Comunidad Foral de Navarra (2013).
- Protocolo de prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia (2016).
- Protocolo de actuación sanitaria ante la MGF de la Comunitat Valenciana (2016).
- Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina de Castilla-La Mancha (2017).
- Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la Mutilación Genital Femenina en las Illes Balears (2018).

Existen comunidades que no disponen de protocolos de actuación, pero han elaborado guías de actuación dirigidas al personal sanitario:

- Prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en Bilbao: orientaciones para profesionales (2015).
- Mutilación genital femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi (2016).
- Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas. Junta de Andalucía (2016).
- Guía de actuaciones sanitarias frente a la mutilación genital femenina en la Comunidad de Madrid (2017).

El conjunto de protocolos y guías ha permitido el desarrollo de trabajo coordinado de profesionales entre diferentes ámbitos, especificando los procedimientos y mecanismos a seguir cuando han sido detectados posibles casos, o a la hora de desarrollar acciones preventivas. Es importante poner de manifiesto la necesidad de abordar la MGF a nivel preventivo y establecer mecanismos de actuación con un enfoque interdisciplinar que permitan evitar y prevenir casos.





Sistematización de la experiencia de Médicos del Mundo en Mutilación Genital Femenina

4



Sistematización de la experiencia de Médicos del Mundo en MGF

4.1 Definición de sistematización de experiencias

La sistematización de experiencias puede definirse como un proceso de ordenación analítico-reflexivo de la experiencia que permite analizar y comprender la lógica del proceso vivido con el objetivo de potenciar y mejorar nuestra propia intervención en el campo temático en el que se inscribe (Jara, 1994; Ghiso, 2001). Se trata de una herramienta que permite proporcionar insumos claves a la hora de evaluar procesos, dado que permite contextualizar el desarrollo y desempeño de la intervención comprendiendo los resultados y el motivo de por qué se produjeron o no cambios en determinadas áreas de intervención (Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana, 2008). La realización de dicho proceso promueve y hace posible generar conocimiento a través de la experiencia, identificando buenas prácticas y lecciones aprendidas del programa.

No debe confundirse sistematización con evaluación. Ambas suponen metodologías que permiten analizar, reflexionar y aprender sobre una experiencia, pero la sistematización se centra en las dinámicas de los procesos y la evaluación pone su foco en los resultados (Aravena, Ascencio, & Zúñiga, 2018). En este caso, la elección de la sistematización viene dada por el interés en generar procesos de aprendizajes y nuevos conocimientos, tanto con el objetivo de mejorar la experiencia propia de la organización, como compartir los aprendizajes y resultados con otras entidades e instituciones.

Existen diferentes enfoques epistemológicos desde los cuales plantear una sistematización (Ghiso, 1992): a) Enfoque histórico-dialéctico: en el que las experiencias hacen parte de una práctica social e histórica general a la vez que dinámica y compleja que pueden ser leídas como de manera dialéctica y que, al estar en relación con otras similares, estas permiten su explicación; b) enfoque dialógico e interactivo: las experiencias son entendidas como espacios de interacción, comunicación y relación y por lo tanto pueden ser entendidas desde el lenguaje y las relaciones sociales dadas en estos contextos; c) enfoque hermenéutico: entiende la sistematización como una tarea interpretativa de los sujetos que participaron en ella, buscando los sentidos y dinámicas de las relaciones entre los actores, los saberes y los procesos de legitimidad; d) enfoque de la reflexividad y la construcción de la experiencia: busca el saber tácito implícito en las pautas de acción y en el enfoque desde el que se afrontó el problema. Busca recuperar y destacar los saberes, herramientas y destrezas desarrolladas por los actores; e) enfoque deconstructivo: entiende la sistematización como una acción que permite conocer los imaginarios y campos desde los cuales se ejerce el poder de forma institucionalizada.

4.2 Diseño metodológico

El propósito de este informe es sistematizar la experiencia de MdM en el trabajo en MGF e identificar buenas prácticas y lecciones aprendidas que permitan el aprendizaje desde la experiencia, así como contribuir a mejorar estrategias de intervención en el ámbito de la Mutilación Genital Femenina. El objeto de análisis ha sido la totalidad del proceso de implementación del programa de MGF de MdM.

En este caso, a la hora de sistematizar se opta por un **enfoque reflexivo y de construcción de la experiencia** con el objetivo de generar conocimiento y reflexionar desde la experiencia de los actores que la han vivido. Es por ello que ha sido elegida una técnica estructural cualitativa, optándose por la realización de entrevistas en profundidad y talleres participativos.

El diseño y estructuración de las entrevistas se ha fundamentado en el enfoque de género basado en derechos humanos. De acuerdo con este enfoque, se distinguen entre varias titularidades (Mdm, 2018a: 21-22):

TdD

Titulares de Derechos (TdD): son todos los seres humanos, que dejan de ser sujetos con necesidades que deben ser cubiertas a ser sujetos de derechos con capacidades para ejercerlos. En base a ello, se propicia el dialogo sobre la MGF, realizándose labores de educación, sensibilización formación para desarrollar el conocimiento de sus propios derechos. De esta forma, se contribuye a promover procesos de empoderamiento, siendo fundamental para lograr estos objetivos la mediación intercultural.

TdO

Titulares de Obligaciones (TdO): son los Estados y sus instituciones. En este sentido, la actuación se dirige a exigir a los poderes públicos que se comprometan con la erradicación de la MGF adoptando las medidas necesarias, acompañadas de una adecuada dotación de recursos, y que vigilen su cumplimiento

TdR

Titulares de Responsabilidades (TdR): El ser humano, al igual que tiene derechos, tiene responsabilidades relacionadas con el cumplimiento y desarrollo de los derechos humanos por el hecho de formar parte de una sociedad. Para ello, se desarrollan acciones de sensibilización y formación sobre MGF, para que asociaciones, familias, medios de comunicación, profesionales, etc. se involucren en la lucha contra la MGF siendo fundamental el trabajo con líderes/as comunitarios/as y religiosos/as.

Teniendo en cuenta este enfoque, tanto las preguntas de las entrevistas en profundidad como su análisis han estado estructuradas en torno a las siguientes dimensiones:



Analizar el desarrollo de las actividades y proyectos sobre MGF de Mdm.



Identificar factores externos que han influido en la consecución de los objetivos.



Observar procesos de cambio en la percepción de la MGF en TdD.



Analizar la pertinencia y adecuación de las herramientas proporcionadas por Mdm.



Analizar la evolución en el abordaje político de la MGF.



Destacar los valores y pertinencia de la intervención.

La entrevista en profundidad, como herramienta metodológica, puede definirse como un proceso comunicativo de extracción de información por parte de quien investiga. En las propias palabras de Alonso (1994: 225-226) *“esto implica que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación o interpretación que muchas veces resulta más interesante informativamente que la propia exposición cronológica o sistemática de acontecimientos”*. En este caso, las entrevistas en profundidad permiten la recuperación de las experiencias personales e interpretación individual de los hechos sobre el proceso de desarrollo del programa de MGF durante un periodo de tiempo determinado.

En cambio, los talleres participativos han permitido la construcción y resignificación del proceso de desarrollo del programa cumpliendo una doble finalidad: por un lado, arrojar información al proceso de sistematización y, por el otro, reconstruir de manera conjunta el proceso de forma que pasa a concebirse desde una perspectiva individual a una más global y de conjunto, permitiendo la comprensión de los sucesos desde la experiencia colectiva.

Este proceso de reflexión y sistematización concluye con una serie de buenas prácticas y lecciones aprendidas identificadas a raíz de una serie de procedimientos definidos más adelante (Apartado 4.3.4). Se define aquí buena práctica como *“una acción exitosa y validada de cambio e innovación cultural, institucional o técnica de mejora de servicios o desarrollo de capacidades que produce buenos resultados y se recomienda como modelo aplicable”* (Médicos del Mundo, 2018) y las lecciones aprendidas como generalizaciones, a partir del aprendizaje y derivado de la experiencia, que sugieren recomendaciones prácticas para su replicación en otros contextos.

4.3

Alcance del trabajo

El alcance geográfico del estudio abarca la totalidad de territorios y países con localizaciones en las cuales MdM ha desarrollado proyectos específicos de MGF.

El periodo de tiempo que abarca este informe es la totalidad de proceso de desarrollo del programa de MGF de MdM. MdM Aragón marcó el inicio del programa en el año 2001 al poner en marcha las primeras actuaciones específicas de MGF de MdM. El límite final del proceso ha sido el año 2019, incluyendo las actividades y eventos hasta el mes de noviembre.

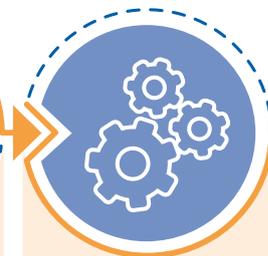
4.4

Fases de la sistematización



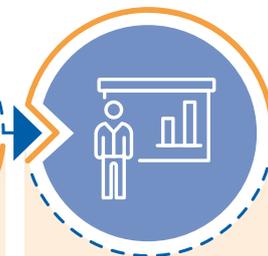
4.4.1

Recopilación y análisis de documentación.



4.4.2

Reconstrucción de la experiencia.



4.4.3

Análisis e interpretación crítica del proceso.



4.4.4

Identificación y validación de buenas prácticas y lecciones aprendidas.



4.4.5

Socialización y comunicación de la experiencia.



En primer lugar, el estudio partió a raíz de la **identificación, recopilación y análisis de la documentación** existente en la organización en torno a la MGF. Esto permitió identificar las áreas de trabajo, proyectos realizados y en desarrollo, documentos y estudios llevados a cabo, materiales audiovisuales producidos, etc.

En base a estos documentos y a entrevistas informales con informantes clave, fueron identificados los distintos proyectos que han sido desarrollados por la organización en relación con la MGF, tanto en el ámbito internacional como en el estatal, así como las áreas y departamentos transversales que han participado a lo largo del desarrollo del programa. Siendo identificados los siguientes:

3

Proyectos de Programas Internacionales:

Senegal



Apoyo a la mejora de la calidad del Programa de Atención Primaria de Salud en el Distrito de Vélingara (Kolda - Senegal) a través la introducción de la perspectiva de Género y Salud Sexual y Reproductiva.

(2008 → 2010)

Tanzania



Proyecto de Derechos Sexuales y Reproductivos, Reducción de Violencia de Género e Incidencia Política.

(2008 → 2017)

Mauritania



Proyecto sobre Violencia de Género.

(2018 → En desarrollo)

11

Localizaciones de ámbito estatal que desarrollan o están comenzando a implementar el programa de MGF:

Andalucía (Málaga)

Aragón (Zaragoza y Huesca)

Baleares

Canarias (Gran Canaria)

Castilla-La Mancha (Toledo y Albacete)

Catalunya (Barcelona)

Comunidad de Madrid

Navarra

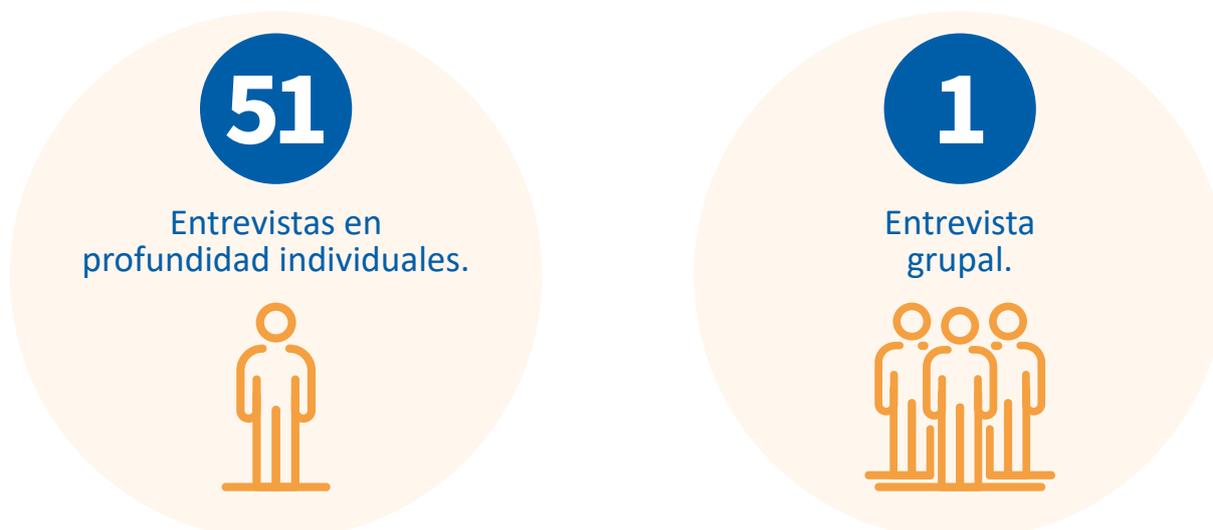
Euskadi (Bilbao)





Una vez identificadas las áreas de trabajo, con el objetivo de **reconstruir la experiencia y agrupar el conocimiento de las personas implicadas**, se procedió a definir el perfil de las personas participantes e identificar posibles informantes clave.

En total fueron llevadas a cabo



Los criterios de inclusión en la muestra establecidos fueron:

- ✓ Tener o haber tenido una vinculación con los proyectos de MGF de Médicos del Mundo.
- ✓ Tener disponibilidad para hacer las entrevistas en profundidad en el tiempo establecido para la recogida de información.
- ✓ Tratar de incluir a Titulares de Derechos, Titulares de Responsabilidades, Titulares de Obligaciones en cada localización y/o área de trabajo.
- ✓ Dentro de las personas Titulares de Responsabilidades tratar de agrupar diversos perfiles: personas técnicas, personas voluntarias y personas mediadoras.

Los criterios utilizados para la segmentación de la muestra han sido los siguientes:

- ✓ Áreas de trabajo desde las que ha participado en el programa.
- ✓ Titulares de Derechos, Titulares de Responsabilidades y Titulares de Obligaciones.
- ✓ Del perfil Titular de Responsabilidades internos: personas técnicas, voluntarias y mediadoras.
- ✓ Sexo



La distribución de la muestra puede ser consultada en el Anexo II



Una vez finalizado el trabajo de campo y transcritas las entrevistas, se procedió al análisis de la información. Cada participante es entendido como sujeto de conocimiento, cuyo saber es producto de la experiencia vivida durante el proceso de desarrollo del programa de MGF.

Durante esta fase, se analizó la totalidad de los factores, hitos y elementos que formaron parte del proceso, a la vez que se buscó descubrir la lógica del proceso, estableciendo y comprendiendo las

interrelaciones entre los factores, así como su desarrollo en relación con el contexto en el cual se originaron. En definitiva, en esta fase el objetivo consistió en convertir la experiencia en objeto de estudio procediendo a interpretarla críticamente y objetivándola.

Como puede comprobarse en el apartado 5 de este informe, fueron identificadas distintas fases según los hitos señalados en la línea temporal y en base a la información contenida en las entrevistas. Prestando atención a los ejes de la sistematización, se procedió a analizar las fases del desarrollo del programa, caracterizando cada una de ellas según sus hitos, analizando sus causas y contrastando el desarrollo de estos eventos según la misión, visión y estrategia de la organización en cada momento determinado. Cada una de estas fases caracteriza una parte del programa, relaciona los diferentes hitos en base al contexto y al desarrollo evolutivo de la organización, descubriendo así su lógica.

4.4.4

Identificación y validación de buenas prácticas y lecciones aprendidas



Una vez transcritas, codificadas a través del programa analítico Atlas-ti y analizadas las entrevistas, se procedió a identificar las buenas prácticas y lecciones aprendidas (Ver apartado 6). Para ello, una actuación ha sido considerada como una buena práctica cuando hubiese sido mencionadas al menos por cuatro informantes clave y cumpliese al menos la mitad de los criterios establecidos con un nivel alto.

Los criterios establecidos para validar las buenas prácticas se basan en los criterios definidos por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Los estándares de calidad de la evaluación del desarrollo del CAD definen los fundamentos esenciales para dotar de calidad a cualquier proceso o producto de evaluación del desarrollo²¹. Asimismo, han sido añadidos algunos criterios que evalúan el grado de cumplimiento de las líneas contempladas en Plan Estratégico de Médicos del Mundo 2016-2022 y otros, como replicabilidad e innovación, considerados elementos imprescindibles propios de una buena práctica.

De este modo, los criterios utilizados para la validación de las buenas prácticas han sido los siguientes:

Eficacia:

Medida del grado en que una actividad logra alcanzar sus objetivos.

Pertinencia:

Adecuación de los resultados y los objetivos de la intervención con respecto al contexto de actuación.

Sostenibilidad:

Incremento de las capacidades de los actores locales y de las y los titulares de derecho de las intervenciones para su continuación a largo plazo.

Cambio social:

Aquellas acciones que implican activamente, a través de sus intervenciones, la eliminación de las normas, políticas y prácticas sociales que promueven y propician la vulneración del derecho a la salud.

Perspectiva de derechos humanos y género:

Aquellas acciones que incluyen elementos que promueven la igualdad de género y el enfoque de derechos humanos.

Participación para el protagonismo:

Acciones que permitan la participación y colaboración activa de los actores nacionales, regionales y locales. Respetando el legítimo derecho de las personas y poblaciones con las que trabajamos a tener un papel activo en la gestión de su salud y en las decisiones que les afectan.

Replicabilidad:

Intervención extrapolable a otros proyectos en contextos similares.

Innovación:

Incorporación de elementos y/o características novedosas.

Para ello, haciendo uso de la herramienta Atlas.ti, una vez codificadas las entrevistas, se llevó a cabo un análisis de co-ocurrencias. Esto permite observar las distintas prácticas señaladas como buenas por las personas informantes, así como el número de veces que aparecían. Una vez identificadas las buenas prácticas señaladas por más de cuatro informantes, éstas fueron sometidas a los criterios anteriores por parte del grupo de personas expertas de MdM²². Aquellas prácticas que cumplieron con los requisitos anteriormente mencionados son las que aparecen finalmente en este informe.

 [Ver Anexo V](#)

4.4.5 Socialización y comunicación de la experiencia

De acuerdo con el compromiso de MdM con la difusión del conocimiento, el objetivo final de la sistematización no es solo analizar la experiencia, sino compartir los resultados y aprendizajes con actores implicados en la prevención y abordaje de la MGF y contribuir a orientar políticas públicas.

Para ello, el 16 de diciembre de 2019 se celebró un acto en Madrid, en el que fueron presentadas las buenas prácticas y lecciones aprendidas recogidas en este informe, con el objetivo de poder alimentar un debate entre actores institucionales, organizaciones del tercer sector y profesionales de distintos sectores vinculados con la MGF.

4.5 Condicionantes y limitaciones del estudio

Los condicionantes que han influido en la elaboración y el contenido del documento son los siguientes:



Acceso y disponibilidad de los informantes: Dado que se trata de un periodo de tiempo de casi 20 años, ha sido imposible contactar con algunas personas que ya no trabajan en la organización, administración, etc.



Falta de inclusión de mayor número de perspectivas en función de la titularidad de derechos: En relación con el punto anterior, no ha sido posible en todas las ocasiones contar con la diversidad de perspectivas, que contase con TdD, TdR y TdO, para cada localización o área de trabajo. Por lo tanto, la comprensión y observación del proceso ha estado limitada a un determinado número de perspectivas, pero que han sido seleccionadas por su grado de conocimiento, *expertise* y tiempo participando en el programa de MGF. Priorizando de este modo perfiles que permitiesen reconstruir la experiencia de MdM con mayor profundidad.

22. Este grupo lo constituyen personas que participan en el programa de MGF en alguna de sus localizaciones o personas expertas de la organización. Tanto personal técnico por su experiencia desde el ámbito de la gestión del programa, personas voluntarias por su participación directa, y personas mediadoras del programa de MGF dado que forman parte de las comunidades con las cuales se desarrolla el programa.



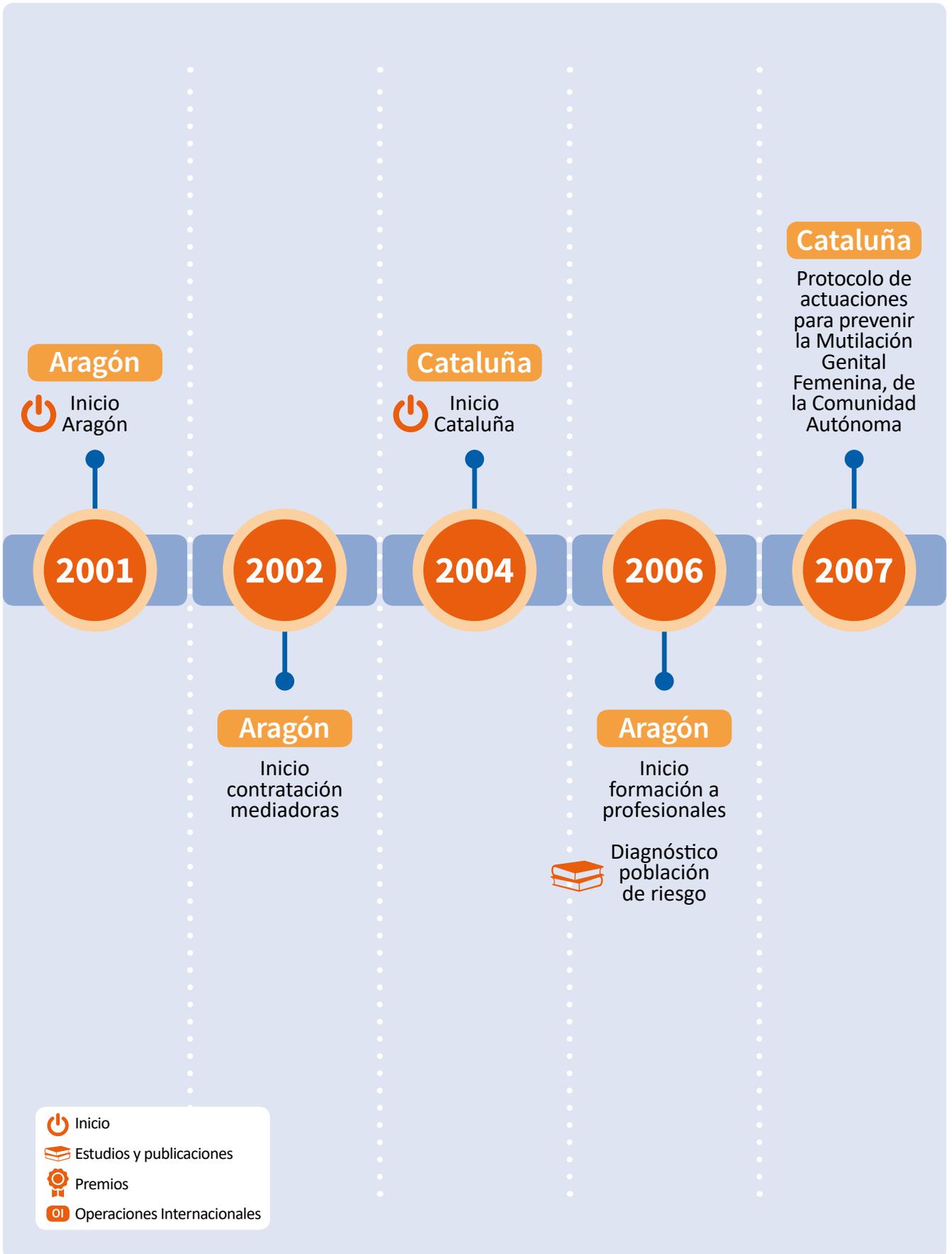
La experiencia de MDM en MGF

Análisis de la evolución del
programa de MdM en MGF

5



Línea de tiempo MGF [2001-2008]



Línea de tiempo MGF

OI

2008-2010
Apoyo a la mejora de la calidad del Programa de Atención Primaria de Salud en el Distrito de Vélingara (Kolda - Senegal) a través la introducción de la perspectiva de Género y Salud Sexual y Reproductiva

Europa

Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul)

Navarra

Creación Flor de Africa

2008

2009

2010

2011

Navarra



Inicio Navarra

España

Inicio Jornadas internas MGF



Premio calidad en el sistema nacional de salud



Política sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de MdM

España

Jornadas Interculturalidad MdM

Cataluña

Jornadas Mutilación Genital Femenina Barcelona

Aragón

Inicio trabajo con grupos de adolescentes

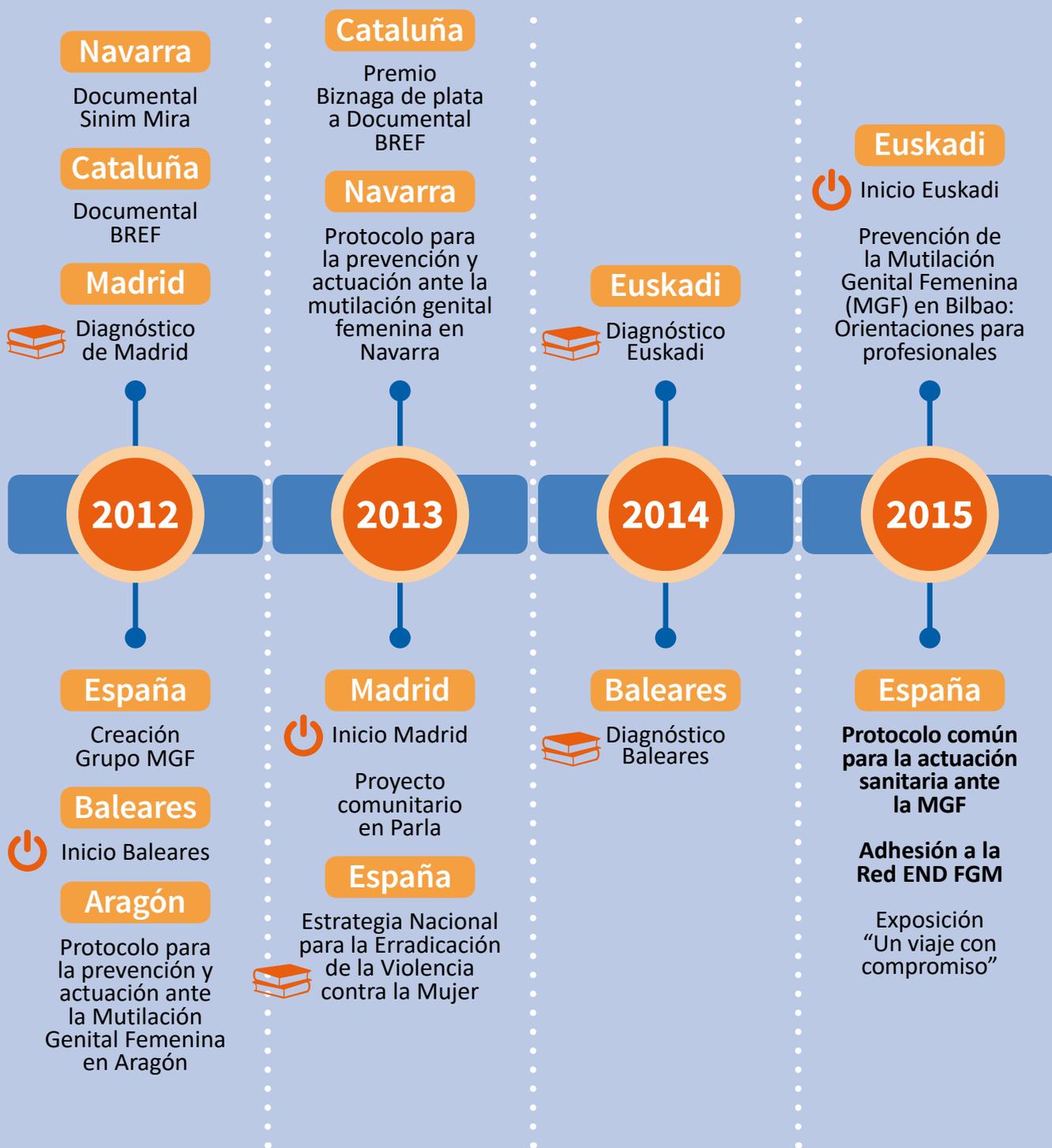
Tanzania



Investigación sobre violencia de género en Tanzania

OI

2008-2017
Proyecto Tanzania. "Iniciativa TUNU: Derechos Sexuales y Reproductivos, Reducción de Violencia de Género e Incidencia Política"



Línea de tiempo MGF

España

Plataforma formación UEFGM



Segundo Premio en la II Edición de los Premios Nacionales "Mutualista Solidario"



Participación en informe "Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España"

2016

Aragón



Estudio de aplicación del protocolo de pediatría

Tanzania

Documental Watu Haki

Euskadi

Mutilación genital femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi

Andalucía

Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas. Junta de Andalucía

Navarra



Estudio de aplicación del protocolo por profesionales

Madrid

Constitución Grupo Activismo SSAA Madrid

Guía de actuaciones sanitarias frente a la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid

2017

España

Intercambio de experiencias Twinning programme (Red EndFGM EU)

Política de MdM en MGF

Encuentro europeo de mediadoras

CLM

Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina de Castilla-La Mancha

Baleares

Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la Mutilación Genital Femenina en las Illes Balears



Mauritania

Apertura unidad de cuidado y tratamiento de violencia de género en Nuakchot

Apertura unidad de cuidado y tratamiento de violencia de género en Guidimakha

España

Enfoque antropológico de MdM

Encuentro con representantes de instituciones comunitarias (Red EndFGM EU)

Inicio del proceso de formación de la red estatal

 Reconocimiento a MdM Albert Jove

Europa

 Proyecto Access / Proyecto Gender ABC

2018

Castilla-La Mancha

 Investigación "La perspectiva de la población procedente de países de riesgo"

 Inicio Castilla-La Mancha

Cataluña

 Diagnóstico Cataluña

Canarias

 Diagnóstico Gran Canaria

Aragón

Documental para profesionales

Andalucía

 Inicio Andalucía  Diagnóstico Andalucía

Madrid

Exposición "Mi lucha, nuestra lucha"

España

 Informe sombra al Convenio de Estambul

Navarra

Documental Petalos de África

 Reconocimiento de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género al proyecto de MGF por la implementación de capacitaciones a hombres africanos que contribuyan a la prevención de la MGF en Navarra

2019

Mauritania

Campaña nacional contra la violencia de género

Colaboración para la redacción protocolo sanitario MGF

 Estudio de costes de la Unidad de atención a víctimas de violencia sexual

 Estudio cualitativo de las Violencias basadas en género

La experiencia de MDM en MGF

Análisis de la evolución del programa de MDM en MGF

Fases

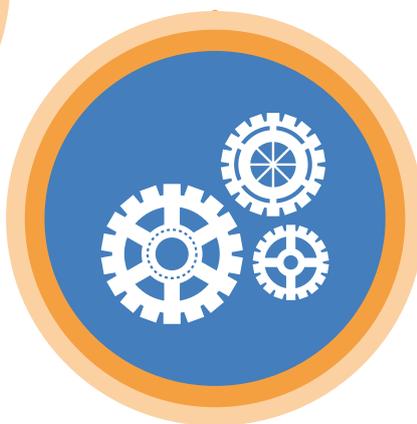


Fase

1

Puesta en marcha del programa

[2001-2008]



Fase

2

Desarrollo estratégico del trabajo en MGF de MDM y despliegue de medidas legislativas a nivel Autonómico, Estatal y Europeo

[2009-2015]



Fase

3

Salto al ámbito Europeo y consolidación de la perspectiva de violencia de género en el programa

[2016-2019]



Puesta en marcha del programa

El programa de MGF de MdM surge de la adaptación de la intervención con personas migrantes hacia la especialización sobre MGF, motivada por la aparición de los primeros casos de MGF en consultas médicas de las Comunidades Autónomas de Aragón y Catalunya. Estos casos generaron inquietud entre el personal sociosanitario, dado que pusieron de manifiesto la inexperiencia y desconocimiento sobre cómo actuar ante la detección de estos casos, ante lo cual expresaron su interés en formarse. De este modo, en el año 2001, profesionales sociosanitarios voluntarios de MdM en Huesca y Zaragoza dieron lugar a las primeras intervenciones de MGF de MdM.



Fuente: Heraldo Aragón (30/04/2001)

Esta etapa se caracteriza por el inicio de desarrollo del programa en las localizaciones pioneras de Huesca, Zaragoza, Catalunya (se une al programa de MGF en 2004) y Navarra (2008). Se trata de un proceso lento, en el que predominan acciones de acercamiento que han ido encauzando y marcando la evolución del programa hacia lo que es hoy. Este periodo no cuenta con grandes hitos o eventos destacados, sino que se caracteriza por los tipos de intervenciones que fueron poniéndose en marcha en un contexto social con poca experiencia, escasos actores actuando sobre la materia y un elevado grado de desconocimiento sobre la temática.

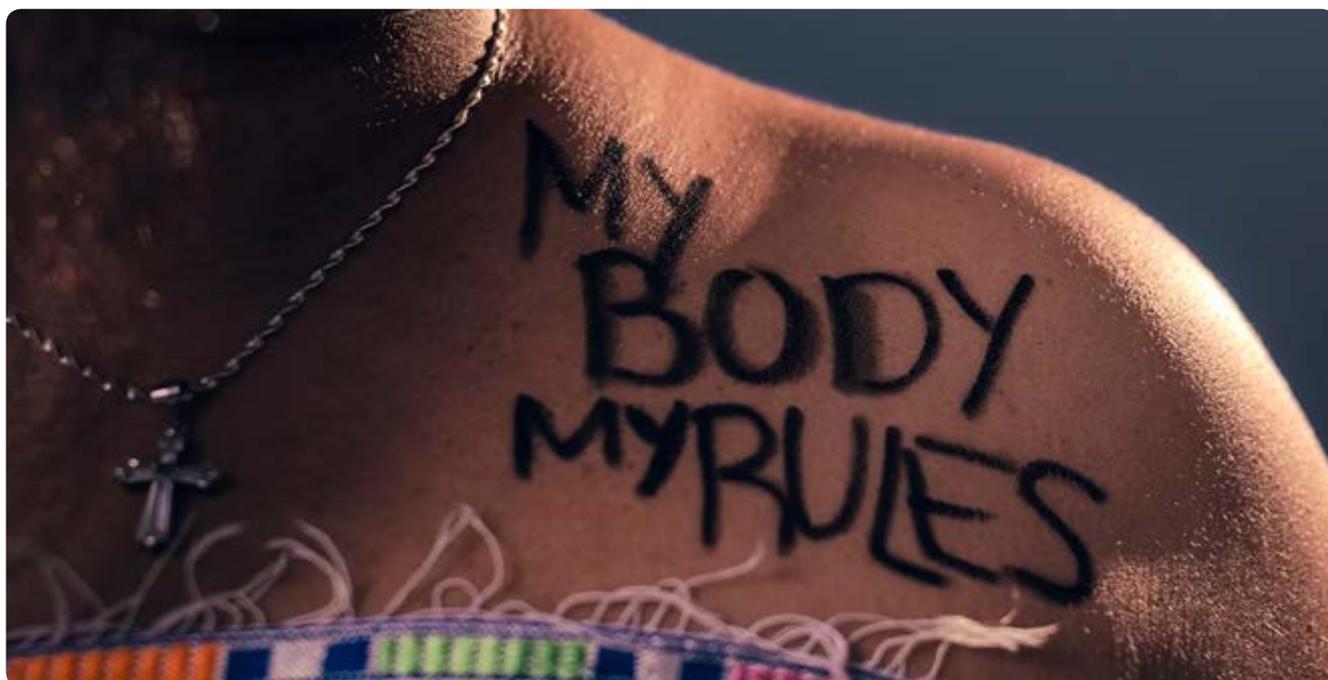
El trabajo con TdD comenzó mediante cursos a mujeres migrantes sobre salud sexual y reproductiva, formación de agentes de salud y cursos de salud materno-infantil impartidos por mediadoras interculturales en Zaragoza y Huesca, que a lo largo del tiempo fueron especializándose y dirigiéndose específicamente a mujeres provenientes de países de origen MGF. En este contexto, Catalunya contaba ya con un elevado número de asociaciones de migrantes, por lo tanto, Metges del Món Catalunya comenzó a trabajar con TdD colaborando con dichas asociaciones y contratando a mediadoras integrantes de estas.

Dada la falta de conocimiento sobre la temática entre profesionales socio sanitarios en aquella época, desde MdM comenzaron a ofrecerse formaciones dirigidas a profesionales. A su vez, en estos primeros años, la Fundación WASSU estuvo impartiendo cursos a diversos profesionales en Aragón, incluido personal que formaba parte de MdM. Dicha Fundación, con un modelo basado en la investigación etnográfica entre países de origen y destino, llevó a cabo diversas investigaciones y publicaciones que ayudaron a poner en evidencia una realidad desconocida para el resto del país y los profesionales. Las formaciones a profesionales y acciones destinadas al fortalecimiento de los sistemas públicos es otro rasgo distintivo del programa como parte del trabajo con titulares de responsabilidades.

En este sentido, y a raíz de la aprobación en 2007 del primero protocolo de intervención sobre MGF en Catalunya, MdM comenzó a desarrollar acciones de incidencia política en Aragón y en Navarra con el objetivo de poner en marcha los mecanismos necesarios para la creación de protocolos

autonómicos propios y, a su vez, evitar que estos tuviesen el carácter punitivo con respecto a las familias que su predecesor.

En el ámbito de intervención internacional, el contexto y el tipo de abordaje es completamente distinto al estatal. Como señalan algunas entrevistadas, la intervención se hace de forma transversal y de la mano de organizaciones locales. Durante este periodo, se desarrolló un proyecto, de 2008 a 2010, orientado a la mejora de la calidad en atención primaria en el distrito de Velingara en Kolda (Senegal) que, a través de la introducción de la perspectiva de género y de salud sexual y reproductiva, abordaba la MGF. A la vez que se puso en marcha el proyecto en Senegal, se inició un proyecto que duró desde 2008 a 2017, pasando por distintos distritos y divisiones, en Tanzania. Este proyecto tenía un enfoque multisectorial que englobaba los ámbitos sociosanitarios, educativos y de desarrollo comunitario con un fuerte componente de incidencia política. Del mismo modo, contaba con la participación activa de TdD desarrollando procesos de empoderamiento con sus comunidades y manteniendo una estrecha colaboración con los comités de salud de los distritos.



[2009-2015]

Fase

2



Desarrollo estratégico del trabajo en MGF de MDM y despliegue de medidas legislativas a nivel Autonómico, Estatal y Europeo

Este periodo se caracteriza por la puesta en marcha de procesos que dotaron de una visión política y acompañaron el desarrollo estratégico de la organización. Durante esta fase, se observan los primeros resultados e hitos tras varios años de intervención y comienzan a establecerse, por parte de organismos e instituciones, medidas legislativas y reguladoras relacionadas con la MGF.

En primer lugar, el evento que marca el inicio de este periodo es la aprobación, en 2009, de la Política sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de MDM, documento institucional que supuso definir los objetivos y marcar las estrategias de intervención en esta línea. Debe destacarse que, a través de la revisión de los documentos y políticas de la organización, puede observarse la evolución a nivel conceptual y, por lo tanto, la perspectiva desde la cual se aborda la MGF.

Otro hito que marca el inicio de esta nueva fase es la celebración de las jornadas anuales internas sobre MGF. Estas jornadas supusieron generar un espacio de encuentro para el personal técnico y mediadoras de la organización, con el objetivo de reflexionar, compartir inquietudes, intercambiar experiencias y debatir sobre posibles vías de intervención relativas a la prevención y el abordaje de la MGF. Es importante destacar las Jornadas realizadas en Barcelona en 2011, ocasión en la cual estuvieron abiertas a profesionales de distintos ámbitos, así como a representantes de administraciones públicas y entidades del tercer sector. Con un enfoque intersectorial, este evento incluyó distintas mesas que abordaron la MGF desde una perspectiva multidisciplinar. La experiencia de estas jornadas es expuesta por los actores que estuvieron implicados como un acto que permitió poner en común retos desde las diferentes perspectivas con las distintas asociaciones. A la vez supusieron las primeras jornadas externas donde coincidieron profesionales de diferentes ámbitos, expresando la necesidad de contar con espacios de reflexión y debate que permitiesen elaborar estrategias de actuación compartidas. Por ello, estas jornadas adquieren una relevancia especial al situarlas en su contexto: hoy existen distintos foros de debate y un nivel de conocimiento de la MGF considerablemente mayor del que había entonces: en su momento, estas jornadas representaron uno de los primeros espacios donde se pusieron en común los conocimientos generados en el ámbito académico y desde la intervención con familias y comunidades, siendo de utilidad para consensuar estrategias compartidas entre actores sociales e institucionales. Igualmente destacable fue el papel protagonista que tuvieron las mediadoras interculturales, así como personas del ámbito asociativo africano de Catalunya.

Como continuación de este proceso, y último alcance de los objetivos específicos del Plan Estratégico 2007-2010, en 2012 se creó en MdM un grupo de persona expertas en MGF. Los grupos temáticos de voluntariado tienen como objetivo el desarrollo del conocimiento, la reflexión, el apoyo técnico y la referencia experta en la organización para un tema o área geográfica prioritaria, funcionando con un carácter propositivo hacia los órganos de gobierno, y de asesoramiento para el conjunto de la organización²³.

Estos tres hitos dan cuenta del inicio de un proceso de estructuración del programa de MGF a nivel político (Política Salud y DDSSRR), a nivel estratégico (grupo de MGF) y operativo (jornadas internas anuales sobre MGF). El impulso de MdM en la intervención en MGF fue reconocido en el año 2009 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que otorgó el premio a la calidad en el Sistema Nacional de Salud al programa de MGF de Médicos del Mundo²⁴.

El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul) fue abierto a la firma en Estambul el 11 de mayo de 2011, pero entró en vigor de forma general y para el Estado español el 1 de agosto de 2014. Como parte de esta estrategia europea, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad incluyó la MGF entre las otras formas de violencia de género en el marco de la Estrategia para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016. Esta perspectiva supuso un cambio en cuanto a la concepción de la MGF, que pasó de ser contemplada como una violación de los derechos sexuales y reproductivos a una manifestación de la violencia contra las mujeres y, por lo tanto, una violación de sus derechos humanos. Esto permitió identificar la raíz común entre las diferentes formas de violencia y el *continuum* que existe entre sus posibles manifestaciones. No se trata únicamente de un cambio de perspectiva conceptual, sino que esta perspectiva permite ampliar la intervención a otras formas conexas de violencia, como son los matrimonios forzados, violencia doméstica, etc.

Ligado a este enfoque sobre violencia de género comienzan a surgir propuestas en la organización que incorporan esta visión. Es el ejemplo de la investigación llevada a cabo por MdM en Tanzania en 2011 y titulada *“¿Se puede comprender la violencia de género? Estudio sobre factores individuales, comunitarios, sociales y culturales que ayudan a orientar nuestra acción contra la violencia”*. Este documento pone el foco de análisis en los factores y percepciones que influyen en la violencia de

23. Reglamento / protocolo de creación y funcionamiento de grupos de trabajo (geoestratégicos, transversales y temáticos). Documento interno de Médicos del Mundo (2017).

24. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/docs/FOLLETO2009.pdf>



género y los mecanismos de resistencia utilizados por las supervivientes frente a dicha violencia. Evidenciar este tipo de violencias permite no solo ampliar el conocimiento sobre la realidad de la población sino adecuar y orientar la intervención en favor de la igualdad de género. Asimismo, es importante señalar que este documento comienza a aplicar el enfoque antropológico teniendo en cuenta los parámetros culturales, sociales y económicos del grupo étnico que estudiaba y de la población mayoritaria en la zona de intervención.

A consecuencia del inicio de la articulación legislativa en torno a la MGF, se asiste a la adopción de protocolos y guías de actuación frente a la MGF en Aragón (2012), Navarra (2014), Protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF (2015) y en Bilbao (2015). El personal de la administración de Aragón y Navarra que ha participado en las entrevistas afirma que los diagnósticos y la incidencia política desarrollada por MdM impulsaron a la administración a realizar dichos protocolos. Esto permitió que, una vez puestos en marcha los mecanismos para su redacción y aprobación, MdM ha participado activamente en la elaboración de dichos protocolos a través de espacios consultivos con la administración.

Durante este periodo, nuevas localizaciones de MdM se unen al programa, en base a la evidencia del elevado número de población procedente de países donde se practica la MGF, detectada a través de los diagnósticos realizados en Baleares (2012), Madrid (2013) y Euskadi (2015). Los informes resultantes han sido de utilidad para orientar la acción de MdM con las tres titularidades (TdD, TdR y TdO), llevar a cabo acciones de incidencia política frente a la administración y poner de manifiesto la problemática en el ámbito autonómico y local. En el caso de Baleares, el diagnóstico fue utilizado por la administración como base para la elaboración del protocolo autonómico.

En línea con los principios del Plan Estratégico 2007-2010 y del Plan Estratégico 2012-2015, y sus ejes de cambio social²⁵, se ha acompañado a TdD en la creación de la asociación Flor de África. Dicha asociación surge en 2010, en Navarra, a raíz de la agrupación de mujeres procedentes de países donde se practica la MGF y participantes de las formaciones de MdM, con las cuales se creó un grupo que llegó a consolidarse y formar una asociación de carácter cultural. Esto supuso el logro de promover el acercamiento y la incorporación de TdD a los espacios asociativos para defender su derecho a la salud y haber favorecido el diálogo intercultural como medio para promover que sea la propia comunidad la que decida cómo ejercer la defensa de sus derechos.

En este mismo sentido, MdM favorece procesos de empoderamiento y cambio de actitudes implicando a toda la comunidad. Se trata de un proceso desarrollado a largo plazo y centrado en intervenciones que implican no solo a mujeres, sino también a jóvenes y hombres. En Aragón, MdM comenzó a trabajar en 2011 con grupos de adolescentes procedentes de países donde se practica la MGF favoreciendo un cambio de actitudes en las futuras generaciones. Asimismo, tanto a nivel

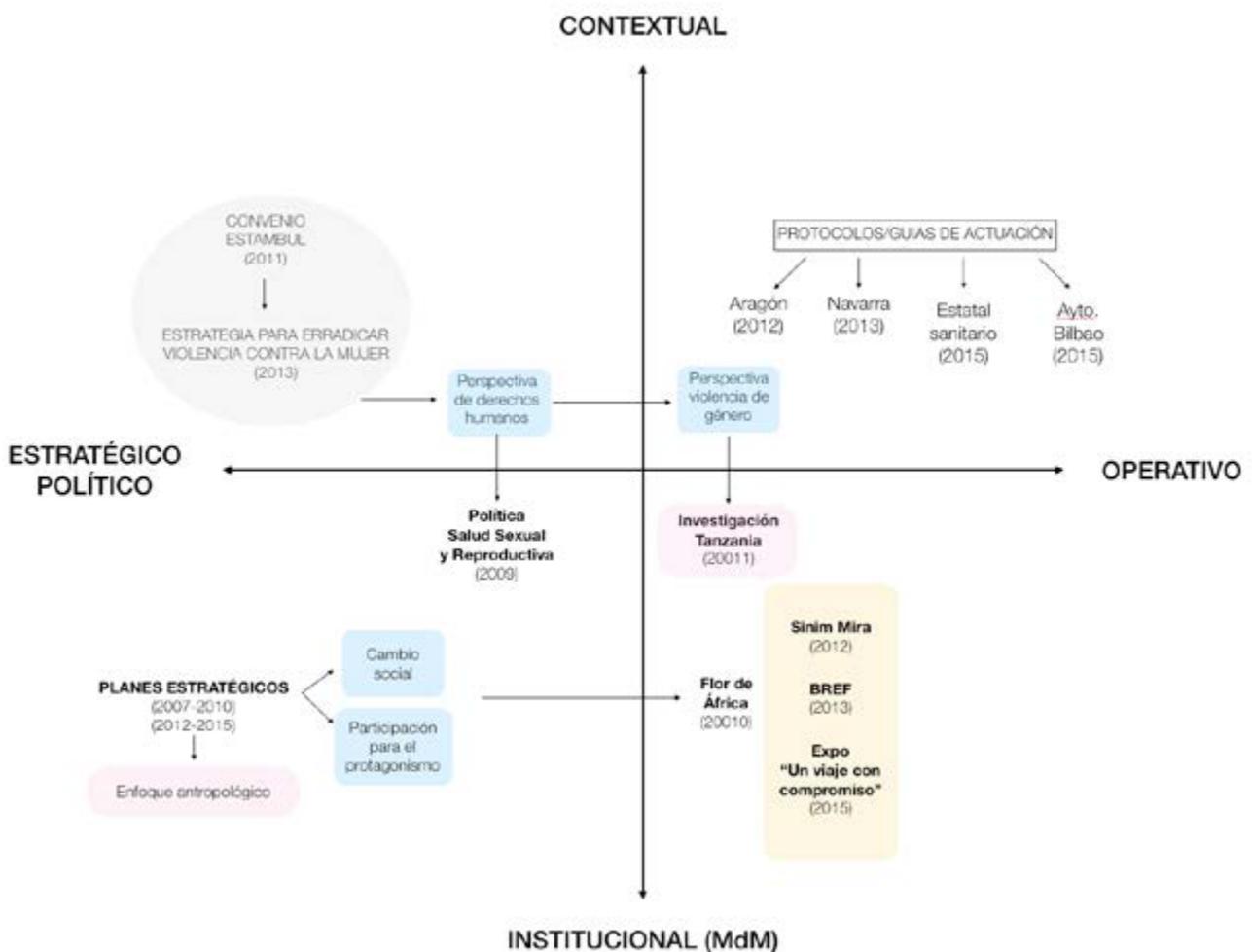
25. Entendiendo que para producir un cambio en la sociedad se deben eliminar las causas estructurales que generan la desigualdad.

estatal como en el ámbito internacional se generaron espacios desde los cuales, con un enfoque culturalmente adaptado, sensibilizar, reflexionar y promover cambios en las relaciones de género, como es el ejemplo del grupo de hombres por la igualdad formado en Navarra en 2014.

También en consonancia con las prioridades y enfoque del Plan Estratégico (que contemplan la realización de proyectos y acciones de sensibilización que contribuyan al desarrollo de una ciudadanía crítica, informada y movilizada en defensa del derecho a la salud), se elaboraron los documentales Sinim Mira²⁶ (2012), BREF²⁶ (2013) y la exposición “Un viaje con compromiso” (2015). Dichos materiales incorporan la perspectiva y testimonios de TdD contando con su participación activa en la toma de decisiones, enfoque, etc.

Como se puede apreciar en la siguiente figura, los eventos anteriormente expuestos pueden ser observados atendiendo a dos ejes de análisis, en función de si se sitúan en un nivel estratégico o operativo, y si responden a factores contextuales externos o internos de la organización. De esta forma, puede apreciarse cómo hechos contextuales ejercen una influencia directa y determinan la evolución del programa y, a su vez las intervenciones desarrolladas por la organización impulsan fuerzas que actúan sobre el contexto.

Figura 3. Desarrollo del programa de 2009 a 2015 en función a los ejes estratégicos/operativos y contextual/institucional.



26. Documental BREF, enlace a youtube: https://youtu.be/7ZgqO_fyfmI



Salto al ámbito Europeo y consolidación de la perspectiva de violencia de género en el programa

El inicio de esta etapa viene marcado por la consolidación del programa y su expansión a nivel europeo, pasando a formar parte de la Red Europea EndFGM EU, y del consorcio europeo para la creación de la plataforma de educación UEFGM²⁷ en 2016. Esto ha supuesto un salto institucional estratégico, puesto que MdM fue la primera organización española en formar parte de la Red EndFGM EU, abriendo la posibilidad de trasladar demandas y conocimiento a otras instancias de ámbito superior. Del mismo modo, ha permitido generar alianzas y procesos de enriquecimiento con organizaciones y asociaciones a nivel europeo. Este proceso también ha tenido su reflejo a nivel operativo puesto que la participación en espacios de cooperación con otras organizaciones, así como con la Red EndFGM, ha permitido a la organización ampliar y diversificar el ámbito de actuación a través de la generación de consorcios (los proyectos europeos Gender ABC y ACCESS), coordinar acciones del 6 de febrero, etc.

La Red EndFGM EU integrada por 24 organizaciones, distribuidas en 13 países miembros de la unión, busca generar puentes entre actores relevantes y países de origen, así como construir mecanismos de coordinación y acción europeos para poner fin a la mutilación genital femenina. La participación en la red europea sitúa a la organización en espacios de debate e intercambio de experiencias a nivel internacional. Gracias a su programa “Twinning programme”, MdM España visitó la entidad de GAMS en Bélgica y recibió la visita en el estado español de GAMS y APF (Portugal) en 2017²⁸. Asimismo, en 2018 a raíz del trabajo de incidencia política frente a instituciones públicas que la red lleva a cabo, fueron programadas visitas para que representantes de distintas instituciones comunitarias pudiesen visitar y conocer la realidad de la MGF en el Estado español, con el objetivo de que estos cargos políticos pudiesen trasladar las diferentes problemáticas y situaciones a las agendas de debate europeo. Formar parte de ella se encuentra en concordancia con el Plan Estratégico (2016-2022) y su eje de cambio social, así como con los valores de la organización de establecer alianzas estratégicas que permitan una acción coordinada de mayor impacto.

En este sentido, MdM ha participado en la creación de la plataforma europea de formación United to End FGM (www.uefgm.org). Se trata de una herramienta de formación online que tiene como objetivo mejorar los conocimientos y las habilidades de una amplia gama de profesionales que brindan apoyo y protección a mujeres y niñas afectadas por la MGF, y desde la cual se aborda la MGF desde diferentes ámbitos (salud, asilo, aspectos legales y judiciales, policía, educación, ámbito social y de protección de la infancia, medios de comunicación, sociedad civil y derechos humanos). De igual modo, en 2018, se inició el proceso de formación de una red estatal sobre MGF, de la cual MdM formará parte. Esta red surge como respuesta a la necesidad de un espacio profesional inter-autonómico que permita identificar líneas estratégicas e intercambiar metodologías y herramientas para la prevención e intervención ante la MGF²⁹.

En línea con otras organizaciones a nivel europeo y estatal, se consolida el enfoque de la mutilación como una forma de violencia contra las mujeres. Este aspecto se ve reflejado mediante la participación, junto con otras organizaciones estatales, en la elaboración del informe sobre *“Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España”*³⁰ (2016) y el Joint Shadow Report³¹ (2019) para el Grupo de Expertos en la Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica (GREVIO) con el objetivo poner de manifiesto frente a las autoridades europeas el grado de cumplimiento de dicho convenio por parte del Estado español.

27. <https://uefgm.org/?lang=es>

28. Con motivo de estas visitas en el estado español, fueron programadas reuniones con las administraciones y autoridades locales, siendo celebradas en la Delegación para la Violencia de Género de Madrid.

29. Informe - Seminario de trabajo profesional 7 de febrero 2018 Madrid. UNAF

30. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/deficiencias-e-inequidad-en-los-servicios-de-salud-sexual-0>

31. <https://rm.coe.int/joint-shadow-report-on-fgm-by-end-fgm-european-network-medicos-del-mun/1680973637>



A nivel estratégico, en 2017 se aprueba la política de MdM en MGF³², documento marco que guía la intervención y posiciona a la organización en torno a la temática de la MGF, reafirmando su posicionamiento frente a la MGF como una forma de violencias de género. Este posicionamiento se ve reflejado en las jornadas abiertas llevadas a cabo durante esta fase por MdM, como son las de “Las múltiples caras de las violencias contra las mujeres” (Pamplona, 2016), “Derechos Humanos y violencia contra las mujeres” (Bilbao, 2016 y 2018) y “La salud desde la perspectiva de las mujeres africanas” (Madrid, 2019). La celebración de dichos eventos ha tenido su relevancia tanto a nivel estratégico (para posicionar determinados aspectos de la MGF en la agenda social y política, y generar alianzas), como a nivel operativo, puesto que permiten avanzar en la reflexión, ampliar redes de coordinación y facilitar a través de estos debates y conocimientos la evolución del programa.

En este último periodo comienzan nuevos proyectos de MGF, todos con un claro enfoque de violencia de género. En 2018 MdM pone en marcha un proyecto internacional en Mauritania y dos proyectos a nivel europeo (Gender ABC y ACCESS). El proyecto Gender ABC y el proyecto ACCESS (*Appropriate Community-Based Care and Empowering Support Services for Migrants Affected by Gender Based Violence*) abordan desde varios ámbitos las diferentes formas de violencia de género y ha permitido a la organización desarrollar acciones de sensibilización, prevención e incidencia política. El eje central de las actividades en Mauritania es el fortalecimiento de la equidad de género y la cobertura universal en el acceso a la salud, entre sus objetivos se encuentran el de promover un sistema integral de prevención, cuidado y protección, así como la coordinación de redes de apoyo institucionales, comunitarias y familiares para sobrevivientes de violencia basada en género, incluida la mutilación genital femenina en Guidimaka y la provincia de Nuakchot; o promover un sistema integral de prevención, cuidado y protección para las sobrevivientes de violencia de género en Nuakchot. Desde que comenzó el programa, en 2018, se han abierto dos unidades de tratamiento para víctimas de violencia de género (únicas en todo el país), una en entorno urbano y otra en entorno rural (donde existe una tasa de MGF del 93,3%) y desde las cuales se atienden a víctimas de MGF con consecuencias físicas directas. Asimismo, se ha validado un protocolo de cuidado y tratamiento de violencia sexual en 2019 y, ese mismo año, bajo demanda del Ministerio de Sanidad ha comenzado a redactarse un protocolo de actuación frente a la MGF.

32. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/politica-mutilacion-genital-femenina-de-medicos-del-mundo>

Desde entonces, se han ido formando otros grupos de hombres e impartidos talleres con estos (2016 en Madrid y 2018 en Castilla-La Mancha). En concreto, el trabajo de capacitación de hombres africanos sobre MGF en Navarra ha sido reconocido por la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género en 2019.

Durante este periodo la implantación del enfoque antropológico pasa a ser una prioridad de la organización, promoviéndose acciones específicas y apostando económicamente por su incorporación. En el ámbito internacional, se realizó el documental *Watu Haki* (Tanzania, 2016) con el objetivo de sensibilizar y promover la participación y protagonismo de TdD. Incorporando esta perspectiva, en 2019 en Mauritania se ha llevado a cabo una investigación cualitativa sobre violencias basadas en género. En el ámbito estatal, la investigación llevada a cabo en Castilla-La Mancha en 2018 analiza la perspectiva de la población procedente de países de riesgo sobre la MGF partiendo de las expectativas, necesidades y derechos de TdD.

En el ámbito de la incidencia política, se observan diferentes etapas en cuanto a MGF se refiere. Se produce un proceso lógico que comienza con la lucha para la creación de protocolos, y una vez han sido implantados, las prioridades se concentran en el análisis y seguimiento de su cumplimiento. En este sentido, se realizaron dos estudios, uno en Aragón (2016) y otro en Navarra (2017), en los cuales se analizaba el grado de conocimiento por parte de profesionales sanitarios de los protocolos autonómicos y sobre la temática de la MGF. Los resultados de ambos informes mostraron que el nivel de conocimiento de la temática y de las pautas de actuación ante casos de riesgo o de MGF entre los profesionales era ampliamente mejorable³³. De esta forma, los informes han permitido ajustar las formaciones e intervención, así como para reclamar a la administración el cumplimiento y activación de los protocolos³⁴.

Durante 2019, se llevó a cabo en Mauritania un estudio de costes de la Unidad de atención a víctimas de violencia sexual con el objetivo de hacer incidencia política para lograr mayor inversión en estas unidades. Otro aspecto que se ha sido reclamado por MdM es la asistencia integral a mujeres supervivientes de esta práctica, desde el apoyo psicológico a terapia de las disfunciones sexuales que ocasiona o la reconstrucción genital, para que sean incluidos estos tratamientos dentro de los servicios del sistema sanitario. En 2019 las localizaciones de Aragón y Madrid han comenzado a llevar a cabo tramites con la administración con la finalidad de que estas consultas sean ofrecidas en dichas comunidades. En Mauritania, en 2019, se ha puesto en marcha una campaña nacional contra la violencia de género que durará hasta 2020 .



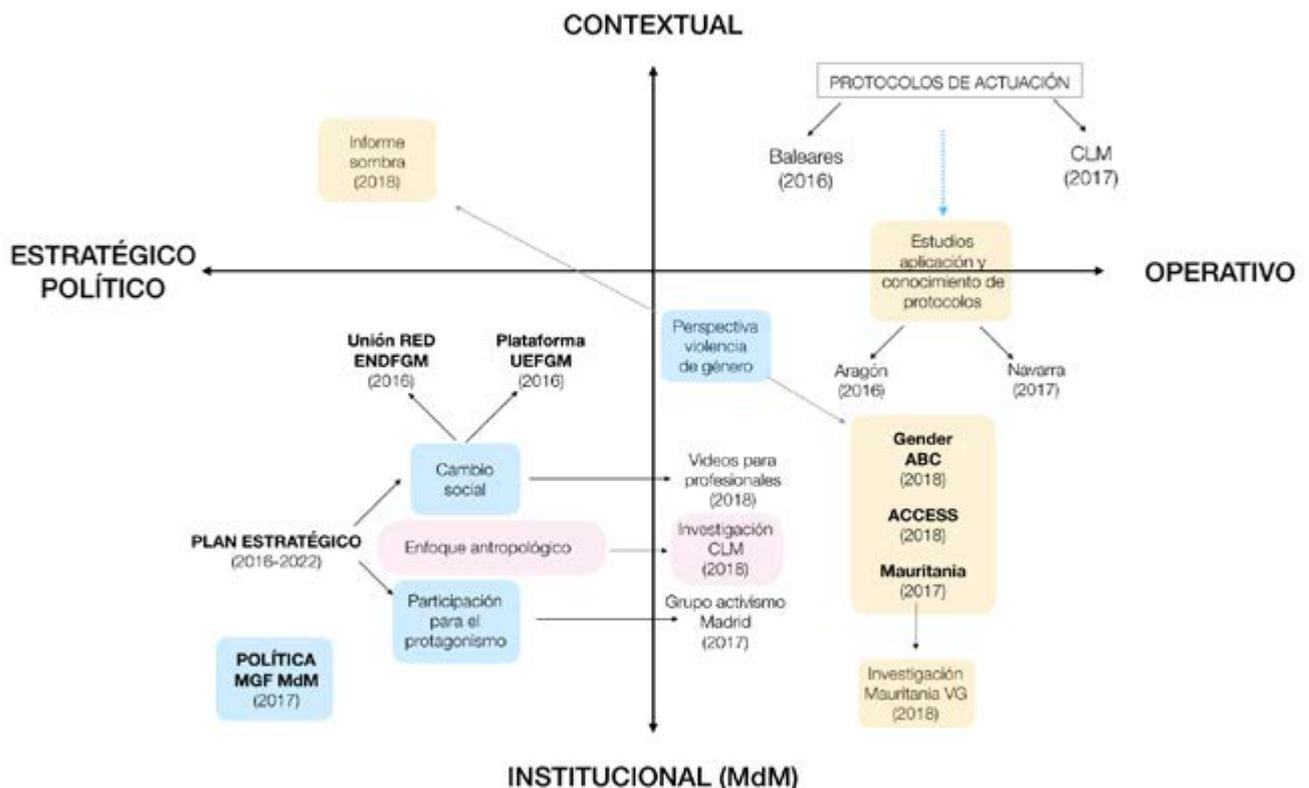
33. En el caso de Navarra, el 53% de los profesionales encuestados no conocía ningún protocolo de actuación en MGF y el 59% no había recibido nunca formación al respecto. En Aragón, el 86,8% de la muestra afirma conocer el protocolo autonómico, aunque el 84% expresa interés en recibir formación sobre MGF para reforzar la intervención preventiva.

34. Estos estudios, en concreto el de Aragón mostraban que a pesar de llevar a cabo acciones preventivas con familias y hacer uso del compromiso preventivo, existía un porcentaje de profesionales (22%) que no programaban visitas tras la vuelta del viaje, la coordinación con otro tipo de recursos era del 61% o el 67% de los profesionales consideraban necesario mejorar el sistema de registro de la MGF en el sistema informático.



Durante este último periodo, en 2017 se une la localización de Castilla-La Mancha participando activamente en la elaboración del protocolo autonómico de MGF (aprobado ese mismo año) y facilitando la generación de ámbitos de coordinación interinstitucional entre el sistema educativo y el sanitario. En 2018, se unen dos nuevas localizaciones al trabajo en el ámbito estatal, Andalucía y Canarias. En este sentido, al ser Médicos del Mundo una organización de referencia en el trabajo con población migrante, otras organizaciones y administraciones comenzaron a derivar casos a MdM Málaga, incluso antes de que esta sede comenzara a actuar en este ámbito. Es a raíz de la gran demanda por parte de profesionales y de las derivaciones de TdD por parte de otras ONGs, cuando dicha localización se une al programa de MGF. Es importante destacar que la articulación de herramientas para la gestión del conocimiento e intercambio de experiencias ha posibilitado un mayor crecimiento y rapidez a la hora de iniciar el programa en nuevas localizaciones. En el caso de Málaga, la organización en tan sólo un año ha creado un grupo local de trabajo con el Ministerio Fiscal y distritos sanitarios, con los cuales se está procediendo a la elaboración de una guía local para protocolizar la intervención ante la detección de casos. Paralelamente, MdM ha colaborado en la elaboración de una guía de actuación de niños y niñas migrantes solas de la Consejería de Salud y Familia, en la que aparece como referente experto para asesoramiento en caso de detección de menores con mutilación.

Figura 4. Desarrollo del programa de 2016 a 2019 en función a los ejes estratégicos/operativos y contextual/institucional.





Buenas prácticas y lecciones aprendidas

6



Buenas prácticas y lecciones aprendidas

A continuación, se presentan 9 buenas prácticas (B.P.) que, a través del análisis de las entrevistas en profundidad, y que dada su relevancia a nivel organizativo y en el ámbito de la intervención sobre la temática han sido identificadas.

Es importante destacar que el orden de las buenas prácticas no responde a un ejercicio de priorización, no existiendo criterios de jerarquización. Entendemos que todas ellas responden a diferentes estrategias de actuación que, de manera conjunta, forman el programa de MGF de Médicos del Mundo. Del mismo modo, debe tenerse en cuenta que trabajar con un enfoque integral implica que muchas de las buenas prácticas a continuación presentadas se encuentren interrelacionadas entre sí.

**B.P.
1**

Incorporación del enfoque integrado de género basado en derechos humanos



Descripción

De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR, 2006), el enfoque basado en derechos humanos es un marco conceptual basado en normas internacionales de derechos humanos orientado a proteger y promocionar dichos derechos. Este enfoque se orienta a analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo actuar sobre las prácticas discriminatorias y desigualdades de poder que dificultan un correcto desarrollo. Desde el enfoque de género y basado en derechos humanos, del foco de análisis se centra en las inequidades y desigualdades en el acceso y realización de los derechos centrándose en aquellas que afectan a las mujeres y niñas, así como a los grupos más vulnerables (Masferrer, Orenga, & Palacios, 2018). MdM adopta el enfoque integrado de género basado en derechos humanos como una apuesta ético-política con un elevado nivel de institucionalización (presente en el ámbito político, estratégico, operativo y en la cultura organizacional). Este enfoque forma parte de la visión de la organización y de las personas que la conforman, orientando de manera clara su estrategia y su acción.

La incorporación de dicho enfoque en MdM ha sido un largo proceso, que se traduce en la puesta en marcha de diferentes programas, tanto en ámbito estatal como en internacional, orientados a producir cambios en las relaciones de poder entre mujeres y hombres desde una perspectiva de derechos humanos (programas de salud sexual y reproductiva, violencia de género, etc.).

En este marco, el abordaje de la MGF fue evolucionando desde un enfoque que la contemplaba como una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas, a una perspectiva según la que –en coherencia con el Convenio de Estambul– la configura como una forma de violencia contra las mujeres. Esto implica poner el foco en las causas estructurales, cuestionando las relaciones de poder entre mujeres y hombres, y promoviendo procesos de empoderamiento en las personas y comunidades.

El programa de MGF contempla acciones con las tres titularidades, culturalmente adaptadas al contexto de intervención (estatal e internacional). En el primer ámbito, se priorizan las acciones orientadas a promover procesos de empoderamiento individual y comunitario, priorizando la participación y el protagonismo de TdD (Ver B.P. 6); en el ámbito internacional, se potencia el fortalecimiento de actores sociales e institucionales, realizando acciones formativas y de sensibilización en torno a la MGF (Ver B.P. 7). En ambos casos, estas acciones se complementan con otras actuaciones dirigidas a TdO.



Resultados

- La transformación de las relaciones de poder entre mujeres y hombres constituye un eje central del programa. Para ello, todas las sedes cuentan con espacios en los que, a través de diferentes dinámicas adaptadas a los contextos locales, promueven procesos de empoderamiento con las mujeres que pertenecen a comunidades que practican la MGF. En estos espacios se trabaja con ellas la construcción de redes de apoyo, y se crean entornos seguros para poder abordar las construcciones sociales de género y los mecanismos culturales de orden patriarcal que están en la base de las diferentes formas de violencia de género.
- La apuesta por la transformación social se ha materializado también en el trabajo conjunto y el fortalecimiento de asociaciones de personas migrantes procedentes de países donde se practica la MGF, líderes comunitarios y religiosos y otros actores sociales cuya implicación puede suponer un avance significativo en la erradicación de la MGF.
- La apuesta firme por incluir la MGF en la agenda de los actores políticos con responsabilidades en la prevención y abordaje de la MGF, en calidad de TdO. Esto se ha traducido en la realización de acciones de incidencia política orientadas a conseguir la inclusión de la MGF como una forma de violencia contra las mujeres en las legislaciones autonómicas adoptadas en esta materia, así como en la colaboración en mesas para la adopción de protocolos de prevención y actuación ante la MGF.



Lecciones Aprendidas

El enfoque integrado de género basado en derechos humanos permite incorporar un cuerpo teórico y político en el abordaje de la MGF, que pone en el centro las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres (causas estructurales), y orienta la acción hacia la transformación social. Facilita la implicación de todos los actores necesarios para conseguir el cambio social, que en este caso consiste en la erradicación de la MGF. En un contexto tan culturalmente sensible, este enfoque prioriza la participación y el protagonismo de las personas titulares de derechos, es decir mujeres supervivientes de MGF como agentes de cambio en sus comunidades. Asimismo, al combinar la intervención sobre la realidad local con TdD y TdR, más acciones de incidencia política se posibilita un flujo continuo de aprendizaje y conocimiento entre las distintas formas de actuación.

Fomenta también la generación de alianzas estratégicas con actores clave, tanto TdR como TdO, para abordar conjuntamente las causas de la MGF.

Permite una comprensión de la MGF como una manifestación más de la violencia contra las mujeres, lo cual requiere la adopción de un posicionamiento político de carácter no sectorial.

**B.P.
2**

Incorporación del enfoque antropológico

55



Descripción

En MdM, la mención del enfoque antropológico como principio básico que rige la intervención se remonta al Plan Estratégico 2012-2015. En el posterior Plan Estratégico (2016-2022) se asigna a la incorporación de este enfoque un carácter prioritario, asociándose acciones específicas y la correspondiente dotación presupuestaria para que su incorporación sea efectiva en todos los ámbitos de la organización (político, estratégico y operativo).

El enfoque antropológico aporta un marco conceptual y metodológico que facilita el reconocimiento de las distintas visiones del mundo, los sistemas de valores y universos simbólicos en función de las características culturales y sociales que están presentes en cada ámbito de intervención. Para MdM este enfoque supone tener en cuenta las diferentes identidades, representaciones, prácticas y conocimientos de los colectivos con los que interviene y en las acciones que desarrolla, siendo conscientes de que es necesario reconocer la diversidad para poder ejercer plenamente el derecho a la salud (Médicos del Mundo, 2018a).

En este sentido, la participación y el protagonismo de titulares de derechos representan un elemento clave a la hora de plantear intervenciones culturalmente aceptables. Así, tanto en ámbito estatal como internacional, el programa de MGF se desarrolla desde una perspectiva de liderazgo de las personas mediadoras y equipos locales, que incorporan a la intervención formas de conocimiento, experiencias y representaciones de la salud adaptadas a las referencias culturales de sus comunidades.



Resultados

- Tanto en ámbito estatal como internacional, el programa ha conseguido una elevada aceptación entre las comunidades gracias al liderazgo de TdD. En el ámbito estatal, el rol de los y las mediadoras ha sido indiscutiblemente un factor clave, así como lo ha sido en el ámbito internacional la participación de los equipos locales y los agentes comunitarios. (ver B.P. 3)
- La adopción de este enfoque ha llevado a la organización a asumir su responsabilidad como TdR y a adaptar los procesos de intervención orientándolos no sólo hacia los resultados, sino también poniendo en el centro los procesos a través de los cuales se llega ellos. Para ello, los procesos participativos con TdD han sido adaptados a sus contextos y particularidades. En el ámbito internacional, el trabajo con contrapartes y agentes comunitarios ha permitido ajustar la intervención a la realidad local y a los procesos que implican la participación de la comunidad. En cuanto al trabajo en ámbito estatal, el formato, contenido y horarios de las actividades se han ido adaptando a las circunstancias y demandas de TdD.
- Los materiales de sensibilización elaborados en MdM han incorporado la perspectiva de TdD. Esto implica trasladar su visión y, con especial relevancia, evitar la reproducción de imágenes y discursos que pueden alimentar los estereotipos y la victimización de las comunidades. Ejemplo de ello son los documentales Sinim Mira (2012), BREF (2013), Watu Haki (2016) y Pétalos de África (2018).
- Una mención especial merecen las exposiciones fotográficas “Un viaje con compromiso” (2015) y “Mi lucha, nuestra lucha” (2018). Ambas han surgido del proceso de trabajo con TdD en talleres, en los cuales las personas TdD han decidido el contenido y, sobre todo, el mensaje en torno al cual estructurar la campaña. No es casualidad que en ambas exposiciones se utilicen imágenes y textos que transmiten un mensaje centrado en la resistencia y la lucha de las propias TdD contra la MGF, evitando ofrecer una imagen estereotipada y victimizadora de las mismas.

56



Lecciones Aprendidas

La incorporación del enfoque antropológico representa una apuesta política determinante, que debe ser transversalizada en los diferentes ámbitos organizativos (político, estratégico y operativo). Supone un cambio de mirada, así como una ventana de oportunidad para generar espacios de participación genuinos, en los que las diferentes formas de conocimiento, visiones y representaciones se alimentan mutuamente. Incorporar estas visiones en los mensajes, textos e imágenes utilizadas permite que éstas sean culturalmente apropiadas, amplificando su posible impacto.





Descripción

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar las prácticas discriminatorias y relaciones desiguales de poder que dan lugar a la inequidad en salud. De acuerdo con el principio de aceptabilidad del derecho a la salud, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de la comunidad (OMS, 2018).

MdM, incorporando agentes comunitarios y personas mediadoras, aboga por un abordaje de la salud con sensibilidad cultural basado en las demandas y derechos de TdD e impulsa su participación en el programa de MGF. Las personas agentes de salud comunitaria, con las que cuentan los programas internacionales de MdM, son profesionales que forman parte del equipo sanitario y de la población con la cual se desarrolla el programa. El objetivo de esta figura es el de actuar como puente entre los servicios de atención, información sanitaria y la comunidad, con la finalidad de adecuar la información y recursos a las demandas de TdD.

En el ámbito estatal, las personas mediadoras son figuras líderes dentro de sus comunidades que desarrollan acciones de mediación comunitaria en torno a diferentes temáticas. Su actuación está orientada a generar espacios de confianza con TdD, para poder posteriormente desarrollar acciones que permitan incidir sobre los factores sociales y culturales que están a la base de la MGF. MdM ha sido pionero a la hora de contar con personas mediadoras en el programa de MGF, entendiendo que existen barreras de carácter cultural, profundamente conectadas con la manera de entender y vivir las relaciones de género y la sexualidad. Se trata claramente de un ámbito en el que se activan una serie de significados culturalmente definidos, que las personas mediadoras pueden abordar gracias al hecho de que comparten códigos culturales. Por ello, MdM ha contado con personas mediadoras desde los comienzos del programa, incorporándose las primeras mediadoras en Aragón en el año 2002.



Resultados

- La incorporación de personas mediadoras y agentes comunitarios ha permitido la participación de la comunidad en el programa, ajustar la intervención y desarrollar acciones respetuosas culturalmente con la comunidad y sensible a las demandas de TdD. En el ámbito estatal, las localizaciones de Aragón, Catalunya, Castilla-La Mancha, Baleares, Madrid y Navarra han contado o cuentan con figuras de mediación de origen africano. En el ámbito internacional, los proyectos de Senegal, Tanzania y Mauritania han contado o cuentan con agentes comunitarios para desarrollar sus proyectos.
- Estas figuras han logrado ser referentes y generar espacios de confianza dentro de su propia comunidad, algo indispensable para el trabajo sobre MGF. Es en estos espacios donde se hace posible desmontar mitos, compartir experiencias, así modificar patrones de comportamiento social y de roles de género que generan desigualdad y vulneraciones de derechos.
- En el ámbito estatal, la participación de personas mediadoras en las formaciones a TdR han aportado una perspectiva cultural y emocional con una buena acogida por parte de profesionales sociosanitarios como han mostrado las evaluaciones realizadas tras las formaciones con estos.



Lecciones Aprendidas

La incorporación de personas mediadoras ha sido, sin ninguna duda, el elemento clave del éxito del programa de MGF de Médicos del Mundo, en tanto que ha permitido generar estrategias de actuación culturalmente adaptadas y ha favorecido, a la vez, procesos de empoderamiento personal y comunitarios.

La participación de personas mediadoras en el programa no es relevante per se, sino también en consideración del rol que han desempeñado en él. En este sentido, es importante destacar que el camino recorrido por MdM ha ido evolucionando hacia la promoción de un rol activista de las personas mediadoras, es decir creando espacios que permitiesen poner en valor sus fortalezas y su capacidad de generar procesos de transformación como agentes de cambio social. En este sentido, es destacable el reconocimiento externo al trabajo de las mediadoras de MdM a través de la entrega del Premio Especial de los IV Premios de Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2011³⁶. Este recorrido ha sido coherente con la orientación recogida en la Política de MGF en relación con el uso del lenguaje y las imágenes, que pretende huir de una visión estereotipada de las mujeres africanas, tradicionalmente representadas como sujetos pasivos, así como de las imágenes que pueden transmitir una perspectiva victimizadora de las mismas.

B.P.
4

Creación de un grupo de personas expertas de referencia en MGF



Descripción

Médicos del Mundo define en sus líneas estratégicas la importancia del desarrollo asociativo, creando espacios institucionales y procesos que hagan partícipe a su base social en el desarrollo de la misión de la organización, habilitando para ello diferentes canales de participación interna. Entre estos espacios, se encuentran los grupos temáticos de voluntariado, los cuales tienen un carácter propositivo hacia los órganos de gobierno, así como de asesoramiento especializado para el conjunto de la organización (MdM, 2011).

En coherencia con este enfoque, se creó el grupo temático de MGF en el año 2012. Las funciones de dicho grupo son las de concentrar el conocimiento y experiencia de los diferentes actores que conforman la organización y que participan en el programa de MGF. Entre los perfiles que conforman el grupo podemos señalar: personas voluntarias, que aportan la experiencia desde su participación en el programa; personas mediadoras, que aportan una visión cultural y basada en la experiencia; equipos técnicos, con una visión operativa del programa; así como personas socias de la organización. Es importante destacar la función de la persona referente política del grupo, la cual lidera las labores del mismo y ejerce la portavocía sobre esta temática, tanto interna como externamente. La participación en el grupo está abierta a toda persona de la organización que acredite un determinado *expertise* en la materia, priorizándose la participación de personas voluntarias.

Aunar estos perfiles expertos en MGF permite generar espacios de reflexión institucionales desde los cuales abordar la temática desarrollando políticas, posicionamientos e identificando nuevas líneas de trabajo, así como actuando como órgano consultivo dentro de la organización. Además, trabaja de forma transversal y coordinada con otros grupos de trabajo internos con la finalidad de mantener una visión y una estrategia común.

36. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/premiado-el-proyecto-de-prevencion-de-la-mutilacion-genital>



Resultados

- Ha actuado como banco de buenas prácticas, agrupando la experiencia y conocimiento de distintas localizaciones con el objetivo de asesorar aquellas que han ido incorporándose a lo largo del tiempo.
- Ha contribuido de forma muy destacada a la hora de elaborar la Política de Médicos del Mundo en MGF (Ver B.P. 5).
- Ha actuado como espacio de debate bien para orientar la intervención, como en el caso de la coordinación con CEAR para la solicitud de asilo por razones humanitarias, o para aspectos sobre los cuales se pretende intervenir en el futuro, como son los matrimonios forzados.
- Ha colaborado estrechamente con los equipos de las distintas localizaciones autonómicas y con el departamento de comunicación, acompañando la reflexión sobre la puesta en marcha de determinadas acciones y campañas, jugando un rol clave en la definición las acciones llevadas a cabo en ocasión del Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina.



Lecciones Aprendidas

El Grupo de MGF ha tenido un papel destacable en el desarrollo del programa de MdM. Además de desempeñar una función de asesoramiento especializado sobre la temática, y de impulsar las prioridades estratégicas en el abordaje de la MGF, ha garantizado la coherencia entre el plano político y el operativo. Su función de foro de debate interno permite a la organización contar con un espacio de referencia que impulsa la evolución conceptual y estratégica en este ámbito.

Contar con un grupo de personas expertas, que se mantienen de manera estable en el tiempo, permite también identificar referentes claros, tanto interna como externamente.



Descripción

MdM desarrolla políticas institucionales con la finalidad de definir objetivos, estrategias de intervención e incidencia política, y acciones que se llevan a cabo en torno a una determinada temática. Las políticas recogen los posicionamientos de la organización y actúan como marco de referencia, por el cual deben guiarse las personas que trabajan y colaboran con la organización, para llevar a cabo el trabajo con las distintas titularidades de derechos, responsabilidades y obligaciones.

Este documento, aprobado en 2017³⁷, define las áreas de atención, testimonio y denuncia, además de especificar las reclamaciones y compromisos de Médicos del Mundo para la erradicación de la MGF, con la finalidad de hacer efectivo el derecho a la salud de las personas de comunidades en las cuales se practica. La política de MGF de MdM sitúa las acciones de la organización en el contexto social y normativo estatal e internacional y define la práctica junto a sus consecuencias para la salud de mujeres y niñas. Del mismo modo, explicita cuál es el posicionamiento de MdM frente a la práctica de la MGF, los ejes que guían las líneas de acción de la organización en torno a la MGF, resume el trabajo realizado en el ámbito estatal e internacional y expone las demandas y compromisos de la organización para la erradicación de la práctica.



Resultados

- El principal logro ha sido situar la MGF en un plano estratégico en MdM, dotando a la actuación en este ámbito de un marco político.
- Su creación ha supuesto definir la misión de la organización en cuanto a MGF, ofreciendo una visión global del trabajo realizado, el posicionamiento de la organización y determinando las áreas y estrategias de actuación. A nivel operativo, este documento ha servido para proporcionar coherencia a las acciones llevadas a cabo por los distintos ámbitos de trabajo de MdM (programas estatales, internacionales, comunicación e incidencia política), actuando de guía para el desarrollo de éstas y, con especial relevancia, para situar la agenda de incidencia política de MdM en este ámbito.
- Ha marcado el tipo de lenguaje e imágenes que debe ser usado por la organización en torno a la MGF y las comunidades que lo practican, de forma que sea culturalmente sensible, no victimice a las mujeres y niñas, ni estigmatice a sus comunidades.



Lecciones Aprendidas

La adopción de la Política de MdM sobre MGF ha dotado de rigor el programa, conectando la experiencia de la organización y sus textos fundacionales con el marco de derechos humanos internacional. Para ello, ha sido fundamental que los equipos técnicos y el voluntariado participasen en su elaboración, lo cual ha permitido un elevado nivel de apropiación por parte de los diferentes ámbitos de la organización.

37. El grupo tiene funciones consultivas y propositivas, por lo tanto, la política ha sido desarrollada y propuesta por el grupo, y posteriormente aprobada por el Pleno de la Junta Directiva y ratificada por la Asamblea General.

A la vez, la Política de MGF ha sido clave a la hora de orientar la posición de MdM en el trabajo coordinado con otras organizaciones, definiendo no sólo el enfoque sino también las prioridades estratégicas de las acciones a llevar a cabo. En este mismo sentido, ha permitido identificar el papel de MdM en las redes y plataformas relacionadas con la MGF en las que la organización participa.



B.P.
6

Orientación de la intervención hacia el empoderamiento y liderazgo de TdD

61



Descripción

Empoderamiento y participación forman parte de los principios y valores de la organización, además de representar uno de los ejes del Plan Estratégico (2016-2022) y contar con una política institucional de participación. Médicos del Mundo entiende la participación como el derecho de las personas y de las poblaciones con las que trabaja a tener un papel activo en los procesos de decisión y control sobre su propia salud. Para ello, la organización incentiva, a través del empoderamiento, la participación y el protagonismo de TdD en estos procesos para que desarrollen las capacidades para exigir y ejercer sus derechos frente a titulares de obligaciones (Médicos del Mundo, 2017). Desde la organización, se considera necesario promover el empoderamiento de mujeres supervivientes de la MGF de modo que sean ellas las agentes de cambio dentro de su propia comunidad.

En el ámbito estatal, MdM trabaja potenciando el liderazgo y las capacidades de TdD a través de un conjunto de acciones que permiten aumentar conocimientos y desarrollar habilidades (autoestima, generar redes de apoyo, autonomía personal, deconstrucción de los mandatos sociales de género, etc.)

Desde la organización se entiende que el trabajo y dialogo con la comunidad debe ser llevado a cabo por la base local, es por ello, que en el ámbito internacional, el trabajo se basa en el apoyo y fortalecimiento de la sociedad civil, como asociaciones o grupos de mujeres, líderes y lideresas religiosas y comunitarios/as y mediante alianzas con personas de autoridad dentro de la comunidad.



Resultados

- La apuesta por el cambio social ha supuesto el fortalecimiento de las capacidades de TdD para adoptar una actitud activista en la denuncia de las situaciones de vulneración que supone la MGF y que sean personas de las propias comunidades las agentes de cambio. En el ámbito estatal, es posible reconocer el protagonismo de las mediadoras de MdM, que han conseguido un elevado nivel de reconocimiento externo por su papel transformador.
- Tanto en el ámbito internacional como a nivel estatal, orientar la intervención hacia el empoderamiento además de permitir la transmisión de conocimiento a TdD y a entidades y asociaciones de migrantes, ha facilitado la identificación e incorporación de lideresas comunitarias en el programa. (Ver B.P. 6).
- En el ámbito internacional, ha resultado vital el trabajo con equipos locales, desarrollando acciones para la adquisición de habilidades y conocimientos mediante la participación de la propia comunidad local y basada en sus demandas.
- La defensa del valor de la participación y el empoderamiento para el liderazgo en la lucha activa contra la MGF en MdM ha visto cumplir sus logros con la creación de la asociación Flor de África en Navarra y el grupo de activismo en Madrid. La organización ha prestado apoyo y acompañamiento a TdD con estas iniciativas, las cuales han surgido de la agrupación de mujeres, procedentes de países donde se practica la MGF, participantes de las acciones de formación de MdM. Tras estas formaciones, se conformó un grupo que llegó a consolidarse y formar una asociación de carácter cultural en el caso de Navarra y de carácter activista en el caso de Madrid.





Lecciones Aprendidas

La promoción de procesos de empoderamiento, tanto individuales como comunitarios, representa un eje central de la acción de MdM. La mayoría de las acciones llevadas a cabo en el marco del programa de MGF aparecen claramente orientadas hacia este objetivo.

En la organización existe la consciencia de que se trata de procesos largos, que requieren un abordaje adecuado a las diferentes percepciones y experiencias. Para ello, resultan fundamentales los diferentes espacios orientados a ello, entre los cuales se pueden destacar las acciones formativas y los espacios de encuentro. Su importancia va más allá de la adquisición de conocimientos o el desarrollo de habilidades, y se extiende al proceso en sí, en tanto que permite generar espacios compartidos y desarrollar redes de apoyo.

En este ámbito es importante resaltar la importancia tanto de los espacios formales como de los informales, dado que ambos permiten acompañar procesos de empoderamiento.

El reconocimiento externo y la visibilidad de las personas mediadoras que trabajan en el programa es un elemento crucial, en tanto que cristaliza el elevado nivel de apropiación del proyecto por parte de las propias comunidades, a la vez que facilita la capacidad de incidir en las mismas.

El cambio social, como parte de los ejes estratégicos de la organización, implica desarrollar acciones destinadas a garantizar el derecho efectivo a la salud de todas las personas. Para MdM, una de sus estrategias de cambio sobre las estructuras sociales es el fortalecimiento de los sistemas sanitarios públicos desarrollando acciones de formación con personal sociosanitario en contextos internacionales y estatal.

B.P.
7

Desarrollo de acciones destinadas al fortalecimiento de instituciones públicas



Descripción

En cuanto al trabajo desarrollado en el Estado español, se reclama a los poderes públicos la adopción de protocolos integrales para el abordaje de la MGF, es decir que garanticen la coordinación entre los diferentes ámbitos de la administración involucrados en la prevención y actuación ante la MGF (social, sanitario, educativo, etc.), evitando abordajes centrados únicamente en un enfoque punitivo. En este sentido, MdM ha llevado a cabo múltiples acciones formativas destinadas a profesionales sociosanitarios con el objetivo de mejorar sus capacidades en cuanto a la identificación de casos de riesgo, al conocimiento de los protocolos existentes en el ámbito autonómico, así como a los canales de actuación correspondientes.

En el ámbito de Programas Internacionales, el fortalecimiento institucional llevado a cabo ha consistido en el desarrollo de actividades de sensibilización y formación de profesionales sociosanitarios que pertenecen a las mismas comunidades a las que atienden y en la que la MGF es una práctica aceptada y normalizada. De igual modo, se desarrollan acciones de apoyo en procesos de creación, desarrollo, evaluación de planes comunitarios con distritos sanitarios, actores claves y autoridades distritales, locales o estatales.



Resultados

- El trabajo en incidencia política ha permitido potenciar el trabajo preventivo desde la administración, impulsando la elaboración de protocolos, y que la administración se responsabilizase tanto de elaborarlos como de que fuesen realmente efectivos. En el ámbito estatal, MdM ha participado en mesas consultivas para la creación de protocolos tratando de trasladar un enfoque integral, abordar la MGF con sensibilidad cultural y evitando un enfoque punitivo de las familias. Este enfoque fue finalmente incorporado en los protocolos adoptados en Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha y Navarra. En el ámbito internacional, en Mauritania se logró crear una campaña de comunicación nacional sobre violencia de género y salud sexual y reproductiva.
- MdM ha formado a un elevado número de profesionales socio sanitarios tanto en programas internacionales como en el ámbito estatal en MGF fortaleciendo las capacidades del personal en cuestión y permitiendo llevar a cabo intervenciones preventivas en consulta y en especial, en el ámbito estatal, favoreciendo la activación de protocolos.
- Con la finalidad de desarrollar un abordaje integral, se ha participado en Andalucía en la elaboración de guías sobre la atención a niñas migrantes solas, de modo que profesionales sanitarios presten atención en los exámenes médicos a lesiones relacionadas con la MGF.
- En Mauritania, MdM promueve un sistema integral de prevención y cuidado para supervivientes de la violencia de género, logrando en 2018 la apertura de la primera unidad de tratamiento para víctimas de violencia de género de todo el país. Esta unidad se encuentra en la ciudad de Nuakchot y al año siguiente fue creada otra en contexto rural en el Hospital regional de Selibaby (Guidimakha).



Lecciones Aprendidas

MdM ha tenido tradicionalmente un papel propositivo y colaborativo con las administraciones públicas, acompañando la puesta en marcha de diferentes medidas que puedan dar respuesta a las necesidades sociosanitarias detectadas gracias al trabajo desarrollado con determinadas poblaciones. Este rol ha sido especialmente relevante en el ámbito de la MGF, donde se puede apreciar de manera especial que la cercanía a las familias y comunidades ha generado una experiencia y un conocimiento en la organización, que ha servido de catalizador para la adopción de diferentes medidas de prevención y actuación ante la MGF.

A este respecto, cabe destacar que ha sido fundamental poder contar con una actitud de apertura por las administraciones, tanto de ámbito estatal como autonómico, existiendo un compromiso constante en el tiempo. En este sentido, especialmente destacable ha sido la relación con la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, con la que existe una elevada coincidencia en cuanto a las estrategias de abordaje de la MGF, y que ha acompañado con entusiasmo las distintas propuestas que desde MdM se le han hecho llegar. En este sentido, cabe mencionar el apoyo prestado a la plataforma de formación online UEFGM y a su lanzamiento, así como con la facilitación de espacios de encuentro con entidades europeas (2017) y representantes de instituciones comunitarias (2018).



Descripción

Como señalábamos anteriormente, las acciones destinadas al cambio social pretenden actuar sobre las causas de la desigualdad y sobre las estructuras sociales que las determinan. Médicos del Mundo asume la relevancia de la generación de conocimiento como herramienta de transformación social. En este sentido, la Estrategia temática de Educación para el Desarrollo y Sensibilización de MdM (2012-2015) recoge la investigación como uno de los cuatro pilares para articular una estrategia integral de movilización orientada hacia la transformación social, junto con la sensibilización, la educación para el desarrollo y la incidencia política. En un sentido más amplio, la generación de conocimiento ha sido uno de los ejes transversales de actuación en el ámbito de la MGF, teniendo distintos objetivos en función de los casos.

En primer lugar, la generación de conocimiento ha cumplido el objetivo de orientar la actuación de la organización en la temática. En este ámbito, se sitúan los diagnósticos llevados a cabo, tanto en trabajo desarrollado por la organización a nivel estatal³⁸ como internacional³⁹; las encuestas entre profesionales de la salud llevadas a cabo en Aragón (2016) y Navarra (2017) para evaluar el grado de conocimiento de la MGF y los respectivos protocolos autonómicos; la investigación cualitativa llevada a cabo en Castilla-La Mancha para conocer la perspectiva de la población procedente de países de riesgo (2018); en Tanzania (2011) la investigación cualitativa sobre violencia de género en las comunidades para analizar los factores y percepciones que influyen en dicha violencia; el estudio socio-antropológico cualitativo sobre violencias basadas en género en Mauritania (2019); y estudio en Mauritania (2019) orientado a analizar el coste del mantenimiento de una Unidad de atención a víctimas de violencia sexual (USPEC) en el ámbito hospitalario.

Por otra parte, MdM ha participado en la creación de la plataforma europea de conocimiento *United to End FGM* (www.uefgm.org)⁴⁰, herramienta de aprendizaje electrónico para profesionales del ámbito social, judicial, de la salud, de la comunicación, de la educación y del sistema de asilo. La creación de esta plataforma en el año 2016 supuso un hito en la trayectoria de la organización, siendo el país en el cual participó un mayor número de profesionales en comparación con el resto de países de la UE implicados gracias al trabajo de difusión.

Finalmente, cabe destacar que, como resultado de un trabajo integrado de cambio social y movilización, MdM ha organizado jornadas y encuentros destinados a profesionales, entidades sociales y representantes de administraciones públicas, sobre temáticas relacionadas con la violencia de género y la MGF. Estas jornadas han cumplido un doble objetivo de sensibilización social, a la vez que han servido de plataforma para posicionar determinadas reivindicaciones en la agenda de incidencia política de la organización. En este sentido, cabe destacar las jornadas “Mutilación Genital Femenina: Reflexiones y retos” (Barcelona, 2011), “Las múltiples caras de las violencias contra las mujeres” (Pamplona, 2016), “Derechos Humanos y violencia contra las mujeres” (Bilbao, 2016 y 2018), “La salud desde la perspectiva de las mujeres africanas” (Madrid, 2019). Del mismo modo, el reconocimiento público de la experiencia y conocimiento de MdM en cuanto a MGF ha llevado a la organización a participar en diversas jornadas organizadas por otras entidades y organismos, como la participación en el Forum Internacional sobre MGF organizado por la Fundación WASSU en 2018, el Congreso internacional sobre aspectos socio-culturales y legales de MGF de 2017 o las IV, V y VI Jornadas Internacionales contra la MGF organizadas por UNAF.

38. Diagnóstico de población de riesgo (Aragón), 2006; Diagnóstico sobre la situación de MGF en la Comunidad Autónoma de Madrid, 2012; Diagnóstico de la Mutilación Genital Femenina en el País Vasco, 2014; Diagnóstico sobre Mutilación Genital Femenina en Mallorca, 2014; Aproximació a la situació de la MGF a Catalunya. Reflexions i reptes per a la seva prevenció i l'abordatge, 2018; Diagnóstico sobre MGF en la isla de Gran Canaria, 2018; Diagnóstico sobre MGF. MdM Málaga, 2018.

39. Diagnóstico rural participativo en el Distrito de Sama en las Divisiones de Chome-Suji y Ndingu y Mwembe Mbaga (Tanzania).

40. Dicha plataforma fue parte de un proyecto transnacional cofinanciado por la Unión Europea e implementado por un consorcio de 12 miembros y cuatro miembros asociados en toda la Unión Europea.



Resultados

- En el ámbito estatal, la realización de diagnósticos ha permitido la adecuación del programa al contexto y necesidades detectadas. Al mismo tiempo, han sido elementos clave para la incidencia política para reclamar a la administración la elaboración de protocolos y evidenciar las carencias en torno a la atención en cuanto a MGF.
- En el mismo marco, los estudios sobre el grado de conocimiento de los profesionales sociosanitarios en materia de MGF y protocolos, han permitido ajustar el contenido de las formaciones a TdR, así como desarrollar estrategias de incidencia política para reclamar el cumplimiento y activación de protocolos.
- La cercanía con TdD y la experiencia de la organización respecto a la MGF ha posibilitado la participación en el Joint Shadow Report, informe sombra de 2019 donde se analiza el nivel de aplicación del Convenio de Estambul presentado en Ginebra frente al Comité de Derechos económicos, sociales y culturales de Naciones Unidas.
- Gracias al conocimiento y la experiencia adquiridos por la organización, ha sido posible desarrollar espacios para el intercambio de experiencias y buenas prácticas a nivel interno, como son las jornadas internas de MGF y los encuentros intersede. Ambos espacios han servido para intercambiar experiencias entre las distintas localizaciones de MdM, definir futuras líneas de trabajo, acompañar la puesta en marcha del proyecto en nuevas ciudades, dar a conocer las líneas de intervención y actuaciones de otras sedes autonómicas en MGF, así como planificar y coordinar acciones para el 6 de febrero (Día Internacional de la Tolerancia Cero frente a la MGF).



Lecciones Aprendidas

La experiencia de trabajo directo con las familias y comunidades, y nutrida del trabajo realizado con profesionales, así como en la incidencia política ha permitido generar un elevado grado de expertise sobre MGF en los equipos técnicos de ámbito estatal e internacional, grupo temático de MGF, voluntariado adscrito al programa y en general sobre las diferentes áreas de trabajo de MdM sobre MGF.

En la organización existe un entendimiento claro de la MGF como una forma de violencia contra las mujeres, reconocido en la Política sobre MGF y en el discurso y la visión de los equipos. En este sentido, ha sido fundamental articular diferentes experiencias de generación de conocimiento (publicaciones, plataforma online, jornadas) que han permitido situar la MGF como una forma de violencia y destacar, de esta forma, las conexiones que presenta con otras formas de violencia.

En relación con la gestión del conocimiento que la organización realiza a nivel interno, hay que destacar como especialmente positiva la praxis de realizar encuentros temáticos de carácter anual, centrados específicamente en el intercambio de experiencias entre equipos; así como los encuentros intersede, espacios de aprendizaje entre equipos técnicos y voluntarios de diferentes sedes autonómicas; y finalmente, los encuentros de coordinaciones de país, espacio en el cual las personas coordinadoras de los programas internacionales de los distintos países se reúnen para abordar diferentes aspectos a nivel estratégico, organizativo y operativo.

B.P.
9

Implicación de hombres y jóvenes de las comunidades que practican la MGF en la lucha contra la MGF



Descripción

Todas las actividades dirigidas a la población de riesgo tienen por objeto propiciar un cambio de valores, promover procesos de empoderamiento y desarrollar una visión más global de la sociedad que tenga como resultado final el rechazo a la práctica de la MGF. Esto implica un trabajo a largo plazo, centrado en intervenciones de carácter social y sanitario, además de formaciones a lo largo del tiempo. MdM entiende que, además de implicar a mujeres y niñas procedentes de países de riesgo, se debe implicar a hombres y jóvenes comprometiendo a toda la comunidad por el peso en la toma de decisiones y en los cambios de actitud, tanto en el estado español como en los países de origen.

Por esta razón, el programa de MdM ha ido incorporando con el tiempo la creación de espacios específicos de trabajo tanto con hombres como con jóvenes que pertenecen a las comunidades que practican la MGF. Se trata de articular espacios en los que poder llevar a cabo un trabajo de acompañamiento prolongado en el tiempo, en los que poder abordar temáticas que no tienen por qué estar directamente vinculadas con la MGF desde el principio, sino que se plantean desde una perspectiva de acercamiento progresivo (tanto teórico como vivencial) a esta temática. Es decir, adoptando un abordaje respetuoso de las variables culturales que intervienen en este ámbito.

Es por ello que estos espacios asumen configuraciones variables en función de las características de cada grupo, pudiendo evolucionar con el tiempo. Puede tratarse desde actividades de sensibilización realizadas por un mediador o voluntario de origen subsahariano, hasta cursos de formación específicamente centrados en violencias contra las mujeres y nuevas masculinidades. En

el primer caso, se puede mencionar el trabajo realizado en Bilbao, donde el programa cuenta con un mediador intercultural y un voluntario, senegaleses ambos, que participan en las actividades de sensibilización (jornadas, charlas, conciertos, etc.) en torno a la MGF. En el segundo caso, hay que destacar las formaciones a hombres llevadas a cabo en Navarra (Pamplona, Tudela y Cintruénigo), por profesionales expertos en violencia de género y nuevas masculinidades. Por otro lado, también ha sido fundamental contar con mediadores que pudieran generar espacios de intervención individual con hombres de las comunidades en los que, cultivando relaciones de confianza, pudieran propiciar la reflexión en un espacio que no está expuesto a las presiones externas del grupo. Esta dinámica ha sido implementada en localizaciones de MdM en Aragón y Castilla-La Mancha. En el ámbito internacional, en Tanzania y Mauritania se han llevado a cabo grupos de discusión con hombres con la finalidad de reflexionar sobre aspectos de salud sexual y reproductiva y MGF. En Mauritania se trabaja a través de imanes que cumplen la función de mediadores sobre masculinidades positivas y se refuerzan valores de corresponsabilidad familiar en salud.

En cuanto al trabajo con jóvenes los espacios son diversos, llevándose a cabo en escuelas principalmente cuando se trabaja en programas internacionales y a través de grupos de trabajo en los programas estatales, principalmente con hijas de TdD que ya participan en el programa de MGF. Estos grupos de trabajo con jóvenes han sido creados en Aragón, Navarra y Castilla-La Mancha y abordan temáticas diversas como derechos humanos, salud sexual y reproductiva y diferentes aspectos culturales relacionados con su país de origen y abordando prácticas tradicionales nocivas desde una perspectiva antropológica. En Mauritania se trabaja en colegios a través de videoforums, debates, exposiciones fotográficas sobre violencia de género, así como charlas de anatomía y salud sexual y reproductiva. Desde las escuelas también se trabaja con madres y padres para que los jóvenes puedan hablar de temas de sexualidad con sus familias.



Resultados

- El trabajo sobre masculinidades con población migrante ha permitido generar espacios en los cuales promover cambios culturales sobre las relaciones de género, incentivando la construcción de una identidad masculina alternativa no basada en desigualdades de poder entre hombres y mujeres. En concreto, el trabajo sobre masculinidades con hombres africanos desarrollado por MdM Navarra ha recibido el reconocimiento del Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad en 2019⁴¹.
- Con jóvenes se han desarrollado espacios de trabajo, tanto en el ámbito estatal como en el internacional, en los cuales se analizan los aspectos culturales y de salud sexual y reproductiva con un enfoque de género y derechos humanos promoviendo cambios socioculturales en las edades más tempranas.



Lecciones Aprendidas

El trabajo con hombres que pertenecen a las comunidades que practican la MGF debe ser llevado a cabo desde el enfoque de género. Esto supone reconocer que su implicación en la erradicación de la MGF debe producirse desde el lugar de aliados, y no de líderes, de la lucha por el cambio cultural y social necesario. Es decir, el eje central de la intervención seguirá siendo el de promover procesos de empoderamiento de las mujeres y las niñas: su poder de decisión y control sobre su cuerpo y su sexualidad no debe depender de los hombres de su comunidad, expresen éstos su apoyo o su rechazo

41. <http://www.rtve.es/noticias/20191121/proyecto-interactivo-mil-mujeres-asesinadas-gana-premio-del-ministerio-igualdad-categoria-periodismo-contra-machismo/1992243.shtml>

a la práctica de la MGF. Por ello, es fundamental que el trabajo llevado a cabo con los hombres se aborde desde la construcción de nuevas masculinidades, propiciando procesos de reflexión en los que ellos puedan empezar a cuestionarse su manera de vivir las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres.

La posibilidad de contar con mediadores varones es clave a la hora de poder constituir un grupo de hombres, y facilitar que el grupo se mantenga en el tiempo. En algunas ocasiones, determinados hombres procedentes de países de riesgo, tras recibir una formación específica en equidad de género, violencia contra las mujeres y mutilación genital femenina, han desempeñado este rol de manera informal a través de su participación en los grupos autonómicos de voluntariado sobre MGF.

En el ámbito internacional ha resultado clave el trabajo de formación a imanes, así como contar con su participación en el programa como personas mediadoras. En el caso de Mauritania, ha quedado de manifiesto el mayor impacto de los mensajes a través de autoridades religiosas en el trabajo con hombres desde los cuales puede abordarse aspectos de masculinidad positiva u obligaciones de salud a nivel familiar.

El abordaje de la MGF y los aspectos sobre la sexualidad con población joven es de vital importancia para lograr un cambio social. Las formaciones sobre derechos humanos con población joven, en el caso de Mauritania, permite a las mujeres jóvenes conocer sus derechos a ser mutiladas a negarse a ser mutiladas si aún no lo han sido.





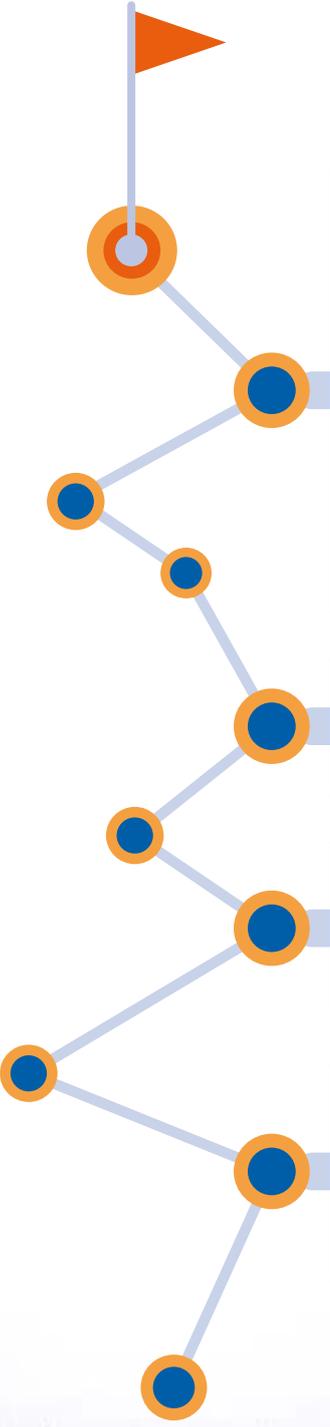
Recomendaciones y Retos

7



Recomendaciones y Retos

Retos:

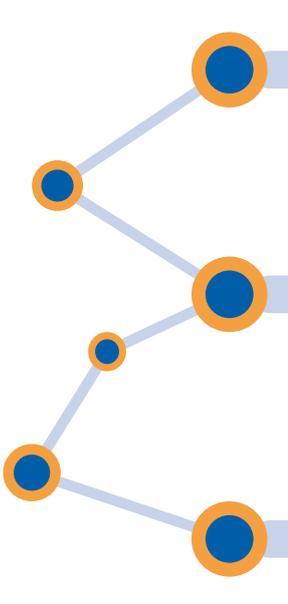


Lograr una atención integral a mujeres y niñas supervivientes o en riesgo de sufrir mutilación genital femenina. Es necesario que aquellas comunidades autónomas que cuenten con un elevado porcentaje de población migrante originaria de países donde se practica la MGF, adopten protocolos de intervención integral. Igualmente, es necesario que aquellas Comunidades Autónomas que ya cuentan con protocolos o guías de actuación, que pongan en marcha los mecanismos necesarios para que estos sean activados. Es decir, uno de los mayores desafíos para la organización es lograr que la administración asuma la responsabilidad de divulgar y formar a profesionales del ámbito sanitario, servicios sociales, educativo (entre otros), de forma que la prevención y abordaje integral de la MGF sea efectivo y real.

En el mismo sentido, es necesario garantizar la puesta en marcha de mecanismos de seguimiento que favorezcan la participación de todos los actores sociales e institucionales implicados en la prevención y actuación ante la MGF.

Del mismo modo, debe lograrse que la MGF sea entendida como una forma más de violencia contra las mujeres y, en consecuencia, como una violación de los derechos humanos. Para un correcto abordaje, MdM debe elaborar una política específica de violencias que permita definir los objetivos, estrategias de intervención y acciones para actuar en este sentido.

La incorporación del enfoque antropológico en MdM debe ir más allá de su transversalización en los programas. En este sentido, el reto consiste en asegurar que este enfoque permita llevar a cabo una revisión de la cultura organizacional en cuanto a las formas de orientar y enfrentar el trabajo llevado a cabo por la organización desde los niveles estratégicos y estructurales de MdM hasta los más operativos.



Uno de los desafíos de la organización a nivel de gestión de conocimiento, es el de sistematizar el trabajo diario y lograr capitalizar el conocimiento de la organización en todas sus áreas en cuanto a MGF.

La incorporación de personas mediadoras ha sido reconocida como un elemento clave para conseguir los resultados del programa de MGF en MdM. Sin embargo, no todas las localizaciones cuentan con recursos económicos suficientes para incorporar este perfil. En el mismo sentido, el mayor reto reside en dotar de continuidad la labor de las personas mediadoras, posibilidad que no siempre ha existido debido a la inestabilidad de la financiación externa.

Establecer una mayor vinculación entre los proyectos de MGF desarrollados en el ámbito estatal e internacional de MdM. Deben generarse espacios de intercambio de experiencias en los cuales identificar puntos en común que permitan desarrollar sinergias en la lucha por la erradicación de la MGF.

Recomendaciones:

72



Que en cada comunidad autónoma existan mesas interinstitucionales con todos los actores (sanidad, servicios sociales, igualdad, educación, fuerzas de seguridad, judicial) que pueden actuar frente a la MGF no solo a nivel preventivo sino con el abordaje general.



Establecer programas específicos de formación para profesionales que aseguren la implementación de los protocolos y favorezca la coordinación para la prevención de la MGF.



Es importante no solo asegurar la implementación de los protocolos, sino que deben implementarse medidas para la evaluación y seguimiento de los mismos.



Ampliar la atención asistencial a mujeres supervivientes de la MGF, incluyendo en la cartera de servicios de los sistemas sanitarios públicos no solo atención psicológica, sino también la cirugía reconstructiva (siempre que sea considerado oportuno).



Que sean reconocidas las diferentes formas de violencias contra las mujeres, incluida la MGF, como motivos prioritarios para tener acceso a mecanismos de protección tanto estatal como internacional.



En cuanto a las distintas organizaciones y asociaciones que trabajan sobre la temática, debe respetarse el espacio perteneciente a entidades y asociaciones de mujeres procedentes de países donde se practica la MGF, para que sean las propias comunidades las que lideren su lucha. El papel del resto de entidades y organizaciones debe ser el de facilitar procesos y promover una mayor protección y apoyo a organizaciones, asociaciones locales, así como a aquellas personas y profesionales que luchan en países donde se practica.



Es de vital importancia continuar favoreciendo procesos de empoderamiento con personas TdD, así como capacitar a personas líderes comunitarias y mediadoras/es interculturales tanto en el ámbito estatal e internacional, propiciando de este modo procesos de cambio en los roles de género de las familias afectadas y de sus comunidades. En este sentido, se recomienda desarrollar un itinerario de formación y un acompañamiento a largo plazo con el objetivo no solo de abarcar temáticas basadas en sus demandas, sino también facilitar la creación de espacios de confianza, así como posibilitar el establecimiento de conexiones personales y redes de apoyo mutuo.



En aquellos centros educativos con alta presencia de población migrante procedente de países donde se practica la MGF, la práctica debe ser abordada desde el marco de las violencias de género y desde un enfoque culturalmente apropiado, presentado atención y evitando estigmatizar a estas poblaciones.





Bibliografía

8



Bibliografía

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2013).

Buenas prácticas en la FAO: Sistematización de experiencias para el aprendizaje continuo.

Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/018/ap784s/ap784s.pdf>

Alonso, L. (1994). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. Delgado, & J. Gutiérrez, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (págs. 225-240). Madrid: Síntesis.

Aravena, M., Ascencio, S., & Zúñiga, J. (2018). *Sistematización y evaluación de experiencias en educación.* Santiago de Chile: Carlos Ossadón.

Disponible en: http://www.cfrd.cl/~moises/magisteredu/sistematizacion/Sistematizacion_y_Evaluacion.pdf

Askunze, C., Eizaguirre, M., & Urrutia, G. (2004). *La sistematización una nueva mirada a nuestras prácticas. Guía para la sistematización de experiencias de transformación social.* Bilbao: Hegoa.

Disponible en: http://publicaciones.hegoa.ehu.es/uploads/pdfs/64/Guia_Sistematizaci__n_2004.pdf?1488539204

Banco Interamericano de Desarrollo. (s.f.). *¿Cómo identificar y documentar lecciones aprendidas?*

Vicepresidencia de Sectores y Conocimiento, Departamento de Conocimiento y Aprendizaje (KNL).

Disponible en: <https://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2017/03/Como-identificar-Lecciones-Aprendidas.pdf>

CEAR. (2016). Informe 2016: *Las personas refugiadas en España y Europa.* Madrid.

Disponible en: https://www.cear.es/wp-content/uploads/2016/06/Informe_CEAR_2016.pdf

Euskadi, G. d. (2016). *Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi.* Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/mutilacion_genital_femenina/es_def/adjuntos/guia-mutilacion-genital-femenina.pdf

Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana. (2008). *Guía para la Sistematización de Intervenciones en Salud Pública de la Salud.* Cali: Unión internacional de promoción de la salud y educación para la salud.

Fundación Wassu (2018). *MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: INFORME DE EVALUACIÓN DEL MODELO DE ACTUACIÓN DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (2002-2018).* Barcelona: Fundación Wassu-UAB.

Disponible en: https://mgf.uab.cat/esp/scientific_publicacions/informe_mitramiss_2018_full.pdf

Ghiso, A. (1992). *Educación Popular lo alternativo de la propuesta en: Salud, alfabetización y educación popular.* Medellín.

Ghiso, A. (2001). *Sistematización de experiencias en educación popular.* Medellín: Memorias Foro: Los contextos actuales de la educación popular.

Guerra Palmero, M. J. (2008). Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres. *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y política*. Nº 38 , 61-76. Disponible en: <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/403/404>

Innocenti Digest. (2006). *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*. Sienna: UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef-irc.org/publications/403-cambiar-una-convenci%C3%B3n-social-perjudicial-la-ablaci%C3%B3n-o-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina.html>

Jara Holliday, O. (2013). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Disponible en: http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf

Jara, Ó. (1994). *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica*. San José de Costa Rica: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.

Kaplan, A. (2007). Las migraciones Senegambianas en España: una mirada desde la perspectiva de género. En F. Iniesta, *África en diáspora: movimientos de población y políticas estatales* (págs. 153-168). Barcelona: Edicions Bellaterra.

Kaplan, A., Moreno, J., & Pérez Jarauta, M. (2017). *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales* (ISBN: 978-84-693-0789-2 ed.). Barcelona: Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

La Barbera, M. (2010). Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. *Revista Dialectología y Tradiciones Populares*, nº2, 465-488. Disponible en: <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/236/237>

Masferrer, M., Orenga, J. & Palacios, A. (2018). *La aplicación del Enfoque de Género y Basado en los Derechos Humanos (EGyBDH) en la cooperación al desarrollo*. Barcelona: Institut de Drets Humans de Catalunya

Mangas Llompарт, A. (2017). *Una mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Catalunya. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas*. Barcelona: Universidad Autonoma de Barcelona. Disponible en: <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/236/237>

Médicos del Mundo (2007). *Plan Estratégico 2007-2010*. Madrid.

Médicos del Mundo (2012). *Plan Estrategico 2012-2015*. Madrid.

Médicos del Mundo (2016). *Plan Estratégico 2016-2022*. Madrid. Disponible en: https://issuu.com/felipe.giner/docs/plan_estrategico_2016-2022

Médicos del Mundo (2017). *Política de Médicos del Mundo España sobre Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/2019_politica_mutilacion_genital_femenina_v_1.1.pdf

Médicos del Mundo (2018a). *Enfoque antropológico en Médicos del Mundo*. Madrid: Médicos del Mundo.

Médicos del Mundo (2018b). *La mutilación genital femenina en Castilla-La Mancha: La perspectiva de la población procedente de países de riesgo.* Toledo.

Disponible en: <https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/memoria.pdf>

Médicos del Mundo (2018c). *Sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas de Médicos del Mundo (España) durante los últimos 10 años en Tanzania.* Madrid.

Mestre i Mestre, R. (2017). Las MGF como una forma cultural de violencia contra las mujeres en el Convenio de Estambul. *Revista Europea de Derechos Fundamentales*(29), 205-2019.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6144007.pdf>

Navarro Olivar, N., & G. Sanchez-Albornóz, E. (2017). *Aprender Haciendo: Hacia la aplicación del enfoque integrado de EGYBDH por Médicos del Mundo 2017.* Madrid: Médicos del Mundo.

Disponible en: <https://planigualdadmdm.files.wordpress.com/2018/11/mm-aprender-haciendo-guia-medicosmundo.pdf>

Ngianga-Bakwin, K., Ezejimofor, M., & Komba, P. (2018). *Secular trends in the prevalence of female genital mutilation/cutting among girls: a systematic analysis.* BMJ Glob Health.

Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/3/5/e000549>

Organización Mundial de la Salud (2008). *Mutilación Genital Femenina. Informe de la Secretaría en el 61ª Asamblea Mundial de la salud.*

Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/26221/A61_11-sp.pdf;jsessionid=9577DE6E271AB75977124681F343E5D2?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2018). *Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza.* OMS.

Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HHR_PovertyReductionsStrategies_WHO_SP.pdf

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo.* Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.

Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>

Torres, J., Trávez, L., & Suquillo, E. (2017). *Guía para el relevamiento y sistematización de buenas prácticas en el marco de la gestión del conocimiento.* Unidad de Gestión del Conocimiento. Quito: Centro Regional de Servicios del PNUD para América Latina y Caribe.

Disponible en: <http://www.cpcs.gob.ec/wp-content/uploads/2017/02/guia-relevamiento.pdf>

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

Disponible en: https://www.unicef.org/publications/index_69875.html#

UNICEF. (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern.* UNICEF.

Disponible en: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf



Anexos

9



Anexos

Anexo I. Listado de participantes

Organizados por orden cronológico de realización de las entrevistas:

N. Ord	SSAA	Nombre	Titularidad	Especificación TdR
1.	Madrid	Ramón Esteso	TdR	Técnico
2.	Zaragoza	Clara Pertusa	TdR	Asociativo
3.	Zaragoza	Vivianne Wumba	TdR	Mediadora
4.	Huesca	Luis Carlos Pardo	TdR	Externo
5.	Huesca	Marga Alfaro	TdR	Voluntaria
6.	Huesca	Pilar Nguema	TdR	Mediadora
7.	Zaragoza	Julia Moreno	TdR	Técnica
8.	Madrid	Persona grupo activismo (anónima)	TdD	
9.	Madrid	Persona grupo activismo (anónima)	TdD	
10.	Madrid	Teresa García	TdR	Asociativo
11.	Madrid	Hodan Sulaman	TdR	Mediadora
12.	Pamplona	Pilar Baigorri	TdO	
13.	Gran Canaria	Iriome Rodríguez	TdR	Técnico
14.	Pamplona	Jaione Eugui Castro	TdR	Voluntaria
15.	Pamplona	Alexander Serge	TdD	
16.	Pamplona	Estrella Miqueleiz r	TdR	Asociativo
17.	Pamplona	Fátima Djarra	TdR	Mediadora
18.	Pamplona	Yolanda Rodríguez	TdR	Asociativo
19.	Palma de Mallorca	Ameline Nemangou	TdD	
20.	Palma de Mallorca	María Ramos	TdO	
21.	Palma de Mallorca	Carla Villarasau	TdR	Técnica
22.	Palma de Mallorca	Catarina Sbert	TdR	Externo
23.	Palma de Mallorca	Marian García	TdR	Voluntaria
24.	Palma de Mallorca	Mariama Dalanda	TdR	Mediadora

Anexo I. Listado de participantes (continuación)

Organizados por orden cronológico de realización de las entrevistas:

N. Ord	SSAA	Nombre	Titularidad	Especificación TdR
25.	Palma de Mallorca	Fabienne Richard	TdR	Externo
26.	(Grupal) Palma de Mallorca	Lorena Casado Maricarme Valles	TdR TdR	Voluntaria Voluntaria
27.	Bilbao	Marisa Sanz Moral	TdR	Técnica
28.	Bilbao	Iratxe Pérez	TdR	Voluntaria
29.	Bilbao	Purificación Ruibal	TdR	Asociativo
30.	Madrid	Felicitas Ibañez	TdR	Técnica
31.	Toledo	Aisse Dansoko	TdR	Mediadora
32.	Toledo	Gonzalo Ballesteros	TdR	Externo
33.	Toledo	Helena Moza	TdR	Externo
34.	Toledo	Rosa López	TdR	Técnica
35.	Pamplona	Asunción Cisneros	TdO	Externo
36.	Málaga	Begoña Espinosa	TdR	Técnica
37.	Toledo	Araceli Martínez	TdO	
38.	Madrid	Fiona Coyle	TdR	Externo
39.	Málaga	Mercedes Rivera	TdR	Externo
40.	Barcelona	Laia Martínez	TdR	Técnica
41.	Barcelona	Betty Enguix	TdR	Técnica
42.	Barcelona	Merce Cervera	TdR	Voluntaria
43.	Barcelona	Dialla Diarra	TdD	
44.	Mauritania	Ana Mateo	TdR	Técnica
45.	Bilbao	Goizane Mota	TdO	
46.	Málaga	Sergio Pérez	TdR	Externo
47.	Bilbao	Lamine Diawara	TdD	
48.	Tanzania	Patricia Mate	TdR	Técnica
49.	Madrid	Yedra García	TdR	Técnica
50.	Madrid	Paco Llorente	TdR	Técnico
51.	Madrid	Celia Zafra	TdR	Técnica
52.	Mauritania	Laura Tuery	TdR	Técnica

Anexo II. Distribución muestral

Distribución muestral por áreas de trabajo y titularidad del derecho

Áreas de trabajo	CCAA/País	Localización	TdD		TdR								TdO		Total
					Técnicas/os		Voluntarias/os		Mediadoras/os		Externo				
			H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Programas Estatales y Autonómicos	Aragón	Zaragoza	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	1	4
		Huesca	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	0	3
	Com. Madrid	Madrid	-	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	0	4
	Islas Baleares	Mallorca	-	1	-	1	-	2	-	1	-	1	-	1	7
	País Vasco	Euskadi	1	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	1	5
	CLM	Toledo	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1	-	1	5
	Navarra	Pamplona	1	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	1	6
	Canarias	Gran Canaria	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1
	Cataluña	Barcelona	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	4
	Andalucía	Málaga	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	3
Programas Internacionales	Senegal		-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
	Tanzania		-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Mauritania		-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	
Áreas Transversales	Departamento de Comunicación e Incidencia Política		-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Unidad de DDHH y Género		-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Colaboraciones europeas	Red ENDFGM EU		-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	GAMS Bélgica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Otros			-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Total			2	4	2	14	0	11	0	6	3	5	0	5	52

Guion para TdD

Conocimiento de MDM

- **¿Cómo conociste MDM?**
- **¿Cuándo empezaste? ¿Cuánto tiempo llevas participando entonces?**
- **¿De qué forma has participado?**
 - » ¿Qué has hecho? ¿Cuál/es? ¿Cuántos has hecho?
 - » ¿Qué te ha parecido? ¿Qué has aprendido?
 - » ¿Qué es lo que veis en el curso?
 - » ¿Te parecen interesantes los temas que se dan?
 - » ¿Hay algo que no te haya gustado?
 - » A parte de lo que has aprendido ¿Qué te llevas de este curso?
 - » ¿Crees que los horarios son adecuados? ¿Tienes dificultades para asistir?
 - » ¿Crees se aborda el tema de la MGF de manera adecuada? ¿Es decir, de manera respetuosa con tu comunidad, tu religión, tu forma de ver las cosas?
 - » ¿Las palabras y las expresiones que usamos te parecen adecuadas?
 - » ¿Crees que deberíamos cambiar algo para mejorar nuestros cursos?
- **¿Te sientes escuchada por mis compañeras de MDM?**
- **¿Puedes hablar y sugerir lo que quieres? ¿Te has sentido bien tratada?**

Conocimiento y percepción de la MGF

- **Antes de participar en MDM ¿Conocías que es la MGF?**
- **¿Se practica en tu país? ¿Es legal?**
- **¿Qué has aprendido en MDM sobre la MGF?**
- **¿Qué opinas sobre la práctica de la MGF?**
- **¿Ha cambiado tu forma de ver la MGF después de participar en MDM?**
- **¿Cree que la MGF está relacionado con la religión?**
- **¿Qué opina tu familia de que participes en temas de MGF en MDM?**
- **¿Crees que ha cambiado la forma de ver la MGF en la gente de tu alrededor aquí en España?**
- **¿Qué consecuencias puede tener para una mujer no estar mutilada dentro de la comunidad?**
- **¿Sabes si es legal o ilegal practicarla en España?**
- **¿Qué crees que habría que hacer ante la MGF?**
- **¿Y cómo debería hacerlo MDM?**
- **¿Crees que en los hospitales los médicos saben que es la MGF? ¿Por qué?**

Espacio de confianza / Redes de apoyo

- **¿Las mujeres de su entorno hablan de la mutilación? En caso afirmativo, ¿qué opinan?**
- **¿Cuándo has podido hablarlo con otras mujeres?**
- **¿Qué crees que pueden hacer las mujeres frente a la MGF?**

Agentes de cambio

- ¿Participar en las acciones de MdM ha servido para sentirte más segura en torno tu salud?
- ¿Hablas con las mujeres de tu entorno sobre la MGF y sus consecuencias? ¿Lo hacías antes de participar en MdM? ¿Por qué? ¿Qué ha cambiado?
- ¿Qué te ha llevado a participar como formadora de los cursos?
- ¿Qué crees que has aportado tú como formadora?
- ¿Qué opinan los hombres de tu familia de la MGF? ¿Lo hablas con ellos? ¿Lo hacías antes de participar en MdM? ¿Por qué? ¿Qué ha cambiado? ¿Y los hombres de tu comunidad?
- ¿Crees que es importante hablarlo con las personas de tu comunidad? ¿Por qué?
- Si oyes que alguien en tu familia va a practicárselo a su hija ¿Qué le dirías?

Cierre

- ¿Qué te ha aportado MdM?
- ¿Qué es lo que más te gusta de MDM?
- ¿Y lo que menos?
- ¿Crees que MdM está desarrollando las actividades correctas sobre MGF? ¿Hay otras cosas que deberíamos priorizar y en las que no estamos trabajando?
- ¿Qué podría hacer MdM para mejorar su trabajo?
- ¿Te gustaría decir algo más antes de terminar la entrevista para que lo tengamos en cuenta?

Guion para TdR

TdR Personal Técnico

Analizar el desarrollo de las actividades y proyectos con la temática de la MGF en MDM

- ¿Desde cuándo trabajas en la temática de la MGF? ¿Y en MDM?
- ¿Con qué perfiles? (TdD/TdR/TdO)
- ¿Cómo fueron los inicios del trabajo en MGF? ¿De quién partió la idea? (MDM, oportunidad de financiación externa; otra entidad nos lo propuso...)
- ¿Recuerdas en qué sede o sedes se empezó?
- ¿Cómo fue el proceso del diagnóstico? ¿Qué metodología se empleó?
- ¿Se han tenido en cuenta las particularidades del contexto sociocultural donde se desarrolla el proyecto?
- ¿Se ha empezado? En caso afirmativo:
 - » ¿Con actividades, proyectos...?
 - » ¿Qué estrategias se utilizaron para el acercamiento a TdD? (talleres previos de educación para la salud, acceso a tarjeta sanitaria...)

- » ¿Cómo comenzó el proceso de trabajo con TdR? ¿Cómo fue el acercamiento? ¿Hubo dificultades? En caso afirmativo ¿Cómo se superaron?
 - » ¿Cómo comenzó el proceso de trabajo con TdO? ¿Cómo fue el acercamiento? ¿Hubo dificultades? En caso afirmativo ¿Cómo se superaron?
 - » ¿Qué tipo de formación tenían o recibieron las personas que participaron en el proyecto y/o actividades?
 - » El abordaje de la MGF no es fácil, ¿cómo gestionaste tus emociones en aquellas situaciones en las que tu punto de vista difería del de la persona que tenías delante?
 - » ¿Qué formato tuvieron las actividades que se realizaban con las mujeres? (talleres, entrevistas, grupos, teatro...)
 - » ¿Cuáles son las competencias que tú consideras que debe adquirir una persona que trabaje con TdD en el ámbito de la MGF?
 - » La relación con TdD, ¿se hizo a nivel individual, grupal, familiar...?
 - » A la hora de programar la realización de las actividades con TdD, ¿se tuvieron en cuenta los horarios en los que tenían disponibilidad?
 - » A la hora de programar los contenidos de los talleres... ¿se tuvieron en cuenta las expectativas de las mujeres/hombres?
 - » ¿De qué forma se programaban los contenidos de los talleres? ¿Cuál ha sido el proceso de decisión de los contenidos? ¿Quiénes formaban parte de este proceso?
 - » En el caso de existir una dificultad idiomática, ¿cómo se solventó?
- **En la formulación del proyecto, ¿se tuvo el mismo planteamiento que la del resto de los proyectos de Inclusión Social?**
 - **¿Os habéis servido de las experiencias de otras SSAA para poner en marcha vuestro proyecto? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿De qué forma?**

Identificar factores externos que facilitaron u obstaculizaron los objetivos

- **En lo que lleváis hasta ahora ¿Hay algún factor externo que haya facilitado u obstaculizado los objetivos?**

Observar procesos de cambio en la percepción de la MGF en TdD

- **¿Qué es para ti un cambio en la percepción de la MGF en TdD?**
- **¿Qué elementos te ayudan a identificar los procesos de cambio en TdD? ¿Puedes enumerar los que consideras clave?**
- **¿Qué factores crees que han influido en el cambio? (internos, externos, sinergias...)**

Analizar la pertinencia y adecuación de las herramientas proporcionadas por MDM

- **¿La actual base de datos facilita la incorporación de la información que se obtiene en los proyectos de MGF?**
- **¿Crees que la metodología que se utiliza para la formulación de los proyectos es la adecuada para los que se centran en la MGF?**
- **¿Crees que las actuales herramientas de evaluación de los proyectos son las adecuadas para los de MGF? En el caso de que la respuesta sea negativa: ¿Por qué? ¿Conoces alguna alternativa?**

- ¿Habéis desarrollado vuestros propios materiales? ¿Se ha tenido en cuenta lo elaborado por otras SSAA?
- ¿Conocéis las herramientas y materiales usadas por otras SSAA? En caso afirmativo ¿Habéis hecho uso de ellas? En caso negativo ¿Por qué?

Analizar la evolución del abordaje político y el proceso de adopción de guías y protocolos

- ¿Crees que para MDM es un tema prioritario el abordaje de la MGF? Argumenta tu respuesta, tanto si es afirmativa como si es negativa.
- ¿Conoces las políticas de MDM en relación a la MGF?

Destacar los valores de la experiencia y la pertinencia de la intervención

- A la hora de poner en marcha vuestro proyecto ¿Habéis hecho uso de la experiencia previa de la organización en MGF? En caso afirmativo ¿De qué forma os habéis servido de esta experiencia?
- ¿Cuáles consideras que son los principales logros que se han alcanzado?
- ¿Cuáles consideras que han sido las principales dificultades que habéis enfrentado? ¿Cómo se han superado? ¿Qué aprendizajes se han obtenido?
- ¿Podrías identificar cuáles han sido las buenas prácticas en la prevención de la MGF en vuestro proyecto?
- ¿Habéis tenido oportunidad de intercambiar buenas prácticas y conocimientos con otras SSAA? En caso afirmativo ¿A través de qué mecanismos? ¿De qué os ha servido? En caso negativo ¿Por qué crees que se debe? ¿Lo consideras pertinente?
- ¿Crees que MDM es considerada como una de las asociaciones de referencia en MGF en España? ¿Y en el plano internacional?
- ¿Qué desafíos crees que aún quedan por superar?

TdR Personal Mediadora/or

Analizar el desarrollo de las actividades y proyectos con la temática de la MGF en MDM

Situación inicial

- ¿Desde cuándo trabajas en la temática de la MGF? ¿Y colaborando con MDM?
- ¿Cuál era la situación del proyecto cuando te incorporaste? ¿Cuáles eran los actores con los que se estaban trabajando? ¿Qué actividades se llevaban a cabo?
- ¿Con qué perfiles? (TdD/TdR/TdO)
- ¿Qué estrategias se utilizaban cuando comenzaste para el acercamiento a TdD? (talleres previos de educación para la salud, acceso a tarjeta sanitaria...)
- ¿Cómo comenzó el proceso de trabajo con TdR? ¿Cómo fue el acercamiento? ¿Hubo dificultades? En caso afirmativo ¿Cómo se superaron?
- ¿Cómo comenzó el proceso de trabajo con TdO? ¿Cómo fue el acercamiento? ¿Hubo dificultades? En caso afirmativo ¿Cómo se superaron?
- ¿Qué tipo de actividades se realizaban con las mujeres? (talleres, entrevistas, grupos, teatro...)

- La relación con TdD, ¿se hacía a nivel individual, grupal, familiar...?
- A la hora de programar la realización de las actividades con TdD, ¿se tuvieron en cuenta los horarios en los que tenían disponibilidad?
- ¿De qué forma se programaban los contenidos de los talleres? ¿Cuál ha sido el proceso de decisión de los contenidos? ¿Quiénes formaban parte de este proceso?
- ¿Habías trabajado en este ámbito anteriormente en otra entidad/asociación?
- ¿Tienes formación en Mediación Intercultural? En caso afirmativo: tipo de formación...
- ¿Recibiste formación? En caso afirmativo: ¿por parte de MDM?, ¿por parte de otra entidad?, ¿qué tipo de formación?
- ¿Has participado en el diseño del proyecto en el que intervienes como mediadora? ¿En qué punto del proceso?
- ¿Comenzaron a llevarse a cabo nuevas actividades tras tu incorporación?

Proceso intervención

- ¿Podrías decirme que crees que aportaste a MdM con tu incorporación? ¿Podríamos trazar una línea temporal en la que visualizar y destacar hitos o hechos importantes del proyecto?
- ¿Qué nuevos actores (TdD/TdR/TdO) se han ido incorporando?
- ¿Has tenido algún tipo de dificultad dentro de tu comunidad para abordar la temática de la MGF? ¿Qué sentimientos te ha generado esto?
- ¿Qué herramientas has usado para acercarte a las distintas comunidades? ¿Cuáles han funcionado? ¿Por qué crees han servido?
- ¿Ha habido cambios en el formato de las actividades que se realizaban con TdD? En caso afirmativo ¿A raíz de que problemas? ¿Qué resultados han producido estos cambios?
- ¿Podrías describir la evolución de la participación de TdR en el proyecto a lo largo de los años?
- ¿Podrías describir el proceso de trabajo con TdO? ¿Qué objetivos se han ido cumpliendo a lo largo del proceso? ¿Cuáles crees que fueron las principales dificultades en el trabajo con TdO? ¿Cómo fueron resueltos?
- ¿Quiénes han llevado a cabo el dialogo con TdD/TdO/TdR?
- ¿Qué tipo de dudas e inquietudes surgieron a lo largo de tu participación en el programa? ¿Fueron resueltas? ¿Cómo?

Situación actual

- ¿Cuáles crees que han sido los principales resultados obtenidos hasta la actualidad?
- ¿Podrías decirnos que te ha aportado a nivel personal el haber participado en este programa de MdM?
- ¿Ha habido cambios en cuanto a tu participación en actividades y toma de decisiones desde el comienzo hasta la actualidad? En caso afirmativo ¿Qué ha cambiado? ¿Cómo?

Identificar factores externos que facilitaron u obstaculizaron los objetivos

- ¿Crees que han influido algo externo que haya ayudado a conseguir los objetivos del proyecto?
- ¿Y que haya influido negativamente? ¿Qué pusiera obstáculos? (falta de conocimiento de las actividades por parte de las TdD, desinterés, poco interés de los políticos, etc.)

Observar procesos de cambio en la percepción de la MGF en TdD

- ¿Qué te llevaste contigo de los cursos, talleres, actividades? ¿Qué aprendiste?
- ¿Cambió algo?
- ¿Cambió tu forma de ver la MGF?
- ¿Qué es para ti un cambio en la percepción de la MGF en TdD?
- ¿Qué elementos te ayudan a identificar los procesos de cambio en TdD? ¿Puedes enumerar los que consideras clave?
- ¿Qué factores crees que han influido en el cambio? (internos, externos, sinergias...)

Analizar la pertinencia y adecuación de las herramientas proporcionadas por MDM

- ¿La actual base de datos facilita la incorporación de la información que se obtiene en los proyectos de MGF?
- ¿Qué materiales y herramientas has usado en el desarrollo de las actividades?
- ¿Con que tipo de materiales trabajáis? ¿Quiénes han participado en la elaboración y decisión del contenido de los mismos?
- ¿Habéis elaborado vuestros propios materiales? ¿Habéis contado con apoyo/ayuda de otra SSAA o SC?

Destacar los valores y pertinencia de la intervención

- A la hora de poner en marcha vuestro proyecto ¿Habéis hecho uso de la experiencia previa de la organización en MGF? En caso afirmativo ¿De qué forma os habéis servido de esta experiencia?
- ¿Cuáles consideras que son los principales logros que se han alcanzado?
- ¿Cuáles consideras que han sido las principales dificultades que habéis enfrentado? ¿Cómo se han superado? ¿Qué aprendizajes se han obtenido?
- ¿Podrías identificar cuáles han sido las buenas prácticas en la prevención de la MGF en vuestro proyecto?
- ¿Habéis tenido oportunidad de intercambiar buenas prácticas y conocimientos con otras SSAA? En caso afirmativo ¿A través de qué mecanismos? ¿De qué os ha servido? En caso negativo ¿Por qué crees que se debe? ¿Lo consideras pertinente?
- ¿Qué te ha aportado MDM como organización a nivel personal y/o profesional?
- ¿Crees que MDM es considerada como una de las asociaciones de referencia en MGF en España? ¿Y en el plano internacional?
- ¿Qué desafíos crees que aún quedan por superar?

TdR Personal voluntario

Analizar el desarrollo de las actividades y proyectos con la temática de la MGF en MDM

Situación inicial

- Cuéntame... ¿Cómo conociste MDM y cómo comenzaste? ¿En qué año fue eso?

¿Cuánto tiempo llevabas de voluntario en MDM cuando te incorporaste en el trabajo relacionado con la MGF?

- ¿En qué área de trabajo estabas?
- ¿Con qué perfiles trabajabas cuando comenzaste? (TdD/TdR/TdO)
- ¿Qué tipo de actividades se llevaban a cabo cuando comenzaste?
- ¿Qué estrategias se utilizaron para el acercamiento a TdD?
- ¿Cómo comenzó el proceso de trabajo con TdR?
- ¿Cómo comenzó el proceso de trabajo con TdO?
- ¿Hubo un diagnóstico previo a la intervención? En caso afirmativo, ¿Qué metodología se empleó?
- El abordaje de la MGF no es fácil, ¿cómo gestionaste tus emociones en aquellas situaciones en las que tu punto de vista difería del de la persona que tenías delante?

Proceso intervención

- ¿Podríamos trazar una línea temporal en la que visualizar y destacar hitos o hechos importantes del proyecto?
- ¿Quiénes llevaban a cabo el dialogo con TdD/TdO/TdR?
- ¿Qué tipo de dudas e inquietudes surgieron a lo largo de tu participación en el programa? ¿Fueron resueltas? ¿Cómo?

Situación actual

- ¿Cuáles crees que han sido los principales resultados obtenidos hasta que dejaste de colaborar?

Destacar los valores y pertinencia de la intervención

- ¿Por qué te decidiste a colaborar con MDM?
- ¿Qué te ha aportado MDM como organización a nivel personal y/o profesional?
- ¿Qué crees que diferencia a MDM de otras organizaciones con respecto al abordaje de la MGF?
- ¿Te gustaría aportar algo más que no te haya preguntado?

TdR Externo a la organización

Analizar el desarrollo de las actividades y proyectos con la temática de la MGF en MDM

Situación inicial

- ¿Cómo surgió la colaboración con MDM? ¿Quién inició este proceso? ¿Con qué objetivos?
- ¿Cuál era el contexto y la situación inicial? ¿Qué problemas se pretendían resolver a raíz de esta colaboración?
- ¿Qué otros actores estaban implicados?
- ¿Cuáles fueron los primeros pasos?

Anexo III. Guiones de entrevista semi-estructurada (continuación)

- ¿Cuál era el enfoque inicial? ¿Fue el mismo al final del proceso?
- ¿Surgieron problemas al inicio? En caso positivo ¿Cómo se solventaron?

Proceso intervención

- ¿Podríamos trazar una línea temporal en la que visualizar y destacar hitos o hechos importantes del proceso?
- ¿Cómo fue el proceso de dialogo con los distintos actores?
- ¿Cómo fue la coordinación y el proceso de trabajo con MDM?
- ¿Hubo dificultades a lo largo del proceso? En caso afirmativo ¿Qué tipo de problemas surgieron? ¿Cómo fueron resueltos?

Situación actual

- ¿Cuáles crees que han sido los principales resultados obtenidos hasta la actualidad?

Identificar factores externos que facilitaron u obstaculizaron los objetivos

- ¿Qué factores identificas como facilitadores en la consecución de los objetivos?
- ¿Qué factores identificas como obstaculizadores en la consecución de los objetivos?

Destacar los valores y pertinencia de la intervención

- ¿Qué ha supuesto haber trabajado con MDM en este aspecto?
- ¿Cuáles consideras que son los principales logros que se han alcanzado?
- ¿Qué le ha aportado profesionalmente su colaboración con MDM? ¿Y a nivel personal?
- ¿Cuáles consideras que han sido las principales dificultades que habéis enfrentado? ¿Cómo se han superado? ¿Qué aprendizajes se han obtenido?
- ¿Qué desafíos crees que aún quedan por superar?
- Hay algún aprendizaje que os llevéis...

Guion para TdO

Analizar el desarrollo de las actividades y proyectos con la temática de la MGF en MdM

Situación inicial

- ¿Cómo conociste MDM?
- ¿Cómo surgió la colaboración con MDM? ¿En qué año? ¿Quién inició este proceso? ¿Con qué objetivos?
- ¿Cuál era el contexto y la situación inicial? ¿Qué problemas se pretendían resolver a raíz de esta colaboración?

Anexo III. Guiones de entrevista semi-estructurada (continuación)

- ¿Qué otros actores estaban implicados? ¿Había otros actores trabajando sobre MGF?
- ¿Cuáles fueron los primeros pasos?
- ¿Cuál era el enfoque inicial? ¿Fue el mismo al final del proceso?
- ¿Surgieron problemas al inicio? En caso positivo ¿Cómo se solventaron?

Proceso

- ¿Podríamos trazar una línea temporal en la que visualizar y destacar hitos o hechos importantes del proceso?
- ¿Cómo fue el proceso de dialogo con los distintos actores?
- ¿Cómo fue la coordinación y el proceso de trabajo con MDM?
- ¿Hubo dificultades a lo largo del proceso? En caso afirmativo ¿Qué tipo de problemas surgieron? ¿Cómo fueron resueltos?
- ¿Qué destacarías de este proceso?

Situación final o actual

- ¿Cuáles crees que han sido los principales resultados obtenidos?
- ¿Qué acciones fueron las más significativas?

Identificar factores externos facilitaron u obstaculizaron los objetivos

- ¿Qué factores identificas como facilitadores en la consecución de los objetivos?
- ¿Qué factores identificas como obstaculizadores en la consecución de los objetivos?

Destacar los valores de la experiencia y la pertinencia de la intervención

- ¿Qué le ha aportado personal y/o profesionalmente su colaboración con MDM?
- ¿Qué valor añadido tiene MDM en el trabajo con la MGF?
- ¿Qué ha supuesto haber trabajado con MDM en este aspecto?
- ¿Considera pertinente la creación de la guía/protocolo? ¿Por qué?
- ¿Cuáles consideras que han sido las principales dificultades que habéis enfrentado? ¿Cómo se han superado? ¿Qué aprendizajes se han obtenido?
- ¿Qué desafíos crees que aún quedan por superar?

Anexo IV. Técnicas de recogida de información

4.5.1

Entrevistas en profundidad

Se han llevado a cabo un total de 51 entrevistas en profundidad y una entrevista grupal. Se ha priorizado la realización de las entrevistas de modo presencial, en aquellos casos en los que no ha sido posible se ha recurrido a entrevistas telefónicas o a través de Skype.

La distribución es la siguiente:

Tabla. Modalidad de entrevistas en profundidad



Dada la cantidad de dimensiones a abordar en las entrevistas se optó por entrevistas semiestructuradas (Ver Anexo III) de una duración media aproximada de 45 minutos.

4.5.2

Talleres participativos

Durante el mes de octubre, en el espacio de las jornadas internas de MdM sobre MGF, se llevaron a cabo diferentes talleres relativos a la sistematización con el objetivo de dar a conocer los avances del proceso y por otro lado hacer posible una reconstrucción conjunta del proceso vivido.

Uno de los talleres consistió en la **reconstrucción de una línea temporal** con el objetivo de reconocer y comprender hitos, generar una visión global y conjunta del programa y visualizar todo el trabajo realizado. Del mismo modo, haciendo uso de los hitos contemplados en el taller anterior, se procedió a realizar un **taller de sistematización de la experiencia** dicho taller permitió trabajar de forma grupal sobre los resultados a partir la experiencia e identificar los productos y frutos del trabajo llevado a cabo.

Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas

B.P.
1

Incorporación del enfoque de género y derechos humanos

	Criterios	Consideraciones	Nivel de cumplimiento del criterio			
			Alto	Medio	Bajo	No Aplica
CAD	Eficacia	1. La práctica ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres supervivientes y en riesgo de sufrir MGF y de sus comunidades	3	7	1	0
		2. La práctica contribuye a alcanzar los objetivos del programa de MGF	10	0	1	0
	Pertinencia	3. Esta práctica resulta adecuada al contexto	8	2	1	0
		4. La práctica responde a las necesidades de TdD	5	6	0	0
	Sostenibilidad	5. La práctica contribuye a generar dinámicas y nuevas actitudes a largo plazo en cuanto a la prevención y lucha frente a la MGF	5	6	0	0
MdM	Cambio Social	6. La práctica contribuye a incidir en las causas de la MGF	8	3	0	0
		7. La práctica contribuye a visibilizar y denunciar la práctica de la MGF como una vulneración de derechos	5	4	2	0
	Género y DDHH	8. La práctica promueve la equidad de género	8	2	0	0
		9. La práctica contribuye a incorporar un enfoque de derechos humanos	8	3	0	0
		10. La práctica ha propiciado el empoderamiento	7	3	1	0
	Participación y protagonismo	11. La práctica ha incrementado la participación de TdD	8	2	1	0
		12. La práctica contribuye a incorporar diferentes visiones y referencias culturales	7	2	2	0
	Replicabilidad	13. La práctica puede repetirse en otras localizaciones de MdM, entidades o instituciones	8	3	0	0
	Innovación	14. La práctica es creativa y novedosa en su ámbito y contexto	1	7	3	0
			Total	91	50	12

Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas (continuación)

B.P.
2

Incorporación del enfoque antropológico

	Criterios	Consideraciones	Nivel de cumplimiento del criterio			
			Alto	Medio	Bajo	No Aplica
CAD	Eficacia	1. La práctica ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres supervivientes y en riesgo de sufrir MGF y de sus comunidades	1	8	1	1
		2. La práctica contribuye a alcanzar los objetivos del programa de MGF	7	2	1	1
	Pertinencia	3. Esta práctica resulta adecuada al contexto	6	3	1	1
		4. La práctica responde a las necesidades de TdD	6	3	0	1
	Sostenibilidad	5. La práctica contribuye a generar dinámicas y nuevas actitudes a largo plazo en cuanto a la prevención y lucha frente a la MGF	2	5	2	1
MdM	Cambio Social	6. La práctica contribuye a incidir en las causas de la MGF	6	3	0	1
		7. La práctica contribuye a visibilizar y denunciar la práctica de la MGF como una vulneración de derechos	2	7	1	1
	Género y DDHH	8. La práctica promueve la equidad de género	6	2	1	1
		9. La práctica contribuye a incorporar un enfoque de derechos humanos	8	2	0	1
		10. La práctica ha propiciado el empoderamiento	6	3	1	1
	Participación y protagonismo	11. La práctica ha incrementado la participación de TdD	6	3	1	1
		12. La práctica contribuye a incorporar diferentes visiones y referencias culturales	7	3	0	1
	Replicabilidad	13. La práctica puede repetirse en otras localizaciones de MdM, entidades o instituciones	6	3	1	1
	Innovación	14. La práctica es creativa y novedosa en su ámbito y contexto	4	5	1	1
			Total	73	52	11

Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas (continuación)

**B.P.
3**

Incorporación de figuras de mediación y agentes comunitarios

	Criterios	Consideraciones	Nivel de cumplimiento del criterio			
			Alto	Medio	Bajo	No Aplica
CAD	Eficacia	1. La práctica ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres supervivientes y en riesgo de sufrir MGF y de sus comunidades	11	0	0	0
		2. La práctica contribuye a alcanzar los objetivos del programa de MGF	11	0	0	0
	Pertinencia	3. Esta práctica resulta adecuada al contexto	11	0	0	0
		4. La práctica responde a las necesidades de TdD	10	1	0	0
	Sostenibilidad	5. La práctica contribuye a generar dinámicas y nuevas actitudes a largo plazo en cuanto a la prevención y lucha frente a la MGF	9	2	0	0
MdM	Cambio Social	6. La práctica contribuye a incidir en las causas de la MGF	6	5	0	0
		7. La práctica contribuye a visibilizar y denunciar la práctica de la MGF como una vulneración de derechos	7	4	0	0
	Género y DDHH	8. La práctica promueve la equidad de género	6	5	0	0
		9. La práctica contribuye a incorporar un enfoque de derechos humanos	9	2	0	0
		10. La práctica ha propiciado el empoderamiento	10	1	0	0
	Participación y protagonismo	11. La práctica ha incrementado la participación de TdD	11	0	0	0
		12. La práctica contribuye a incorporar diferentes visiones y referencias culturales	10	1	0	0
	Replicabilidad	13. La práctica puede repetirse en otras localizaciones de MdM, entidades o instituciones	10	1	0	0
	Innovación	14. La práctica es creativa y novedosa en su ámbito y contexto	3	8	0	0
			Total	124	30	0

Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas (continuación)

**B.P.
4**

Crear un grupo de personas expertas de referencia en MdM en MGF

	Criterios	Consideraciones	Nivel de cumplimiento del criterio			
			Alto	Medio	Bajo	No Aplica
CAD	Eficacia	1. La práctica ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres supervivientes y en riesgo de sufrir MGF y de sus comunidades	4	4	3	0
		2. La práctica contribuye a alcanzar los objetivos del programa de MGF	6	4	1	0
	Pertinencia	3. Esta práctica resulta adecuada al contexto	10	0	1	0
		4. La práctica responde a las necesidades de TdD	3	3	5	0
	Sostenibilidad	5. La práctica contribuye a generar dinámicas y nuevas actitudes a largo plazo en cuanto a la prevención y lucha frente a la MGF	8	2	1	0
MdM	Cambio Social	6. La práctica contribuye a incidir en las causas de la MGF	7	3	0	0
		7. La práctica contribuye a visibilizar y denunciar la práctica de la MGF como una vulneración de derechos	9	2	0	0
	Género y DDHH	8. La práctica promueve la equidad de género	5	5	1	0
		9. La práctica contribuye a incorporar un enfoque de derechos humanos	7	3	1	0
		10. La práctica ha propiciado el empoderamiento	2	8	1	0
	Participación y protagonismo	11. La práctica ha incrementado la participación de TdD	2	5	4	0
		12. La práctica contribuye a incorporar diferentes visiones y referencias culturales	7	3	1	0
	Replicabilidad	13. La práctica puede repetirse en otras localizaciones de MdM, entidades o instituciones	8	1	2	0
	Innovación	14. La práctica es creativa y novedosa en su ámbito y contexto	3	4	4	0
	Total			81	47	25

Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas (continuación)

B.P.
5

Adoptar una Política de MGF en MdM

	Criterios	Consideraciones	Nivel de cumplimiento del criterio			
			Alto	Medio	Bajo	No Aplica
CAD	Eficacia	1. La práctica ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres supervivientes y en riesgo de sufrir MGF y de sus comunidades	7	2	2	0
		2. La práctica contribuye a alcanzar los objetivos del programa de MGF	8	2	1	0
	Pertinencia	3. Esta práctica resulta adecuada al contexto	8	2	1	0
		4. La práctica responde a las necesidades de TdD	4	4	2	0
	Sostenibilidad	5. La práctica contribuye a generar dinámicas y nuevas actitudes a largo plazo en cuanto a la prevención y lucha frente a la MGF	8	2	1	0
MdM	Cambio Social	6. La práctica contribuye a incidir en las causas de la MGF	2	5	3	0
		7. La práctica contribuye a visibilizar y denunciar la práctica de la MGF como una vulneración de derechos	9	1	1	0
	Género y DDHH	8. La práctica promueve la equidad de género	5	5	1	0
		9. La práctica contribuye a incorporar un enfoque de derechos humanos	10	0	1	0
		10. La práctica ha propiciado el empoderamiento	5	2	4	0
	Participación y protagonismo	11. La práctica ha incrementado la participación de TdD	6	1	4	0
		12. La práctica contribuye a incorporar diferentes visiones y referencias culturales	2	7	2	0
	Replicabilidad	13. La práctica puede repetirse en otras localizaciones de MdM, entidades o instituciones	8	2	1	0
	Innovación	14. La práctica es creativa y novedosa en su ámbito y contexto	1	3	7	0
			Total	83	38	31

Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas (continuación)

**B.P.
6**

**Orientación de la intervención hacia el empoderamiento
y liderazgo de TdD**

	Criterios	Consideraciones	Nivel de cumplimiento del criterio			
			Alto	Medio	Bajo	No Aplica
CAD	Eficacia	1. La práctica ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres supervivientes y en riesgo de sufrir MGF y de sus comunidades	8	3	0	0
		2. La práctica contribuye a alcanzar los objetivos del programa de MGF	9	2	0	0
	Pertinencia	3. Esta práctica resulta adecuada al contexto	8	3	0	0
		4. La práctica responde a las necesidades de TdD	7	4	0	0
	Sostenibilidad	5. La práctica contribuye a generar dinámicas y nuevas actitudes a largo plazo en cuanto a la prevención y lucha frente a la MGF	9	2	0	0
MdM	Cambio Social	6. La práctica contribuye a incidir en las causas de la MGF	3	8	0	0
		7. La práctica contribuye a visibilizar y denunciar la práctica de la MGF como una vulneración de derechos	9	2	0	0
	Género y DDHH	8. La práctica promueve la equidad de género	6	4	1	0
		9. La práctica contribuye a incorporar un enfoque de derechos humanos	10	1	0	0
		10. La práctica ha propiciado el empoderamiento	8	3	0	0
	Participación y protagonismo	11. La práctica ha incrementado la participación de TdD	9	2	0	0
		12. La práctica contribuye a incorporar diferentes visiones y referencias culturales	10	1	0	0
	Replicabilidad	13. La práctica puede repetirse en otras localizaciones de MdM, entidades o instituciones	8	2	1	0
	Innovación	14. La práctica es creativa y novedosa en su ámbito y contexto	3	5	1	0
			Total	107	42	3

Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas (continuación)

B.P.
7

Desarrollo de acciones destinadas al fortalecimiento de instituciones públicas

	Criterios	Consideraciones	Nivel de cumplimiento del criterio			
			Alto	Medio	Bajo	No Aplica
CAD	Eficacia	1. La práctica ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres supervivientes y en riesgo de sufrir MGF y de sus comunidades	7	3	1	0
		2. La práctica contribuye a alcanzar los objetivos del programa de MGF	10	0	1	0
	Pertinencia	3. Esta práctica resulta adecuada al contexto	8	2	0	0
		4. La práctica responde a las necesidades de TdD	4	5	2	0
	Sostenibilidad	5. La práctica contribuye a generar dinámicas y nuevas actitudes a largo plazo en cuanto a la prevención y lucha frente a la MGF	8	3	0	0
MdM	Cambio Social	6. La práctica contribuye a incidir en las causas de la MGF	4	5	2	0
		7. La práctica contribuye a visibilizar y denunciar la práctica de la MGF como una vulneración de derechos	11	0	0	0
	Género y DDHH	8. La práctica promueve la equidad de género	5	5	1	0
		9. La práctica contribuye a incorporar un enfoque de derechos humanos	9	2	0	0
		10. La práctica ha propiciado el empoderamiento	3	5	3	0
	Participación y protagonismo	11. La práctica ha incrementado la participación de TdD	3	5	3	0
		12. La práctica contribuye a incorporar diferentes visiones y referencias culturales	4	4	3	0
	Replicabilidad	13. La práctica puede repetirse en otras localizaciones de MdM, entidades o instituciones	9	2	0	0
	Innovación	14. La práctica es creativa y novedosa en su ámbito y contexto	3	5	3	0
			Total	88	46	19

Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas (continuación)

**B.P.
8**

Desarrollar un sistema de gestión del conocimiento en cuanto a MGF con enfoque hacia el cambio social

	Criterios	Consideraciones	Nivel de cumplimiento del criterio			
			Alto	Medio	Bajo	No Aplica
CAD	Eficacia	1. La práctica ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres supervivientes y en riesgo de sufrir MGF y de sus comunidades	4	5	2	0
		2. La práctica contribuye a alcanzar los objetivos del programa de MGF	6	4	1	0
	Pertinencia	3. Esta práctica resulta adecuada al contexto	9	0	2	0
		4. La práctica responde a las necesidades de TdD	3	5	3	0
	Sostenibilidad	5. La práctica contribuye a generar dinámicas y nuevas actitudes a largo plazo en cuanto a la prevención y lucha frente a la MGF	7	2	2	0
MdM	Cambio Social	6. La práctica contribuye a incidir en las causas de la MGF	7	3	1	0
		7. La práctica contribuye a visibilizar y denunciar la práctica de la MGF como una vulneración de derechos	8	2	1	0
	Género y DDHH	8. La práctica promueve la equidad de género	5	4	2	0
		9. La práctica contribuye a incorporar un enfoque de derechos humanos	9	1	1	0
		10. La práctica ha propiciado el empoderamiento	4	4	3	0
	Participación y protagonismo	11. La práctica ha incrementado la participación de TdD	3	4	3	0
		12. La práctica contribuye a incorporar diferentes visiones y referencias culturales	7	1	3	0
	Replicabilidad	13. La práctica puede repetirse en otras localizaciones de MdM, entidades o instituciones	8	1	2	0
	Innovación	14. La práctica es creativa y novedosa en su ámbito y contexto	4	4	3	0
	Total			84	40	29

Anexo V. Sumatorio de Buenas Prácticas (continuación)

**B.P.
9**

Desarrollar actividades para trabajar sobre masculinidades con hombres procedentes de países donde se practica la MGF

	Criterios	Consideraciones	Nivel de cumplimiento del criterio			
			Alto	Medio	Bajo	No Aplica
CAD	Eficacia	1. La práctica ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres supervivientes y en riesgo de sufrir MGF y de sus comunidades	8	3	0	0
		2. La práctica contribuye a alcanzar los objetivos del programa de MGF	11	0	0	0
	Pertinencia	3. Esta práctica resulta adecuada al contexto	10	1	0	0
		4. La práctica responde a las necesidades de TdD	7	4	0	0
	Sostenibilidad	5. La práctica contribuye a generar dinámicas y nuevas actitudes a largo plazo en cuanto a la prevención y lucha frente a la MGF	9	1	1	0
MdM	Cambio Social	6. La práctica contribuye a incidir en las causas de la MGF	8	2	1	0
		7. La práctica contribuye a visibilizar y denunciar la práctica de la MGF como una vulneración de derechos	5	6	0	0
	Género y DDHH	8. La práctica promueve la equidad de género	8	2	0	0
		9. La práctica contribuye a incorporar un enfoque de derechos humanos	10	1	0	0
		10. La práctica ha propiciado el empoderamiento	4	5	2	0
	Participación y protagonismo	11. La práctica ha incrementado la participación de TdD	8	2	1	0
		12. La práctica contribuye a incorporar diferentes visiones y referencias culturales	10	0	1	0
	Replicabilidad	13. La práctica puede repetirse en otras localizaciones de MdM, entidades o instituciones	11	0	0	0
	Innovación	14. La práctica es creativa y novedosa en su ámbito y contexto	9	2	0	0
			Total	118	29	6

100



+ 34 91 543 60 33 | www.medicosdelmundo.org