

J. Canimas
M. Clausell
E. Coll
I. Cudinach
M. J. Delgado
R. Hernández
M. Illa
D. Jordan
S. Kande
A. Miras
M. Pla

Mutilación genital femenina. Cinco propuestas de modificación del *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* y algunas reflexiones

Recepción: 11/05/19 Aceptación: 17/09/19

Resumen

Este artículo propone cinco modificaciones del Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina del Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Cataluña (2007). La más destacable tiene que ver con la exploración genital. El Protocolo establece que cuando una menor de edad en situación de riesgo debe realizar un viaje a su país de origen, se le debe realizar una exploración genital antes y después del viaje y no establece la necesidad de pedir el consentimiento libre y informado de las chicas o de sus progenitores, aunque la ley ya obligaba a ello cuando fue redactado y aprobado. La negativa o resistencia de algunas chicas a la exploración genital destapa y plantea cuestiones de poder, apoderamiento, algorimización de la acción profesional y relación de la ética con el trabajo técnico, sobre las cuales el último capítulo hace algunas reflexiones.

Palabras clave

Mutilación genital femenina, infancia, ética aplicada, protocolo, poder.

Mutilació genital femenina. Cinc propostes de modificació del *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina* i algunes reflexions

Aquest article proposa cinc modificacions del Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya (2007). La més destacable té a veure amb l'exploració genital. El Protocol estableix que quan una menor d'edat en situació de risc ha de realitzar un viatge al seu país d'origen, se li ha de realitzar una exploració genital abans i després del viatge i no estableix la necessitat de demanar el consentiment lliure i informat de les noies o dels seus progenitors, tot i que la llei ja hi obligava quan va ser redactat i aprovat. La negativa o resistència d'algunes noies a l'exploració genital destapa i planteja qüestions de poder, empoderament, algorimització de l'acció professional i relació de l'ètica amb el treball tècnic, sobre les quals el darrer capítol fa algunes reflexions.

Paraules clau

Mutilació genital femenina, infància, ètica aplicada, protocol, poder.

Female genital mutilation. Five proposals to amend the "Action protocol to prevent female genital mutilation", and some reflections

This article proposes five amendments to the Government of Catalonia's "Action protocol to prevent female genital mutilation" (former Ministry of Social Action and Citizenship, 2007). The most important concerns genital examination. The protocol states that when a minor in a situation of risk is to travel to her country of origin, she must have a genital examination before and after the visit, but does not establish the need to request the free, informed consent of the girl or her parents, although the law already required this before the text was drafted and approved. The refusal or reluctance of some girls to undergo genital examination reveals and raises questions of power; empowerment, the "algorithmisation" of professional work, and relations between ethics and management work. The closing section of the paper suggests some reflections on this issue.

Keywords

Female genital mutilation, childhood, applied ethics, protocol, power

Cómo citar este artículo:

Canimas Brugué, J.; Clausell Pomés, M.; Coll Capdevila, E.; Cudinach, I.; Delgado Falcón, M. J.; Hernández, R. (...); Pla Turró, M. (2019). Mutilación genital femenina. Cinco propuestas de modificación del *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* y algunas reflexiones. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 73, 165-176.



▲ Introducció

La mutilación genital femenina es una práctica castigada por el artículo 149.2 del Código penal con penas de prisión de seis a doce años

La mutilación genital femenina (a partir de ahora MGF) es una práctica castigada por el artículo 149.2 del Código penal con penas de prisión de seis a doce años y, “si la víctima es menor de edad o una persona con discapacidad necesitada de una protección especial, es aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogida por un tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo considera adecuado al interés del menor o de la persona con discapacidad necesitada de una protección especial”¹.

Desde el año 2005 los delitos contra la libertad e indemnidad sexual cometidos sobre víctimas menores de edad también son punibles si se cometen fuera del territorio español, siempre que, según una modificación realizada en 2014, (1) el procedimiento se dirija contra un español, (2) contra un ciudadano extranjero que resida habitualmente en España, (3) contra una persona jurídica, una empresa, una organización, grupos o cualquier otra clase de entidades o agrupaciones de personas que tengan su sede o domicilio social en España o (4) el delito se haya cometido contra una víctima que, en el momento de la comisión de los hechos, tenga nacionalidad española o residencia habitual en España².

El capítulo 3 del *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* (Generalitat de Catalunya, 2007) (a partir de ahora *Protocolo*) establece cuatro factores de riesgo, que denomina “motivos de atención y posible riesgo”: (i) pertenecer a una etnia que practique la MGF, (ii) pertenecer a una familia en la que la madre y/o las hermanas mayores la hayan sufrido, (iii) pertenecer a un grupo familiar practicante que tiene muy presente el mito del regreso al país de origen y (iv) la proximidad de un viaje al país de origen.

El capítulo 8 del *Protocolo* concreta cinco acciones de protección cuando se detecta una situación de riesgo y la menor de edad tiene previsto viajar a su país de origen: (i) los profesionales sanitarios deben coordinarse con los profesionales de los servicios sociales, escolares y de atención a la infancia y la adolescencia y con las asociaciones del territorio que trabajan en la prevención de la MGF, para conseguir una visita previaje, optimizar los esfuerzos en las intervenciones y facilitar la superación de las reticencias de la familia; (ii) la menor de edad en situación de riesgo debe acudir a la consulta de pediatría para una exploración que garantice su integridad genital; (iii) se debe pedir el compromiso por escrito del padre y de la madre de proteger a su hija durante el viaje al país de origen; (iv) se debe concertar otra visita pediátrica para explorar a la niña a la vuelta y (v) se debe realizar una tarea de información y educación sanitaria a la menor de edad y a su familia sobre las consecuencias físicas, psicológicas y legales vinculadas a la mutilación.

Últimamente los profesionales de servicios sociales nos encontramos con que algunas chicas de entre catorce y dieciocho años que se encuentran en la situación que el *Protocolo* considera de riesgo manifiestan resistencias, o incluso se niegan, a la exploración genital antes y/o después del viaje. Alegan, de una u otra forma, que se vulnera su intimidad y que supone una discriminación respecto a otras chicas que también viajan y no deben someterse a este tipo de exploración. En estas situaciones, la protección de la salud y la integridad física y psicológica de la chica entra en conflicto con su intimidad (la exploración genital), su libertad (no se atiende su voluntad), su integridad moral (lo considera una ofensa) y su igualdad (es una medida que no se aplica a las chicas que se considera que no están en situación de riesgo). Este conflicto no ha sido abordado por la comunidad profesional y el *Protocolo* no lo prevé, a pesar del malestar, de la tensión y de los problemas éticos, jurídicos y psicosocioeducativos que plantea. Este artículo quiere ayudar a encontrar respuestas y promover la revisión del *Protocolo* para mejorarlo.

Este artículo quiere ayudar a encontrar respuestas y promover la revisión del *Protocolo* para mejorarlo

En el análisis realizado del *Protocolo*, nos hemos encontrado con imprecisiones, que proponemos corregir (propuestas 1 y 2). También nos hemos dado cuenta de que, para diagnosticar una situación de riesgo, el *Protocolo* solo tiene en cuenta factores de riesgo, no de protección, algo que proponemos corregir (propuesta 3), y que en algunas situaciones el *Protocolo* empuja a realizar exploraciones genitales que consideramos innecesarias (propuesta 4). Por último, la recomendación 5 consiste en una propuesta de introducir en el *Protocolo* el deber moral y jurídico de pedir el consentimiento libre e informado a las chicas y, en su caso, a sus familias para realizar la exploración vaginal.

Sin embargo, la negativa o resistencia de las chicas a la exploración genital destapa y plantea cuestiones que tienen que ver con el poder de los servicios de salud, sociales y educativos; con el empoderamiento de las chicas y el grito de los desdichados; con la *algorimización* de la acción profesional y el papel de los protocolos, y con el hecho de que la ética es una exigencia incómoda que a veces tensa la acción técnica. En el último capítulo se hace algunas reflexiones sobre estas cuatro cuestiones.

Cinco propuestas de modificación del *Protocolo*

1) Mejorar la precisión en el uso de los conceptos *niño, niña, chica, adolescente y menor*.

Un protocolo debe ser lo más preciso posible, sobre todo cuando aborda situaciones de defensa de derechos fundamentales de personas en situación de vulnerabilidad. El *Protocolo* utiliza los conceptos *niña, chica, adolescente*

y *menor* de forma indiscriminada, y genera imprecisión y confusión. Por ejemplo, habla de “niñas y adolescentes” y más adelante de “adolescentes y mujeres mutiladas”, con lo que genera la duda de si en esta última referencia se incluyen o no a las niñas.

2) Mejorar la precisión de los capítulos 3 (“Motivos de atención y posible riesgo”) y 8 (“Intervención”).

En el capítulo 3, titulado “Motivos de atención y posible riesgo”, se señalan cuatro factores (etnia, miembros de la familia con MGF, voluntad de regreso al país y proximidad del viaje) que, por el título, se deben entender como los factores de riesgo que motivan la atención de los profesionales. Y en el capítulo 8, titulado “Intervención”, hay un apartado, llamado “Situación de riesgo”, en el que se señalan las acciones profesionales a realizar cuando se dan uno, o más, de los factores de riesgo señalados en el capítulo 3.

La distancia entre ambos capítulos, claramente relacionados, y su imprecisión terminológica y explicativa provocan confusiones, de las que cabe destacar las siguientes:

1. El *Protocolo* utiliza los conceptos *riesgo*, *nivel de riesgo* y *posible riesgo* de forma indiscriminada. Con respecto a este último, hay que decir que el riesgo siempre tiene la condición de posible y, por tanto, es un concepto erróneo. Si se quiere hacer referencia a un grado de riesgo, habría que hablar de *sospecha de riesgo*, de *riesgo bajo*, de *riesgo medio*, de *riesgo alto*, etc.
2. El capítulo 3 no contiene lo que el título anuncia (“Motivos de atención y posible riesgo”), sino factores de riesgo que, en caso de darse, motivan las intervenciones profesionales que se concretan en el capítulo 8, titulado “Intervención”.
3. En el capítulo 8 se concretan, entre otras cosas, las intervenciones que deben realizar los profesionales de la salud cuando se dan el primer y segundo factor de riesgo (etnia y miembros de la familia con MGF). En esta parte se dice que se debe

detectar el nivel de riesgo a partir de la entrevista clínica con la niña y su familia, considerando y evaluando, entre otros: las costumbres del grupo al que pertenecen en el país de origen, la presión del contexto cultural, las actitudes y las intenciones a corto y largo plazo de la familia inmediata y extensa.

En esta parte del *Protocolo* se debería:

- 3.1. Evitar la expresión *entre otros* e identificar cuáles son. En temas tan importantes como detectar el nivel de riesgo en que se encuentra una chica, los indicadores que hay que considerar y evaluar deben quedar claramente identificados.

- 3.2. Aumentar la precisión descriptiva de cada indicador.
- 3.3. Agrupar o relacionar estos indicadores con los cuatro factores de riesgo señalados en el capítulo 3 (etnia, miembros de la familia con MGF, voluntad de regreso al país y proximidad del viaje). Eso evitaría posibles repeticiones (por ejemplo, el indicador “costumbres del grupo al que pertenecen en el país de origen”, que se señala en el capítulo 8, no parece diferir mucho del factor de riesgo “pertenecer a una etnia que practica la MGF” que se señala en el capítulo 3) y no dispersaría lo que debe ir junto.
4. En la parte del capítulo 8 que motiva la exploración genital por parte de los profesionales de la salud, parece entenderse que para hacerla se deben cumplir los cuatro factores de riesgo, pero no queda claro. Si a ello le añadimos que, a veces, es difícil determinar el segundo y tercer factor de riesgo (miembros de la familia con MGF y voluntad de regreso al país), puede ocurrir que la exploración genital se realice solo a partir del primer y cuarto factor de riesgo (etnia y proximidad del viaje), lo cual puede producir una especie de “persecución por el origen”.

3) Introducir factores de protección para determinar la situación de riesgo.

Para determinar una situación de riesgo, consideramos que también hay que tener en cuenta los factores de protección. En la situación que nos ocupa, entendemos por factores de riesgo “las condiciones o circunstancias del niño, la familia o su entorno que pueden contribuir a hacer aparecer o aumentar una situación perjudicial para el niño” y como factores de protección “las condiciones o circunstancias que potencian el desarrollo del niño o adolescente y reducen las probabilidades de que aparezca una situación de riesgo o desamparo”³.

En una primera aproximación, consideramos que los factores de protección podrían ser los seis siguientes: (i) la familia reconoce y respeta los derechos básicos de la infancia; (ii) la familia está arraigada en el territorio y se manifiesta de forma sincera contraria a la práctica de MGF; (iii) la familia está vinculada a diferentes profesionales y servicios del territorio; (iv) la familia ha viajado muchas veces al país de origen sin que se haya producido la MGF a ninguna de las hijas y considera, de forma informada y consciente, que no hay peligro de que se produzca; (v) la menor de edad es madura: tiene capacidad de autogobierno, capacidad crítica, conoce sus derechos y los riesgos de la práctica de MGF y considera, de forma informada y consciente, que no hay peligro de que se produzca, y (vi) la menor de edad está vinculada a su grupo de iguales y/o a otros agentes del entorno.

Para determinar una situación de riesgo, consideramos que también hay que tener en cuenta los factores de protección

4) Prever la posibilidad de que la exploración genital de antes del viaje no se haga si hay un seguimiento pediátrico periódico.

Como hemos dicho, el *Protocolo* establece que ante la proximidad del viaje «es necesario que la niña sea visitada en la consulta de pediatría antes de que se vaya para poder garantizar la integridad genital y pactar su preservación cuando regrese». Atendiendo al principio de reducir lo mínimo las exploraciones médicas periciales, consideramos que esta exploración genital no es necesaria si la menor de edad ha nacido en Cataluña o hace muchos años que vive en Cataluña y ha realizado las revisiones pediátricas periódicas establecidas, que suponen un control de la ausencia de MGF.

5) Introducir: (a) que, si la chica tiene más de dieciséis años, la exploración genital requiere su consentimiento jurídico⁴ libre e informado; (b) que, si tiene menos de dieciséis años, es necesario su consentimiento y el consentimiento jurídico libre e informado de los progenitores; e (c) indicaciones para el supuesto que no se quiera dar el consentimiento.

El *Protocolo* no tiene en cuenta lo establecido en diferentes leyes nacionales e internacionales: el derecho de los niños a ser escuchados

El *Protocolo* no tiene en cuenta lo establecido en diferentes leyes nacionales e internacionales: el derecho de los niños a ser escuchados; que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos, sobre todo en situaciones de violencia, y que para cualquier intervención en la salud de una persona es necesario su consentimiento jurídico libre e informado si es mayor de dieciséis años y el de sus progenitores si tiene menos de dieciséis años.

El interés superior del niño y tener en cuenta su opinión en todas las decisiones que le afecten son dos principios interrelacionados que, desde la *Convención sobre los Derechos del niño* (1989), marcan una nueva relación con la infancia. La *Observación general núm. 13 (2011) de la ONU (CR-C/C/GC/13) sobre el derecho del niño a no ser objeto de ningún tipo de violencia* dice que «el derecho del niño a ser escuchado es particularmente importante en situaciones de violencia», como también lo es su participación en la formulación de estrategias para prevenirlas y eliminarlas. Asimismo, señala que, dado que la experiencia de la violencia es intrínsecamente inhibidora, “hay que actuar con sensibilidad y de forma que las intervenciones de protección no tengan el efecto de inhibir aún más a los niños, sino que contribuyan positivamente a su recuperación y reintegración mediante una participación cuidadosamente facilitada” (§63).

El artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor dice que “las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores deben interpretarse de forma restrictiva y, en todo caso, siempre en el interés superior del menor” y que a los efectos de la interpretación y aplicación en cada caso

del interés superior del menor se deben tener en cuenta, entre otros criterios, “b) La consideración de los deseos, los sentimientos y las opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior”.

La Ley catalana 14/2010 de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia dice que el interés superior del niño o adolescente debe ser el principio inspirador de las actuaciones públicas y de las decisiones y las actuaciones que les conciernen, y que para determinar este interés superior “se debe tener en cuenta su opinión, sus anhelos y aspiraciones, y también su individualidad dentro del marco familiar y social” (art. 5), y que “los niños y los adolescentes, de acuerdo con sus capacidades evolutivas y con las competencias alcanzadas, y en cualquier caso a partir de los doce años, deben ser escuchados tanto en el ámbito familiar, escolar y social como en los procedimientos administrativos o judiciales en que se encuentren directamente implicados y que conduzcan a una decisión que afecte al entorno personal, familiar, social o patrimonial” (art. 7).

El artículo 6 de la Ley catalana 21/2000 sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente dice que “cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre y haya sido informada previamente”, y el 7.d, que “en el caso de menores, si éstos no son competentes, ni intelectual ni emocionalmente, para comprender el alcance de la intervención sobre la propia salud, el consentimiento lo dará el representante del menor, habiendo escuchado, en todo caso, su opinión si es mayor de doce años. En el resto de casos, y especialmente en casos de menores emancipados y adolescentes de más de dieciséis años, el menor tiene que dar personalmente su consentimiento”. También lo señala el Código civil de Cataluña en el artículo 212-2, que dice lo siguiente:

1. Las personas mayores de dieciséis años y las menores que tengan una madurez intelectual y emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención en su salud deben dar el consentimiento por sí mismas, salvo en los casos en que la legislación de ámbito sanitario establece otra cosa.

Por lo tanto y en cuanto a la exploración vaginal, el *Protocolo* debería tener en cuenta que, si la chica es mayor de dieciséis años, es necesario su consentimiento jurídico; que, si tiene menos de dieciséis años, es necesario su consentimiento y el consentimiento jurídico de sus progenitores, y los procedimientos a seguir cuando la chica o sus progenitores, en su caso, se niegan a darlo.

Se precisa una acción socioeducativa dirigida a la chica y a su familia, en la que puede intervenir el Ministerio Fiscal y, llegado el caso, el juez

Si se da el caso de que la chica o sus progenitores no autorizan la exploración, los profesionales deben estar atentos para detectar si la chica tiene suficiente información y capacidad reflexiva para entender la situación (madurez) y que la negativa o resistencia no responde a coacciones externas. Esta valoración es una tarea compleja y debe ser fruto de una relación de seguimiento, conocimiento y vinculación con la chica y su contexto familiar y social, con la implicación de los diferentes servicios que intervienen. En estos supuestos, se precisa una acción socioeducativa dirigida a la chica y a su familia, en la que puede intervenir el Ministerio Fiscal y, llegado el caso, el juez.

Poder, empoderamiento, algorimización de la acción profesional y relación entre ética y técnica

La voz de las chicas que no aceptan o se resisten a las indicaciones de los profesionales de someterse a una exploración genital motiva, al menos, la reflexión y alerta en cuatro cuestiones.

1. El poder de los servicios de salud, sociales y educativos. En la situación analizada, el poder de los profesionales y del *Protocolo* se manifiesta en forma de paternalismo: la ley establece que cualquier intervención en la salud de una persona necesita su consentimiento jurídico libre e informado si es mayor de dieciséis años y el de sus progenitores si tiene menos de dieciséis, pero dado que informar de este derecho y respetarlo puede complicar los procedimientos de protección, se opta por ignorarlo por el bien de las chicas. La aceptación silenciosa y obediente de la exploración genital por parte de las chicas y sus familias es también una muestra de este poder.

Sería equívoco considerar que el poder es algo siempre maléfico que se debe evitar

Sería equívoco considerar que el poder es algo siempre maléfico que se debe evitar. *Poder* es poder hacer algo. Quien no puede hacer nada, dice Hans Jonas (1997), no tiene responsabilidades de nada. Lo importante es el servicio de quién o de qué y cómo se utiliza el poder (Canimas, 2018). Los profesionales de los servicios de salud, sociales y educativos tienen y deben tener el poder de ayudar a las personas y, en la situación que nos ocupa, la responsabilidad de proteger las chicas que están en situación de riesgo, empoderarlas y respetar sus derechos.

Sin embargo, el consentimiento no es solo y principalmente un deber jurídico: es una obligación moral de reconocimiento y un instrumento educativo capital para el empoderamiento de las personas.

2. El empoderamiento de las personas. Demasiado a menudo se hace necesario que las personas protesten o reclamen sus derechos para que se les escuche y se hagan efectivos. Este mismo artículo lo ejemplifica: ha sido motivado por la negativa o resistencia de algunas chicas a someterse a la exploración genital. Mientras se mantenían silenciosas y obedientes, nadie consideraba que el *Protocolo* no cumple la ley, ni la obligación moral, educativa y jurídica de pedir permiso.

Empoderarse significa prevenirse de poder, de fuerzas, de medios. Participar activamente en lo que afecta a la persona, hacer valer la propia voz. Simone Weil (2019) dice que la noción de derecho es extraña a los pobres y desgraciados, que emplean más pronto el silencio, el grito o la negación para expresar su dolor. En este sentido, es de celebrar el empoderamiento de las mujeres que se niegan a la exploración genital y hay que verlo como una oportunidad para avanzar en el autogobierno responsable de los niños, que es un factor importantísimo para su protección.

En toda intervención educativa y social, los objetivos son importantes pero también lo es la forma de conseguirlos y, a veces, los objetivos se consiguen en los procesos. En la problemática que nos ocupa, se puede considerar que la aceptación silenciosa y obediente de la exploración vaginal consigue el objetivo o uno de los objetivos de protección. Pero cuando una chica se niega o se resiste a hacerse la revisión vaginal diciendo que no ha sido mutilada y reclamando el respeto a su intimidad, libertad, integridad moral e igualdad, es también una gran oportunidad socioeducativa para su empoderamiento y capacidad de autoprotección que el *Protocolo* debería contemplar.

3. La *algorización* de la acción profesional. Los protocolos son necesarios, pero se pueden convertir en algoritmos mecánicos de los que los profesionales son meros ejecutores. Un protocolo está al servicio del profesional, no al revés. Cuando el profesional se convierte en una simple pieza del engranaje de un protocolo, este protege su incompetencia. Seguir al pie de la letra el actual *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* permite abolir las obligaciones morales y educativas y el deber jurídico del consentimiento libre e informado.
4. La ética es una exigencia incómoda. Lo que técnicamente es lo mejor, no siempre es éticamente correcto. En la situación que nos ocupa, si solo se tiene en cuenta la protección de las chicas, la complejidad de la acción técnica es mucho menor que si se añaden los valores de intimidad, libertad, integridad moral e igualdad. El *Protocolo* se ha demostrado eficaz en la prevención de la MGF, pero hay que buscar respuestas técnicas que mantengan e incluso aumenten el grado de protección de las niñas y chicas y, a la vez, respeten y profundicen en sus derechos y los de los progenitores.

Los protocolos son necesarios, pero se pueden convertir en algoritmos mecánicos de los que los profesionales son meros ejecutores. Un protocolo está al servicio del profesional, no al revés

Joan Canimas Brugué
Doctor en Filosofia
Profesor de la Universidad de Girona
Miembro del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Catalunya
Joan.canimas@udg.edu

Mireia Clausell Pomés
Trabajadora social de los Servicios Sociales Básicos
Miembro del Espacio de Reflexión y Acción Ética
Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
Mireia.clausell@cbs.cat

Eva Coll Capdevila
Psicóloga de la EAIA - Gironès
Miembro del Espacio de Reflexión y Acción Ética
Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
Eva.coll@cbs.cat

Isabel Cudinach
Educatrice social de los Servicios Sociales Básicos
Miembro del Espacio de Reflexión y Acción Ética
Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
Isabel.cudinach@cbs.cat

Maria José Delgado Falcón
Administrativa i miembro del Espacio de Reflexión y Acción Ética
Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
Mari.delgado@cbs.cat

Rosa Hernández
Trabajadora social de los Servicios Sociales Básicos
Miembro del Espacio de Reflexión y Acción Ética
Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
Rosa.hernandez@cbs.cat

Montse Illa Creixell
Antropóloga social
Educatrice social de los Servicios Sociales Básicos
Miembro del Espacio de Reflexión y Acción Ética
Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
Montse.illa@cbs.cat

Dolors Jordan Vendrell
Trabajadora social de los Servicios Sociales Básicos
Miembro del Espacio de Reflexión y Acción Ética
Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
Dolors.jordan@cbs.cat

Sira Kande Diamanka
 Graduada en Ciencias políticas i administració pública
 Técnica de acojida i mediadora comunitaria de Vincle
 Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
 sirakande@gmail.com

Alba Miras Arpi
 Trabajadora social de los Servicios Sociales Básicos
 Miembro del Espacio de Reflexión y Acción Ética
 Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
 Alba.miras@cbs.cat

Mercè Pla Turró
 Educadora social de los Servicios Sociales Básicos
 Miembro del Espacio de Reflexión y Acción Ética
 Consorci de Benestar Social Gironès-Salt
 Merce.pla@cbs.cat

Bibliografía

Canimas Brugué, J. (2018). Apuntes sobre el poder (hacer). *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, abril 2018, núm. 212, p. 47-56.

Generalitat de Catalunya (2007). *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/05immigracio_refugi/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Protocol_mutilacio_catala.pdf

Jonas, H. (1997). *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de la responsabilidad*. Barcelona: Paidós, 1997 (1985).

Ley orgánica 6/1985, de 1 de julio, del poder judicial. Boletín Oficial del Estado, 2 de julio de 1985, núm. 157.

Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal. Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995, núm. 281.

Ley orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Boletín Oficial del Estado, 30 de septiembre de 2003, núm. 234.

Ley orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la ley orgánica 6/1985, de 1 de julio, del poder judicial, para perseguir extra territorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. Boletín Oficial del Estado, 9 de julio de 2005, núm. 163.

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. Boletín Oficial del Estado, 14 de marzo de 2014, núm. 63.

Ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal. Boletín Oficial del Estado, 31 de marzo de 2015, núm. 77.

Orden BSF/331/2013, de 18 de diciembre, por la que se aprueban las listas de indicadores y factores de protección de los niños y adolescentes. Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña, 30 de diciembre de 2013, núm. 6530.

Weil, S. (2019). *La persona y lo sagrado*. Madrid: Hermida Editores SL, 2019 (1957).

-
- 1 La modificación del artículo 149 del Código penal se produjo en 2003, a través de 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. En 2015, el término *persona con discapacidad necesitada de especial protección* sustituyó el término *incapaz* del artículo 149.2 (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal).
 - 2 La Ley orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley orgánica 6/1985, de 1 de julio, del poder judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina, añadió el epígrafe g) en el apartado 4 del artículo 23 de la Ley orgánica 6/1985, del poder judicial, que trata sobre las competencias de la jurisdicción española para conocer los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio español susceptibles de tipificarse según la ley penal española. Este epígrafe decía: “g) Los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables estén en España”. Posteriormente, 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 modificó de nuevo el apartado 4 del artículo 23 de la Ley orgánica 6/1985, del poder judicial.
 - 3 Artículo 1 de la Orden BSF/331/2013, de 18 de diciembre, por la que se aprueban las listas de indicadores y factores de protección de los niños y adolescentes del Departamento de Bienestar Social y Familia.
 - 4 Desgraciadamente, en algunos contextos lingüísticos *consentimiento* ha acabado teniendo un significado exclusivamente jurídico, aunque algunas disciplinas, por ejemplo la ética, la urbanidad y la pedagogía, llevan mucho tiempo considerando que es un aspecto básico y deseable en todas las acciones que afectan a una persona, sea cual sea su edad y condición. Es por ello que, a veces, se hace necesario distinguir entre *consentimiento* y *consentimiento jurídico*, el primero para referirnos a un acto moral y educativo siempre deseable y el segundo para referirnos a un acto necesario en aquellas situaciones en las que la ley así lo establece.
-