



 **FUNDACIÓN
WASSU UAB**



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

www.mgf.uab.cat/esp/index.html

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA MANUAL PARA PROFESIONALES EN ANDALUCÍA

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA - MANUAL PARA PROFESIONALES EN ANDALUCÍA





© Fundación Wassu 2017
Edificio Módulo A Parc de Recerca (MRA)
Universitat Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra (Barcelona) – España
<http://www.mgf.uab.es>
fundacion.wassu@uab.cat

Diseño gráfico y maquetación:
Víctor Ávila Morera

Impresión:
Gandulfo Editores

Fotografía de la portada:
Wassu Gambia Kafo

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA **Manual para profesionales en Andalucía**

Dirección:

Adriana Kaplan Marcusán (IP) Antropóloga

Coordinación:

Nora Salas Seoane Psicóloga
Neus Aliaga Figueras Antropóloga

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales:

Anna Aguilar Margalejo Médico de familia
Lourdes Franco López Médico de familia
Isabel González Castillos Educadora en salud sexual y reproductiva
Tamara Jiménez Pascua Médico de familia
Antonio López Gay Demógrafo
Aina Mangas Llompart Enfermera y Antropóloga
Montserrat Masamunt Paris Médico de familia
Anna Moyà Martínez Pediatra

Colaboradores

Montserrat Antón i Rosera Pedagoga
Lourdes Aramburu Oztazu Trabajadora social y psicóloga
Luz García Álvarez Jurista
Fátima León Larios Matrona y Antropóloga
Cristina Seoane Hening Psicóloga Clínica

Presentación	7
1. Introducción a la Mutilación Genital Femenina	11
1.1. Mutilación Genital Femenina.....	11
1.2. Una mirada antropológica	13
1.3. Tipología	18
1.4. Consecuencias para la salud.....	23
1.5. Geografía y prevalencia de la MGF	26
2. Geografía y prevalencia de la MGF en Andalucía	33
3. Antecedentes de trabajo sobre MGF en Andalucía	55
3.1. Antecedentes de trabajo	55
3.2. Protocolos y herramientas existentes en materia de MGF	56
3.3. Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales	57
3.4. Sentencias y casos	59
3.5. Agentes clave para la prevención	60
4. El rol profesional en atención y prevención de la MGF	63
4.1. El abordaje a la MGF	64
4.2. Intervención preventiva de la MGF.....	66
4.3. Escenarios de la MGF.....	72
4.4. Cómo construir un diálogo intercultural.....	74
4.5. Materiales para la intervención con familias.....	78
4.6. Cuestiones éticas y dilemas profesionales.....	80

5. Intervenciones desde los servicios de salud	83
5.1. Tipos de intervención desde los servicios de salud	84
5.2. Pediatría.....	85
5.3. Medicina y enfermería de familia y comunitaria.....	93
5.4. Salud sexual y reproductiva.....	94
5.5. 10 propuestas para la atención primaria de la MGF	103
6. Intervenciones desde los servicios sociales	105
6.1. El rol del/la profesional en los servicios sociales.....	105
6.2. Niveles de intervención y coordinación.....	107
6.3. Aproximación psicológica a la MGF.....	110
7. Intervenciones desde el medio escolar	115
7.1. El papel de la escuela en la prevención de la MGF.....	115
7.2. Cómo aproximarse a la MGF.....	117
7.3. Identificación de situaciones y apoyo a las niñas y a sus familias en la escuela	118
8. Marco jurídico	123
8.1. Derechos Humanos y MGF.....	123
8.2. Marco Jurídico en África.....	125
8.3. Marco Jurídico en España.....	127
8.4. Derecho de Asilo en España.....	130
9. Bibliografía	135

P

PRESENTACIÓN

La Consejería de Justicia e Interior tiene encomendadas las funciones de impulso y coordinación de las políticas públicas de la Junta de Andalucía en atención a las consecuencias sociales de la realidad migratoria, así como la propuesta y ejecución de actuaciones dirigidas a la integración de la población inmigrante en Andalucía mediante el fomento de la convivencia, del respeto a la diversidad y de las relaciones interculturales.

Una de las actuaciones prioritarias en este ámbito ha sido y es la **formación de profesionales** para mejorar la atención que se presta hacia población de origen inmigrante y sus familias. Para ello, el conocimiento de las diferentes culturas presentes en Andalucía resulta ser una herramienta fundamental, así como el despliegue y el desarrollo de habilidades y de estrategias que coadyuven, en la práctica profesional, y contribuyan a una eficaz y efectiva inserción social de estas personas migradas.

La experiencia acumulada durante los veinticinco años de Políticas Públicas de atención a la población inmigrante en Andalucía nos confirma la necesidad de trabajar en comunidad con todo el conjunto y ámbitos de la sociedad; Trabajar promoviendo el entendimiento, el diálogo y la convivencia, en un contexto de diversidad como el de Andalucía, preservando los principios que inspiran nuestro orden constitucional: en la igualdad de género y el respeto a las diferencias.

Esto ha propiciado que, desde esta Consejería de Justicia e Interior, nos hayamos decidido a apoyar la elaboración de un Manual para profesionales que trabaje la prevención de la Mutilación Genital Femenina en el colectivo de mujeres migradas en Andalucía.

La mutilación genital femenina (MGF) es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Esta práctica constituye una forma extrema de violencia contra la salud, la seguridad y la integridad física de éstas. Y para erradicarla es necesario promover los derechos humanos y la igualdad de género en las comunidades donde residen y en sus países de origen en que perdura esta execrable práctica.

A nivel mundial, se calcula que hay al menos 200 millones de niñas y mujeres mutiladas. Y en la actualidad, se calcula que cada año se mutilan los genitales a tres millones de niñas. Esta práctica ancestral tiene un fuerte arraigo en 28 países del África subsahariana, siendo Somalia (98%), Guinea (97%) y Djibouti (93%) los países con la prevalencia más alta, entre mujeres y niñas de entre 15 y 49 años. Si la tendencia actual continúa, para 2030 aproximadamente 86 millones de niñas en todo el mundo sufrirán algún tipo de mutilación genital.

El Parlamento de la Unión Africana ha avalado la prohibición de la mutilación genital femenina en todo el continente. Aunque el Parlamento Panafricano, con sede en Sudáfrica, sólo tiene carácter consultivo y asesor y no legislativo, esta decisión supone un espaldarazo a la creciente adopción de medidas por buena parte de los países afectados, que obedece tanto al trabajo y las presiones ejercidas por los organismos internacionales, como a la lucha que desde hace décadas lideran asociaciones africanas de defensa de los derechos de la mujer y la infancia.

La comunidad internacional ha de realizar esfuerzos, promoviendo el diálogo social y en el empoderamiento de las comunidades, para actuar colectivamente y poner fin a la práctica. Diversas agencias de Naciones (UNICEF, UNFPA, OMS, ONU Mujeres, etc.) han liderado conjuntamente el mayor programa a escala mundial para acelerar la eliminación de la mutilación genital femenina. El programa se centra actualmente en 17 países de África y también es compatible con las iniciativas regionales y globales. El tema de 2017 es **«Construir un puente sólido e interactivo entre África y el mundo para acelerar la erradicación de la mutilación genital femenina antes del 2030»**.

Con la diáspora africana, la MGF se ha extendido a países europeos, entre ellos, España, donde se configura también como un reto para la preservación de la salud y los derechos de niñas y mujeres. Conocer las raíces de la MGF, el contexto en el que se producen y las consecuencias en la calidad de vida se convierte en una necesidad para los/las profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales, que debe integrarse en el trabajo diario de sus profesionales como referentes, de primera línea, mediante el abordaje respetuoso y pertinente de esta cuestión.

La Junta de Andalucía ha apoyado la realización de este manual para profesionales para facilitar la comprensión, la atención y la prevención de la mutilación genital femenina (MGF), dado que gran parte de la población de origen inmigrante asentada en esta Comunidad Autónoma procede de países en los que está presente esta práctica.

El trabajo realizado por la Fundación Wassu, que ha tenido al frente a la doctora en antropología Adriana Kaplan Marcusán, permitirá contar con una guía práctica para el abordaje de las consecuencias y la prevención con las familias y a las comunidades. El manual quiere ser una herramienta útil para reforzar el enfoque preventivo de la MGF, considerada no como un problema puntual de salud, sino como un asunto comunitario donde las y los profesionales en contacto con las familias africanas tienen un rol fundamental.

*El Director General de Coordinación de Políticas Migratorias
Consejería de Justicia e Interior
Junta de Andalucía*

1

INTRODUCCIÓN A LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

-
- I.1. Mutilación Genital Femenina
 - I.2. Una mirada antropológica
 - I.3. Tipología
 - I.4. Consecuencias para la salud
 - I.5. Geografía y prevalencia de la MGF
-

I.1. Mutilación genital femenina

La **Mutilación Genital Femenina (MGF)** es una práctica cultural tradicional con fuertes raíces ancestrales, respaldada por un complejo sistema simbólico. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos” (OMS, 2016).

La MGF está presente en 30 países del África Subsahariana, Oriente Medio y Asia y su prevalencia varía entre países y grupos étnicos. Con los movimientos migratorios, **lo que un día fue local, hoy es global, y la práctica está en diáspora a nivel mundial** (Europa, Estados Unidos de América, Australia, entre otros). Se estima que a 200 millones de mujeres se les ha realizado una MGF y que 3 millones de niñas están en riesgo cada año (UNICEF, 2016).

La MGF se encuentra profundamente arraigada en las estructuras sociales, políticas y económicas de las sociedades practicantes, envuelta en un complejo entramado de creencias, simbolismos y significados culturales que la mantienen y dificultan su abandono. Se practica a **niñas de entre 0 y 15 años, generalmente antes de la primera menstruación.**

En ocasiones, tiene lugar en el marco de un rito de paso de la infancia a la edad adulta, y supone un componente fundamental en el proceso de socialización infantil, esencial para la distinción entre mujeres y hombres: confirma la femineidad de las mujeres y otorga identidad étnica y de género. En este contexto, **la MGF no se percibe como un maltrato en el ideario de las comunidades practicantes,** tampoco como un resultado de las estructuras patriarcales de control sobre las mujeres, ni se relaciona

con las consecuencias para la salud que se derivan de ésta. Es una práctica de las mujeres para las mujeres, con la única intención por parte de las madres y abuelas de garantizar la inclusión de sus hijas y nietas en la comunidad. Otras veces, se realiza en la creencia que es una obligación o recomendación religiosa.

En la esfera internacional, se reconoce la MGF como una forma de violencia de género y una violación de los derechos humanos con graves implicaciones sanitarias y psicosociales: viola los derechos de mujeres y niñas a la integridad física y mental, afectando directamente a su salud sexual y reproductiva y resultando en la perpetuación de las desigualdades de género. Existen diversos instrumentos y tratados internacionales y regionales que regulan la protección de los derechos humanos vulnerados y que varios países han ratificado. Sin embargo, éstos deben ir acompañados de un trabajo de sensibilización y educación.

El término “Mutilación Genital Femenina” (MGF) se empieza a usar en los años 70’ por activistas feministas con el propósito de poner énfasis en aspectos de violación de derechos humanos de las mujeres y las niñas. En los 90’, la OMS y organismos de Naciones Unidas adscriben el término para referirse a la práctica a nivel internacional. También ha sido denominada como “circuncisión femenina” (CF), o “circuncisión”, término defendido por posiciones relativistas y usado a menudo por las comunidades. Se recomienda el uso de expresiones neutras como “corte” o “mujer cortada”, que se perciben como más respetuosas por parte de los grupos practicantes (Kaplan, 2003).

La MGF es un tema extremadamente complejo, delicado y politizado, difícil de entender solamente a través de definiciones normativas, clasificaciones y delimitaciones geográficas. Es necesario **contar con una mirada antropológica del fenómeno para obtener un mayor entendimiento de la práctica y poder abordar el tema con conocimiento y respeto.**

¿Sabías que...?

El origen de esta tradición es impreciso. **Algunos creen que empezó en el antiguo Egipto**, por la persistencia actual de la práctica en el país. Otros, que fue durante el comercio de mujeres esclavas negras que entraban en las sociedades árabes antiguas, en algunas tribus sub-saharianas (previo a la llegada del Islam) o por parte de algunos grupos étnicos que lo introdujeron como parte de los ritos de pubertad. El primer autor que habla de la clitoridectomía en Egipto es Estrabón (geógrafo griego que vivió entre mediados del siglo I a.C. y comienzos del I d.C., y que visitó Egipto el año 25 a.C) en un momento en que Egipto hacía tres siglos que estaba bajo dominio griego.

Posiblemente la MGF ya se practicaba antes de la llegada de los griegos y fue vista no como un procedimiento médico per se, sino quizás **como un rito religioso asociado a la vida del templo.** Seguramente, la coexistencia de razones médicas, clínicas y curativas con otras de rituales sociales y morales favorecieron la continuación, la expansión y la difusión de la práctica (Knight, 2001: 329).

Herodotus hace referencia a **la higiene y limpieza como razones principales** por las cuales los egipcios practicaban esta costumbre. Philo Judaeus cita cuatro razones en su obra “De specialibus legibus” para **la circuncisión masculina, que se equipara a la femenina:** la higiene, la prevención de enfermedades, hacer que los órganos sexuales (que generan vida material), igual que el corazón (órgano que permite tener una vida espiritual a través de lo divino), no tengan ningún elemento que los obstruya y el incremento de la fertilidad (en el caso de los hombres, bajo la creencia que el prepucio dificulta el paso del semen) (Knight, 2001:334-336).

1.2. Una mirada antropológica

La MGF tiene un gran significado simbólico para las comunidades que la practican.

En África, se vincula con dos valores básicos de la cultura: el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la complementariedad entre los sexos. En algunas sociedades, la práctica sigue formando parte de ceremonias de iniciación a la edad adulta, influyendo directamente en la **construcción de los roles y el estatus de las mujeres, otorgando identidad étnica y de género.** Transmite un sentimiento de orgullo y de pertenencia al grupo, y se convierte en la **prueba física que garantiza la femineidad de la niña** y la obtención del conocimiento necesario para poder pertenecer a la comunidad y al mundo secreto de las mujeres (Kaplan, 1998; Kaplan, et al., 2013a).

Algunos motivos que justifican la perpetuación de la práctica son: la **necesidad de mantener la tradición** (“siempre se ha hecho así”, “es algo habitual”, “es natural”) y **la religión** (“es una Sunna”, “es una obligación religiosa”); **las razones higiénicas** (“es más limpio”) y **los motivos estéticos** (“el clítoris puede crecer demasiado, como un pene”); **la protección de la virginidad y la prevención de la promiscuidad** (“una mujer que no está cortada tiene un deseo sexual incontrolable y perderá la virginidad prematuramente”); **la preservación del honor de la familia;** una mayor garantía de **acceder a un matrimonio “apropiado”;** y/o **el incremento de la fertilidad** (“reduce el nacimiento de fetos muertos”, “las mujeres podrán tener más bebés”) y **de la fecundidad** (“los genitales externos pueden provocar la muerte, deformidades físicas o mentales del bebé en el momento de nacer”) (Kaplan, 1998; Kaplan, Hechavarría y Puppo, 2015: 29-32).

- **“Lo dice la tradición”**

Con el fin de garantizar que las niñas se preparen para la vida adulta y para el matrimonio, sin ser excluidas de la comunidad, las familias continúan ejerciendo esta práctica como una tradición que se vive como un ritual necesario. A veces, la práctica se ve como un rito de transición que, madres y abuelas, organizan para presentar a sus hijas y nietas a la sociedad, con la intención de ofrecerles la mejor educación e integración. Hay variaciones del momento en el que se realiza (desde los siete días después del nacimiento hasta la pubertad), aunque se suele hacer antes de la primera menstruación (en función del grupo étnico al cual se pertenezca). Actualmente, se está observando una reducción de la edad en la que se practica la MGF, dando más importancia al “corte” y no tanto al “ritual” que la envuelve (Kaplan, Hechavarría y Puppo, 2015).

- **“Lo dice la religión”**

La MGF se realiza en muchas sociedades, entre las cuales hay comunidades musulmanas, cristianas coptas y judías *falasha* (por ejemplo, en Egipto y Etiopía, respectivamente). El desconocimiento de los orígenes de la práctica ha derivado en que algunas de las comunidades la vinculen con la religión, aunque ni la Biblia ni El Corán la suscriban. En las sociedades musulmanas, por ejemplo, se considera una *sunna*, es decir, una tradición religiosa que se traduce como “todo lo que es bueno para Dios”. Aun así, escuelas y autoridades islámicas han demostrado su actitud positiva frente al abandono y condenan la práctica cuando se les presenta la oportunidad para expresar su opinión (Gomaa, 2013).

Es importante resaltar que la MGF es una práctica pre-islámica y que el Corán no hace mención ni alusión en ningún versículo a ella. En el caso de la circuncisión masculina, la Biblia sí lo hace para los hombres, en el Antiguo Testamento (Génesis, Levítico, Deuteronomio, Éxodo, etc.). Lo que en el caso de los hombres responde a una obligación del Islam, en las mujeres responde a una obligación social.

- **“Es más higiénico y estético”**

Las comunidades practicantes perciben los genitales externos de las mujeres como partes del cuerpo que son antiestéticas y sucias. Por este motivo, el hecho de modificarlos hace que las niñas se vean “limpias” y “bonitas” y se entiende como la eliminación de los “elementos masculinos” que los conforman, como por ejemplo el clítoris. Se cree que el clítoris puede crecer como el pene. La infibulación se realiza para “alisar” los genitales y así conseguir que la mujer/niña cumpla con el estándar de belleza de su comunidad, se cree que la MGF incrementa el deseo sexual de los hombres. En determinadas sociedades ingerir la comida preparada por una mujer no circuncidada es un tabú. Una mujer no circuncidada a través de su impureza contamina los alimentos (Kaplan, 1998; Johnsdotter y Essén, 2010).

A los hombres también se los circuncida por una cuestión de higiene: un hombre circuncidado es un hombre limpio. Sin embargo, una de las diferencias fundamentales que existe entre ambas circuncisiones viene dada por el carácter religioso que estas culturas confieren a cada una de ellas.

- **“Preserva la virginidad, previene la promiscuidad y el honor de la familia”**

En algunas sociedades, la virginidad femenina es un requisito previo e indispensable para poder casarse y del cual depende el honor de la familia. Existe la creencia que la MGF garantiza la virginidad de la niña y que solo las mujeres circuncidadas son consideradas aptas para el matrimonio. En cambio, se piensa que las niñas que no han sido sometidas a la MGF tienen impulsos sexuales incontrolables, promoviendo la promiscuidad, lo que constituye una deshonra para la familia.

- **“Incrementa la fertilidad y potencia la fecundidad”**

Se cree que, si la mujer estrecha el orificio vaginal mediante la infibulación, puede aumentar el placer sexual masculino, reduciendo el riesgo de divorcio o infidelidad por parte del marido.

Algunas comunidades creen que, si el bebé toca con la cabeza el clítoris de la madre en el momento de nacer, puede provocar su muerte (mortalidad en primigrávidas) o le puede producir deformidades físicas o mentales.

La MGF como rito de paso

En términos culturales y sociales, la “circuncisión”, tanto femenina como masculina, forma parte del rito de paso a la edad adulta, siendo este ritual imprescindible para el acceso futuro de los niños y las niñas al mundo de los adultos.

Los ritos de iniciación, no son ritos de pubertad física porque **no coinciden con la pubertad fisiológica, sino con una pubertad social** cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, de la localización territorial de éstas y de la densidad demográfica de los grupos.

¿Sabías qué...?

Para el pueblo Dogón (en Malí), **la MGF define a una persona como hombre o mujer**. El mito de la cosmogonía dogón narra que la primera MGF de la historia ocurrió cuando el dios del cielo, masculino, intentó aparearse con la Tierra, femenina, acto que fue impedido por un “termitero” que sobresalía de los genitales y que él cortó, marcando así un precedente para la clitoridotomía (Griaule, 1966). En ese acto sexual fueron engendrados los primeros antepasados, gemelos andrógenos que tenían características genitales tanto femeninas como masculinas, que fueron eliminadas para que ambas personas pudieran ser uno hombre y la otra mujer, completamente distintos y que pudiesen reproducirse (Parrinder, 1996). Pero no sólo en esta cultura **se cree que el clítoris representa el elemento masculino en una niña, mientras que el prepucio representa el elemento femenino en un niño**. Por lo tanto, para poder vivir la transición a la edad adulta, ambos deben ser removidos para definir claramente el sexo de la persona (Machacek y Wilcox, 2003).

Marilyn Strathern (1987) también postuló una teoría de androginia para explicar las modificaciones genitales entre los Hagen de Papua, Nueva Guinea. Según Strathern, sus cosmovisiones explican que **las personas nacen “completas”**, es decir, cada individuo contiene elementos masculinos y femeninos al nacer. En este contexto, **la iniciación tiene como finalidad “deconstruir” a las personas en mitades para que sean capaces de reproducirse**. Esta interpretación también explicaría las dimensiones ideológicas de los rituales femeninos en el que el poder y la preeminencia recaen sobre las mujeres mayores, por sobre las niñas o mujeres jóvenes que no han participado de este rito de paso (Ahmadu, 2000).

Como en muchas culturas, está claramente definido y diferenciado el mundo secreto de las mujeres y el mundo secreto de los hombres. **La circuncisión es una “marca” que llevan de por vida, y simboliza que la unión de la niña circuncidada al grupo también será de por vida**. Se trata de una cuestión de cohesión social y pertenencia: la diferencia entre estar dentro o fuera.

El *kaseo*¹ (iniciación masculina) y el *ñyaka* (iniciación femenina) significan el **paso de la infancia a la pubertad**, primer estadio de la vida adulta. La significación de estos ritos de iniciación es compleja y cada una de las fases que los componen está pautada culturalmente por unos elementos, unos personajes y unos contenidos rituales específicos.

¹ Los términos utilizados son en lengua mandinga, mayoritaria en Gambia y ampliamente difundida en Guinea Bissau, Malí (bambara), Sierra Leona (mandé) y en la región de la Casamance, al sur de Senegal.

Las tres fases del rito son: separación, marginación y agregación (Van Gennep, 1960).

1. **La separación:** las niñas y los niños son apartados de la comunidad y circuncidados. La ruptura con la etapa anterior, la infancia, está marcada por el corte del prepucio o la escisión del clítoris, la sangre y el dolor.
2. **La marginación:** tiene una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de los iniciados. En el caso del corte del prepucio del pene suele tratarse de dos a tres semanas, mientras que en la escisión del clítoris y/o infibulación se prolonga entre dos y ocho semanas, según el tipo de operación realizada. Es un período de alto riesgo, rodeado de cuidados y normas estrictas que se concretan en tabúes, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento en general. Es en esta fase donde se lleva a cabo el aprendizaje por parte de las iniciadas, donde les son transmitidas las enseñanzas sobre el mundo adulto y que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo.
3. **La inclusión y agregación:** se celebra una gran fiesta de “graduación” donde se presenta públicamente a las iniciadas como nuevos miembros, con sus nuevos roles y categorías sociales, y de esta forma, también son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas por la comunidad como nuevas integrantes de la sociedad secreta de las mujeres. Los niños, por su parte, entrarán a formar parte del grupo de los hombres.

Los personajes rituales encargados de llevar a cabo la iniciación tienen el mismo rol y reconocimiento en el caso de las mujeres que en el de los hombres, siempre legitimados por los más ancianos de la aldea. Durante la iniciación, deben pasar seleccionadas pruebas y enseñanzas morales y sociales. Se les transmiten, con firmeza y severidad, las normas de comportamiento respecto a los padres, los mayores, los ancianos, y las formas de relación entre los géneros.

Ngnangsimbah: significa madre/padre de los iniciados, es un anciano/a que encabeza el grupo y cumple la función de supervisión y guía espiritual; es quien realiza la operación, y quien será responsable del ordenamiento, desarrollo y cumplimiento del ritual. Es una de las personas más respetadas y temidas de la aldea, a quien atribuyen poderes sobrenaturales, es decir, que suele ser **kufanungte**, cabeza grande, aquella que puede captar la presencia de malos espíritus.

Aprenden cómo serena al prójimo y cuáles serán, a partir del momento en que sean incorporados/as socialmente como individuos adultos, sus derechos y obligaciones dentro de la sociedad. También se les enseña cuáles deben ser sus relaciones con los demás grupos étnicos, basadas en leyendas que dan cuenta de sus interrelaciones históricas y en el establecimiento de lazos de solidaridad.

Dentro de las enseñanzas hay un importante contenido de lenguaje no verbal que sólo podrá ser interpretado por alguien perteneciente al mismo grupo secreto, como los gestos, el *lenjengo* (las danzas) y el *kijo* (percusión). Es lo que se llama la diferenciación de los saberes.

La niña que se le ha realizado una MGF es reconocida como una mujer por la comunidad y la tratan de manera distinta a las niñas que no han sido circuncidadas. De esta manera, **los genitales y el cuerpo quedan vinculados social y culturalmente a un género**. Una niña y una mujer circuncidada tienen también la obligación de comportarse de la forma como se espera (diferente a como se comporta un niño/hombre) y “cumplir y vivir de conformidad con su esencia social” (Bourdieu, 1991: 121). En la actualidad, en algunas culturas y sobretodo en las zonas más urbanas, el acto de la circuncisión femenina se realiza individualmente, sin celebraciones y a una edad cada vez más temprana, convirtiéndose en un acto privado e incluso secreto -consecuencia de las sanciones penales impuestas en los países donde se practica y de las campañas internacionales contra la MGF- (Herlund, 2000).

1.3. Tipología

La OMS establece en 1995 **cuatro tipos de MGF**, que fueron actualizados el año 2007 y revisados por última vez en 2016. A continuación, se presenta una figura de los órganos genitales femeninos y una tabla con las tipologías propuestas.

Figura 1. Anatomía de los órganos genitales femeninos

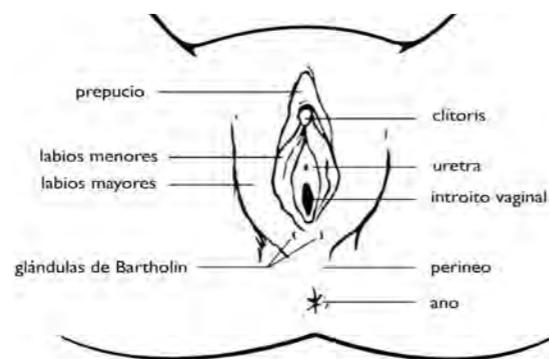


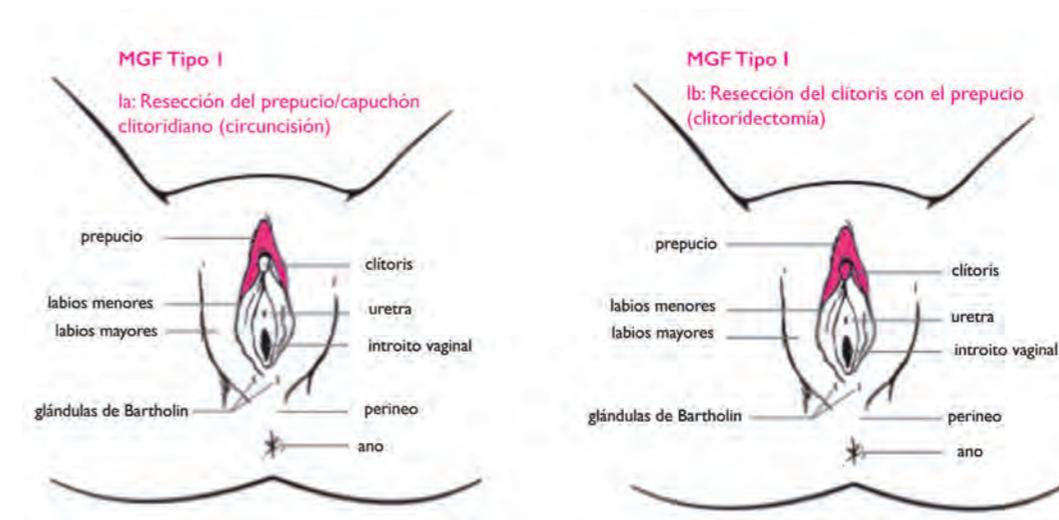
Tabla 1. Tipologías de la MGF

Tipo I

La **circuncisión** (del griego “incisión”) es definida como “la eliminación del prepucio del clítoris, con o sin amputación parcial o total del clítoris”. En la literatura médica, es denominada “**clitoridectomía**”. En la cultura islámica, se conoce como *sunna* (tradicción) y suele equipararse a la circuncisión masculina.

- **Tipo Ia:** Resección del prepucio/capuchón clitoridiano (circuncisión)
- **Tipo Ib:** Resección del clítoris con el prepucio (clitoridectomía)

Figura 2. Anatomía del tipo Ia y Ib de MGF

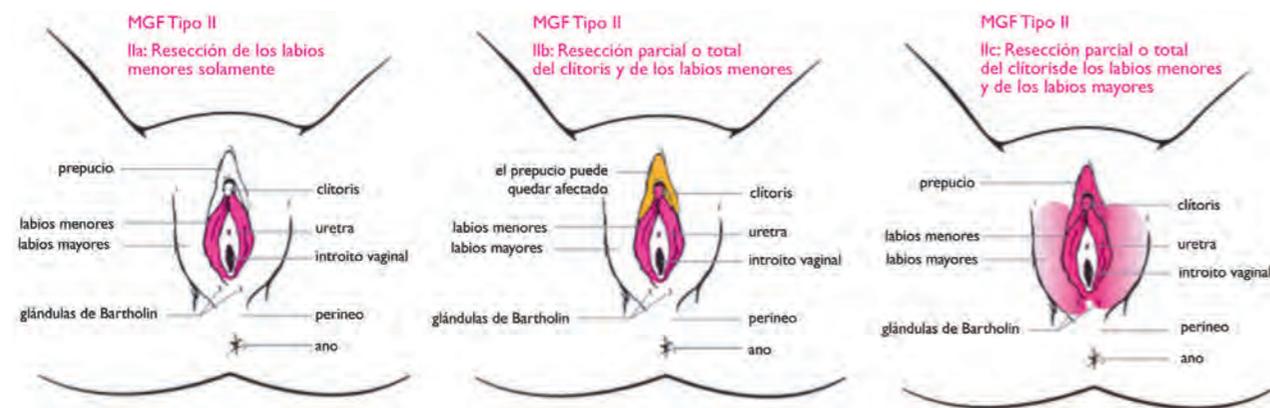


Tipo II

La **escisión** (del griego, "corte") implica "la resección parcial o total del clítoris y puede incluir el corte de los labios mayores y menores".

- **Tipo IIa:** Resección de los labios menores solamente.
- **Tipo IIb:** Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.
- **Tipo IIc:** Resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.

Figura 3. Anatomía del tipo IIa, IIb y IIc de MGF



Tipo III

La **infibulación** (o circuncisión faraónica, del latín "fibula", pinza) consiste en "el estrechamiento o sellado de la apertura vaginal mediante el corte y recolocación de los labios menores, y a veces también de los labios mayores, con o sin resección del clítoris". Se dejan dos pequeños orificios para la salida de orina y sangre menstrual.

- **Tipo IIIa:** Resección y aposición de los labios menores con o sin escisión del clítoris.
- **Tipo IIIb:** Resección y aposición de los labios mayores con o sin escisión del clítoris.

Figura 4. Anatomía del tipo IIIa y IIIb de MGF

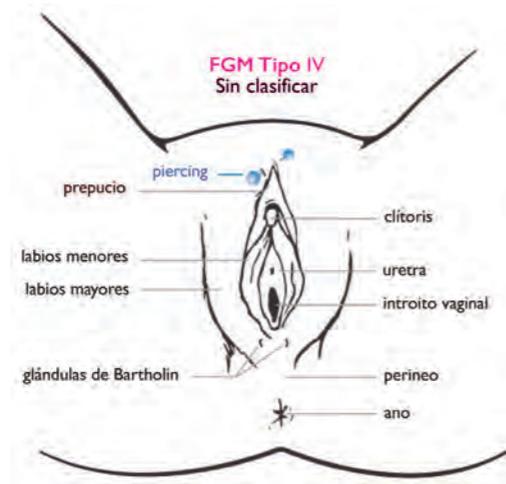


Tipo IV

“Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos de severidad variable y sin finalidad terapéutica” como, por ejemplo:

- Punción, piercing o incisión en el clítoris y/o los labios;
- Elongación del clítoris y/o los labios;
- Cauterización (burning) del clítoris y del tejido adyacente;
- Raspaduras (cortes tipo angurya) del orificio vaginal o corte (cortes tipo gishiri) de la vagina;
- Introducción de sustancias corrosivas en la vagina para causar sangrado, o hierbas en la vagina con la intención de estrecharlo (dry sex);
- Cualquier otro procedimiento que se pueda incluir en la definición de MGF indicada más arriba.

Figura 5. Anatomía del tipo IV de MGF



Las estimaciones de la OMS (2017) indican que **aproximadamente el 90% de los casos de MGF incluyen los tipos I o II** y los casos en que los genitales de las niñas han sufrido un corte, pero no se ha extirpado la carne (**tipo IV**). **Un 10% de los casos son de tipo III**. Cabe destacar que a veces es difícil clasificar un procedimiento que hacen las mujeres mayores con cuchillos o hojas de afeitar y posiblemente con problemas de visión, propios de la edad.

La **desinfibulación** hace referencia a la **técnica que consiste en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada, de una mujer previamente sometida a infibulación** (OMS, 2017). A menudo, es necesario realizar la desinfibulación antes de las primeras relaciones sexuales, para facilitar el parto o simplemente para mejorar la salud y el bienestar de la mujer. La **reinfibulación** consiste en **coser de nuevo el orificio vaginal de una mujer después de que haya sido desinfibulada** (por ejemplo, después del parto), con el fin de volver a estrecharlo. También se conoce como re-sutura.

No se ha incluido en esta clasificación de la MGF la **Cirugía Genital Cosmética (CGC)**, un fenómeno que ha aumentado de forma inquietante en los últimos años, principalmente **en Europa y Estados Unidos**. La Sociedad Americana de Cirugía Plástica y Estética (ASAPS) registró en 2015 unas 400 jóvenes menores de 18 años que se sometieron a una labioplastia, lo que representa un aumento del 80% con respecto a las 222 menores intervenidas en 2014. Por su parte, un informe británico de 2013 desveló que el número de labioplastias realizadas por el Servicio Nacional de Salud se había quintuplicado en una década. Estas operaciones se llevaron a cabo principalmente **por razones estéticas y no médicas**.

1.4. Consecuencias para la salud

La MGF presenta consecuencias negativas, inmediatas y a largo plazo para la salud de las mujeres y las niñas. Dentro de las **complicaciones agudas** destacan: el dolor intenso, las hemorragias y las infecciones, con un posible riesgo vital para la niña. Entre las **consecuencias a largo plazo**, que se desarrollan generalmente en la edad adulta, existe el aumento del riesgo de complicaciones durante el parto y las consecuencias para la salud psicosexual de la mujer. A continuación, se presentan tablas con las posibles consecuencias para la salud a corto y largo plazo.

Tabla 2. Consecuencias agudas y subagudas

Dolor severo

Hemorragia

Puede presentarse anemia posteriormente cuando ésta es importante.

Shock

Hemorrágico/hipovolémico (si existe sangrado importante) o Séptico (por la diseminación de la infección de los tejidos lesionados).

Complicaciones urinarias

Infecciones de orina, retenciones de orina agudas, lesión del meato urinario por proximidad del corte.

Lesiones del tejido genital y tejidos adyacentes

Lesiones por la realización de la MGF o secundarios a la inflamación o infección de la zona

Tétanos, sepsis

Infecciones

Producidas por el mismo corte o por la afectación de tejidos adyacentes. Se pueden producir abscesos, o incluso sepsis si se disemina esta infección. Debido a los utensilios utilizados, en ocasiones, se pueden contraer infecciones como el tétanos, o enfermedades infecciosas como VIH, VHB o VHC.

Problemas o retraso en la cicatrización

Fracturas

Debidas en ocasiones a la resistencia de las niñas o jóvenes presentada durante la intervención

Estrés traumático, miedo, ansiedad

Muerte

Tabla 3. Consecuencias a largo plazo

Genitourinarias: infecciones urinarias de repetición, micción dolorosa, incontinencia urinaria, infecciones genitales crónicas, problemas menstruales (dismenorrea, menstruaciones irregulares, dificultad en el paso de la sangre menstrual), picores vaginales, dolor crónico en el tejido genital, secreción vaginal a raíz de infecciones, hematócolpos, salpingitis, inflamación pélvica, insuficiencia renal.

Sexuales: estenosis introito-vaginal, dispareunia, disminución de la satisfacción sexual, reducción del deseo y la excitación sexual, disminución de la lubricación durante las relaciones sexuales, dificultades en llegar al orgasmo o anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anómalas de la sexualidad.

Obstétricas: dificultades durante el parto (dilatación), partos prolongados, desgarros obstétricos, cesáreas, episiotomías, hemorragias post parto, desgarros, fístulas, largas estancias hospitalarias por maternidad, sufrimiento fetal, muerte neonatal temprana, reanimación del recién nacido en el parto.

Reproductivas: infertilidad.

Salud mental: trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión, sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, entre otros.

Cicatrización anómala: queloides, quistes dermoides, neuromas, fibrosis, etc.

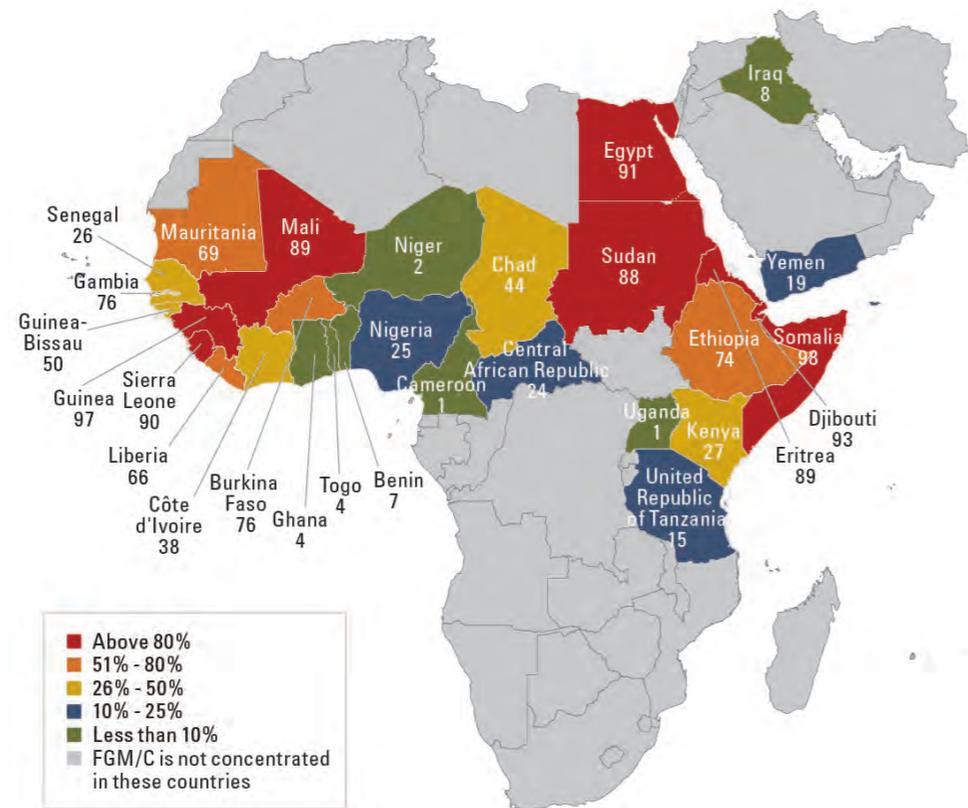
Fuente: World Health Organisation (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Ginebra, Suiza.

No hay duda de que todos estos factores, asociados a la práctica de la MGF perjudican gravemente a la salud, ponen en riesgo la supervivencia de mujeres y niñas, afectan a su salud psicosexual y reproductiva y perpetúan las desigualdades y discriminaciones por motivos de género.

1.5. Geografía y prevalencia de la MGF

La MGF está presente principalmente en 30 países del África subsahariana, Oriente Medio y Asia. En África, la práctica ha sido documentada históricamente y las agencias internacionales del sistema de Naciones Unidas han trabajado en la medición de su prevalencia. El Mapa 1 muestra los territorios en los que la MGF se practica y sus índices de prevalencia.

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



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

Es importante señalar que **no todos los grupos étnicos que viven en estos países practican la MGF, ni todas las etnias que la practican, siguen el mismo procedimiento**. Por ejemplo, Gambia tiene una mayor prevalencia de MGF (76,6%) que Senegal (26%), país vecino en el que está geográficamente inserto. Esto se debe a que el grupo étnico de los *mandinka*, que constituye el 42% de la población de Gambia, presenta una prevalencia de MGF del 96,7%, mientras que, en Senegal, los *wolofs*, que no practican la MGF, constituyen el 42% de la población senegalesa. En Kenia, los tipos I y II de MGF son los más prevalentes, aunque entre las somalíes kenianas se registra un 13,4% de tipo III. A la práctica existen diferencias, tanto entre los distintos grupos étnicos que componen esta población, como dentro de los mismos.

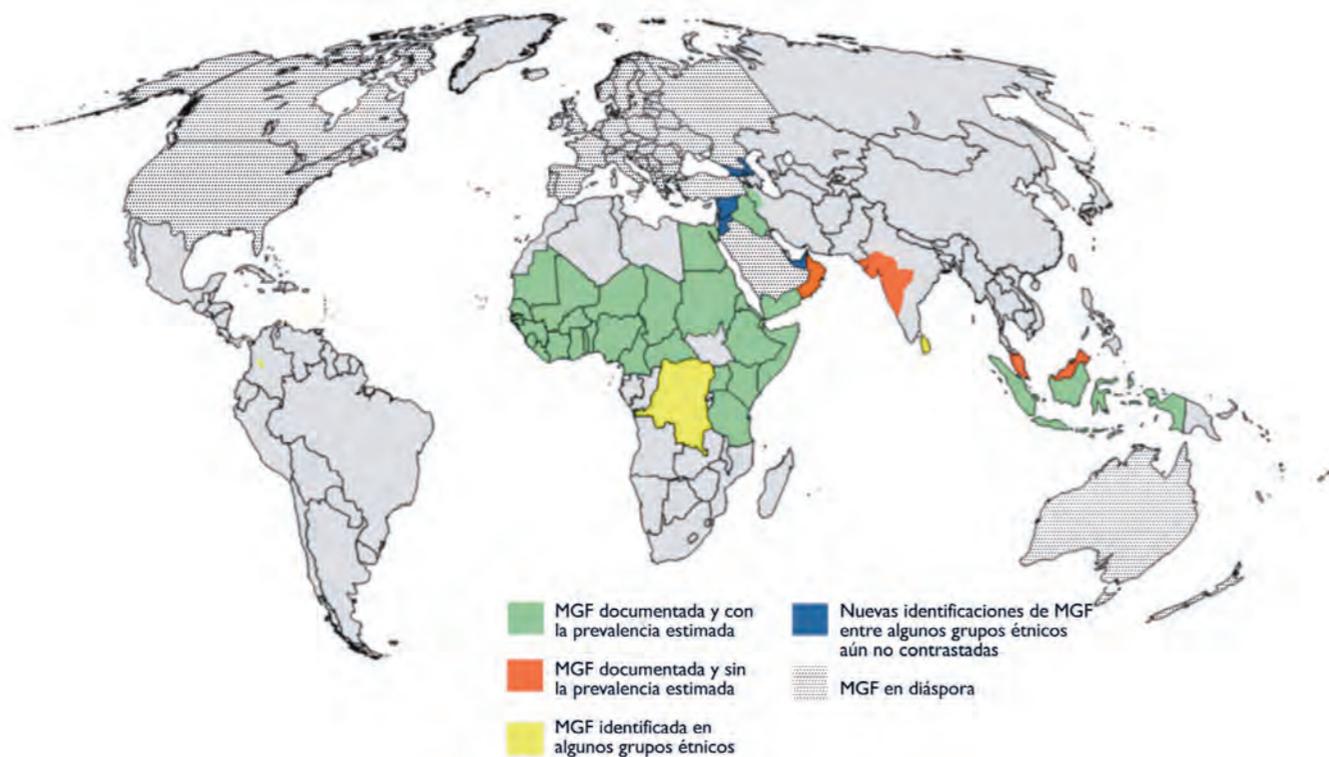
La prevalencia de MGF también se ha estimado en países del Oriente Medio como Iraq (WADI, 2010), Irán (Ahmadi, 2015) o el Yemen (USDS, 2001) y en un país asiático, Indonesia (Budiharsana, 2003). En estos territorios se han registrado datos que confirman que la MGF se realiza en distintas áreas y regiones, y en Indonesia, se confirma el supuesto de que la MGF está medicalizada (la practican los propios profesionales de la salud en los hospitales).

Aunque la prevalencia no se haya estimado, la MGF también se ha detectado en Malasia (Dahlui, 2010) (donde el procedimiento, igual que en Indonesia, está medicalizado) y en Omán (Al Hinai, 2014), donde estudios a pequeña escala sugieren una prevalencia generalizada de la práctica.

La MGF también ha sido **identificada y contrastada en algunos grupos étnicos de Sri Lanka** (OFpra, 2015), entre los *Emberá-Chamí* y los *Nasa* de Colombia (FNUAP-Colombia, 2011), y entre la comunidad de los *Dawoodi Bohra* de la India (Sahiyo, 2016). Recientemente, **se han identificado y reportado casos de MGF** (aunque no han sido contrastados) en tribus locales de los Emiratos Árabes (Marzouqi, 2011), en un pueblo de Jordania limítrofe con Israel (Charkasi, 2012) y en cinco áreas montañosas del Daguestán (al norte de la región del Cáucaso, en Rusia) (según el informe de *Russian Justice Initiative*) y por parte del grupo étnico de los Avar ubicados al este de Georgia (IWPR, 2017).

La MGF es un fenómeno que acompaña los movimientos migratorios que realizan las personas por el mundo. Por este motivo, la MGF viaja y se encuentra presente en los países del continente europeo, de América del Norte, de Australia y en Arabia Saudí, territorios que mayoritariamente reciben migrantes de los países donde originalmente se practica la MGF. La práctica está en diáspora a nivel mundial. El siguiente mapa refleja y permite identificar los países del mundo donde se ha detectado la presencia de casos de MGF.

Mapa 2: Mapamundi de la MGF.



Elaborado por: Fundación Wassu y el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona, 2017.

Los movimientos migratorios favorecen la expansión geográfica de la MGF. En Europa (EIGE, 2015), no hay un criterio estándar para medir la prevalencia de la práctica, debido a la falta de consenso sobre metodologías y fuentes de información. El primer esfuerzo nace en el año 2001, con la elaboración de un mapa que pretende dar respuesta a la necesidad de ubicar en el territorio las mujeres que hubieran sufrido una mutilación y localizar las niñas potencialmente en riesgo. Este mapa permitiría diseñar políticas públicas encaminadas a la formación de profesionales de atención primaria para atender el cuidado de las consecuencias de la MGF y proteger a las pequeñas. (Kaplan, et. Al., 2001). Otros estudios posteriores han producido estimaciones del número de mujeres sometidas a MGF en países de destino como Bélgica (Dubourg et al., 2011), Francia (Andro y Lesclingand, 2007) e Italia (Istituto Piepoli, 2009).

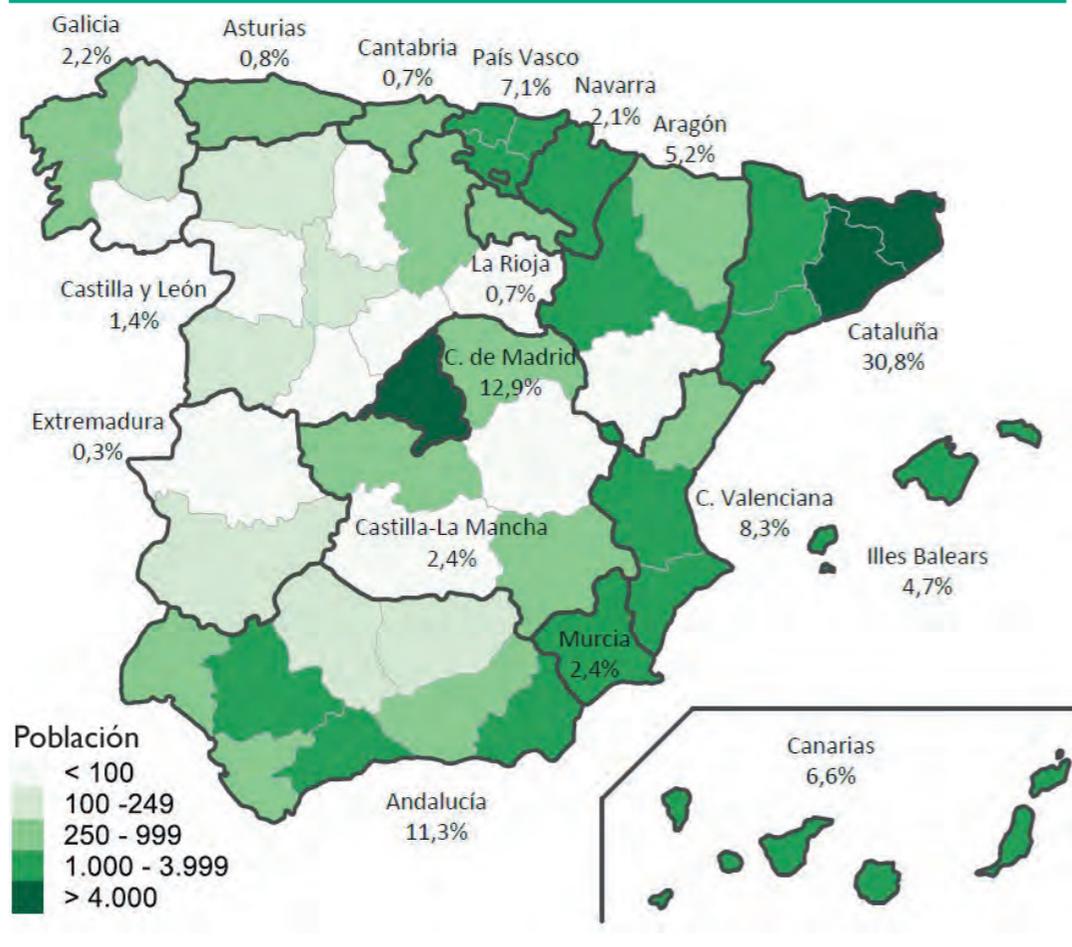
En España, los flujos migratorios internacionales empiezan a aumentar a partir de los años 90, superando los 6 millones de habitantes de origen extranjero en 2012. África es el tercer continente (después de Europa y América) de donde procede la mayoría de población migrante, superando los 1,1 millones de población que se ha ido incrementando constantemente a partir de la década de los 2000. En la década de los noventa la migración procedía de Senegal y Gambia y en los últimos años, se han diversificado las nacionalidades de origen, marcada por hombres de las franjas de edades adultas-jóvenes.

Se identifican tres oleadas de migración procedente de África Subsahariana: se inicia a mediados de los años 70, se incrementa en los 80 y se consolida a través de la reagrupación familiar de los años 90 (Kaplan, 2004, 2007). Las migraciones subsaharianas se han caracterizado por ser básicamente masculinas (aunque con la reagrupación familiar, este patrón va modificándose), **asimétricas en términos de género, autónoma para los varones e inducida para las mujeres.** Es con la llegada de estas primeras mujeres subsaharianas, que la MGF empieza a llegar a los consultorios médicos. Los profesionales de la salud son los primeros en tomar contacto con esta nueva realidad, quienes la detectan a través de las exploraciones médicas (Kaplan, 2007).

En España, cada cuatro años se actualiza un **mapa sobre la MGF que localiza, geográficamente y demográficamente, a las mujeres procedentes de países en los que se practica** (Kaplan, Merino & Franch, 2002; Kaplan & López, 2006; 2010; 2013; 2017). Esta herramienta permite realizar comparaciones en el tiempo de los movimientos migratorios y resulta una herramienta de apoyo para el diseño y ejecución de programas locales y políticas públicas en prevención de la MGF y atención a mujeres y niñas.

A continuación, se presenta un mapa con la distribución de la población femenina con origen en países donde se practica la MGF con datos de 2016. **Cataluña es la comunidad autónoma donde reside más población de estos orígenes (30,8%), seguida de la Comunidad de Madrid (12,9%) y Andalucía (11,3%).**

Mapa 3. Distribución territorial en España de la población femenina de las nacionalidades en las que se practica la MGF.



Fuente: Kaplan, A., y Lopéz, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. España: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions.

Presentamos una síntesis de las características demográficas y de la distribución territorial en Andalucía de la población originaria de los países en los que se practica la MGF.

Entendemos que **la población con origen MGF es aquella que tiene nacionalidad o ha nacido en un país en el que existe evidencia de la práctica**. Así pues, se ha incluido en el estudio a la población que según el Padrón Continuo de la Población ha nacido o posee nacionalidad de alguno de los 32 países considerados (ver listado en Ilustración 1). En los casos en los que el país de nacionalidad y el de origen no coinciden, se ha asignado como país de origen aquel que corresponde al país MGF (así se consigue incluir, por ejemplo, a la población nacida en un país MGF y que ha adquirido nacionalidad española). Finalmente, el criterio adoptado para aquellas personas con diferente país de nacionalidad y de nacimiento, pero ambos países MGF, ha sido el de asignar el país de nacionalidad como país de origen.

El análisis cuantitativo más reciente se ha realizado en base a los **datos del Padrón Continuo de la Población a fecha 1 de enero 2016**. Con el objetivo de analizar la evolución desde 2008 de los diferentes colectivos, también se han utilizado los datos del Padrón de 2008 y 2012.

	Población	Variación 2012-08	Posición CCAA
Población países MGF	36.072	-370 (-1,0%)	2
Población femenina MGF	7.820	538 (7,4%)	3
Población femenina 0-14 MGF	1.741	105 (6,4%)	3

Principales nacionalidades de población femenina: Nigeria, Senegal, Guinea-Bissau, Ghana, Kenia

En Andalucía, residen más de 620.000 personas de nacionalidad extranjera que representan el 7,4% de la población de toda la comunidad autónoma. **La población de origen MGF supera las 36.000 personas.** Casi una tercera parte de ellas son de origen senegalés, mientras que Nigeria, Malí, Ghana y Guinea-Bissau son el resto de nacionalidades que superan los 2.000 efectivos.

El **21,7% de toda la población son mujeres, unas 7.800.** En este caso, Nigeria, con una relación de masculinidad menos marcada que la de Senegal (57 mujeres por cada 100 hombres de Nigeria en comparación a las 20 mujeres por cada 100 hombres de Senegal), se configura como origen con un mayor número de población femenina. Senegal, Guinea-Bissau y Ghana son los siguientes colectivos en número de mujeres, alrededor de 500. Kenia, el origen con una mayor relación de población femenina (4 mujeres por cada hombre) y de las más recientes, se sitúa en quinta posición en el listado de orígenes con más mujeres.

La población de este conjunto de orígenes ha disminuido ligeramente en los últimos cuatro años, debido al descenso de la población masculina. La femenina, en cambio, ha aumentado alrededor de un 7,5% en todo el periodo, un incremento, no obstante, menor al que se registró durante la década del 2000 y primeros años de la del 2010. Este estancamiento en el volumen de población de este colectivo, derivado del freno del flujo inmigratorio, tiene su reflejo en la pirámide de población, que va envejeciendo con el paso de los años. El grupo de edad con más efectivos es ya el de 35-39, tanto para la población masculina como para la femenina. Este rasgo se cumple en la gran mayoría de procedencias.

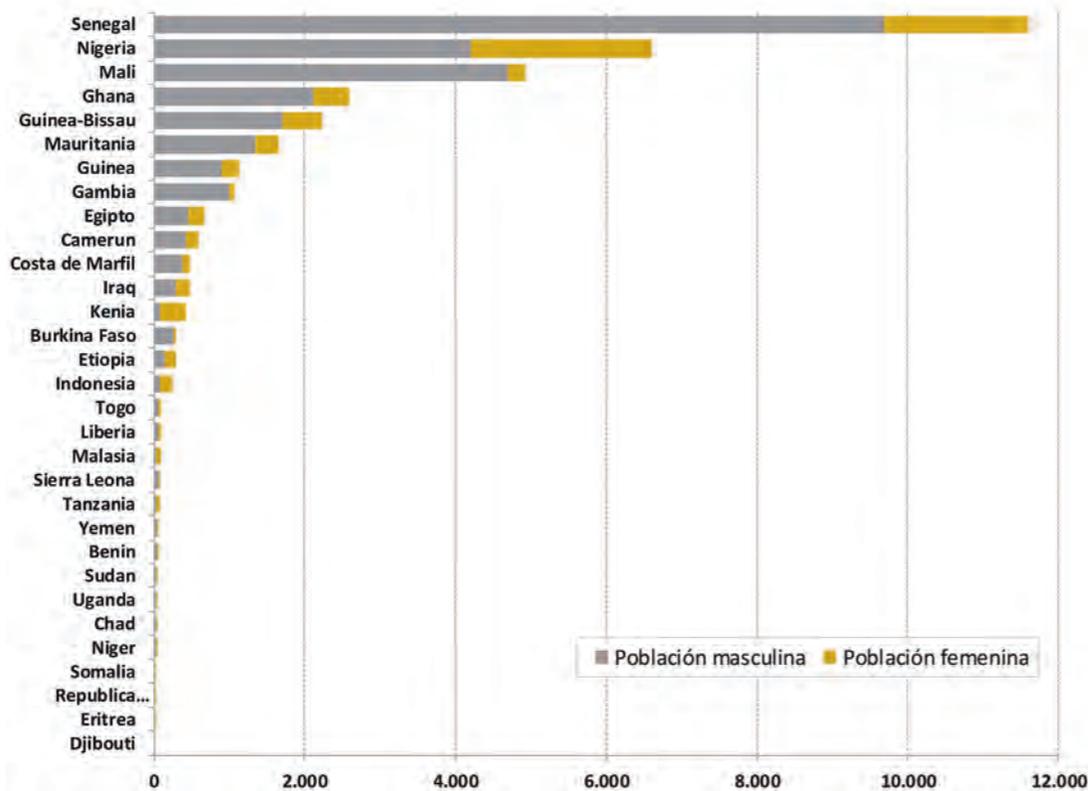
Entre la población femenina, los orígenes que más han incrementado sus efectivos han sido Senegal, Egipto, Malí, Camerún, Etiopía y Costa de Marfil. En cambio, la población con origen en Kenia, Mauritania y Guinea han estabilizado su número de efectivos, mientras que la nigeriana y la de Guinea-Bissau, se ha reducido sensiblemente. **Por lo que respecta a la población femenina de 0-14 años, han crecido de forma notable los efectivos con origen Senegal, Ghana, Etiopía, Egipto y Malí** (en este último caso se ha duplicado en tan sólo 4 años), mientras que se ha estabilizado la de origen de Nigeria y de Mauritania. La población femenina infantil de Guinea-Bissau, en cambio, se ha reducido a la mitad desde 2012. De las 166 niñas residentes en 2012 se ha pasado a las 73 registradas en el Padrón de 2016.

Para poder identificar qué generaciones y qué sexo han arrastrado el descenso de la población de los últimos años en determinados orígenes, se ha realizado un análisis de la evolución de la población con origen MGF según el año de nacimiento. Utilizando esta perspectiva de análisis, también **se podría constatar una posible mayor pérdida de población femenina infantil en comparación a la masculina, que podría estar ligada a procesos de migración selectiva de retorno.** Este no es el caso

cuando se analiza el conjunto de la población con origen MGF: se registra un descenso notable y generalizado desde el año 2012 de las generaciones más recientes (nacidas entre 2002 y 2007), pero éste se experimenta con la misma intensidad entre la población masculina como entre la femenina. Se producen fuertes ganancias de población, sobre todo masculina pero también femenina, nacida durante la década de 1990 (por tanto, adultos jóvenes) y se registran ligeras pérdidas de población masculina y femenina de mayor edad. Por orígenes, Senegal y Ghana son los únicos que muestran un ligerísimo mayor descenso de la población infantil femenina respecto a la masculina. Entre la población nacida en la década de 1990, que han atravesado este último periodo en edades adultas jóvenes, destaca el gran aumento de la población masculina de Ghana y Senegal.

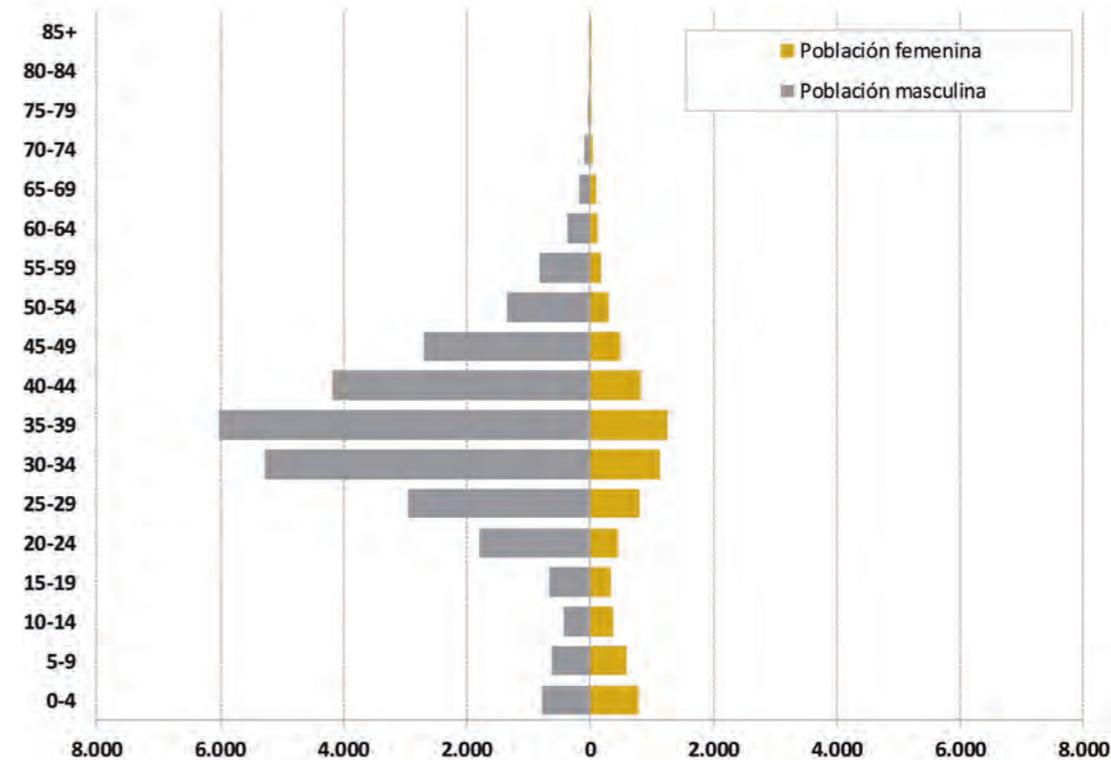
A nivel territorial, **Málaga y Almería son las dos provincias andaluzas en las que residen más mujeres con origen MGF.** En Málaga viven más de 2.500, de las que casi la mitad son de origen nigeriano. A mucha distancia les siguen Senegal, con 400, Ghana con 200 e Indonesia, Iraq, Egipto y Kenia con más de 100. En Málaga residen más de 550 niñas, la mitad de las cuales son nigerianas. Además, la capital de la provincia es el municipio con un mayor número de empadronadas de origen MGF, más de 1.300, de las cuales 300 tienen entre 0 y 14 años. Allí, casi tres cuartas partes tienen origen nigeriano. Al sur de la capital, los municipios de Marbella, Benalmádena, Fuengirola, Mijas y Torremolinos también contabilizan más de 100 mujeres con origen MGF. En Marbella, Fuengirola y Mijas, el número de mujeres con origen en Senegal es superior al de Nigeria. En Marbella, destaca también la presencia de mujeres de Egipto. En la provincia de Almería residen unas 2.200 mujeres de origen MGF. Allí el principal origen es Senegal (una tercera parte del total), seguido de Guinea Bissau (la práctica totalidad de la población de este origen residente en Andalucía vive en la provincia de Almería) y de Nigeria. De las más de 500 niñas que residen en la provincia, un 40% son de Senegal. La mitad de las niñas de este origen que residen en Andalucía, lo hacen en la provincia de Almería. Por municipios, Roquetas de Mar es el segundo municipio de la comunidad con más población femenina. Allí destaca la población de Senegal y Nigeria. En cambio, en los municipios vecinos de El Ejido, sexto municipio andaluz con más población MGF, y de La Mojonera, más de la mitad son de origen de Guinea-Bissau y apenas hay población de Nigeria. En Vícar y en el municipio de Almería, la mayoría son de Senegal. La provincia de Sevilla contabiliza a más de 1.200 mujeres de origen MGF, casi la mitad de Nigeria y una cuarta parte de Senegal. Tres de cada cuatro mujeres que residen en la provincia de Sevilla lo hacen en la capital provincial, tercer municipio con más mujeres de este origen de toda Andalucía. A una distancia considerable de estas tres provincias se sitúan el resto. En Granada y predomina la población de origen senegalés, en Cádiz la mauritana y en Córdoba la nigeriana. En Jaén apenas se contabiliza población femenina de origen MGF, unas 150, la mayoría de las cuales son de origen senegalés.

Ilustración 1. Población total MGF según país de origen y sexo. Andalucía



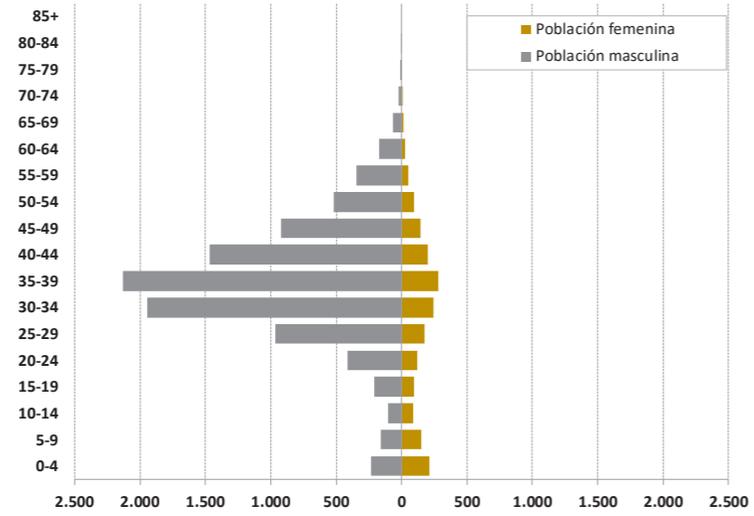
Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016

Ilustración 2. Estructura de la población de origen MGF. Andalucía

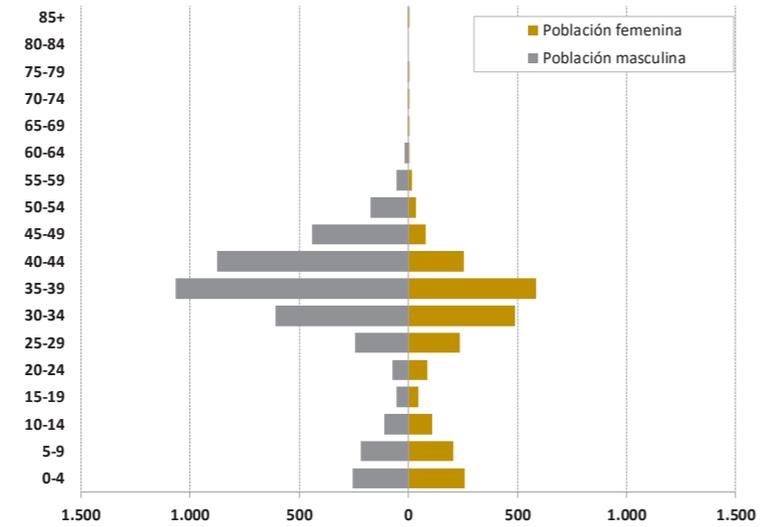


Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016

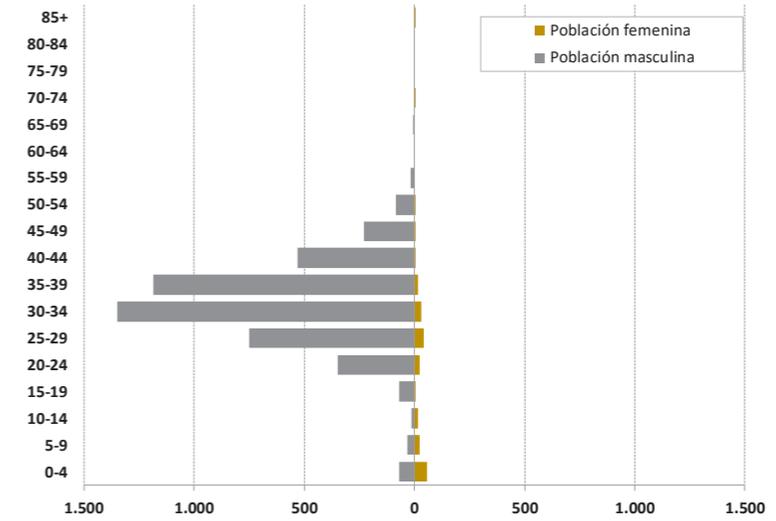
Senegal



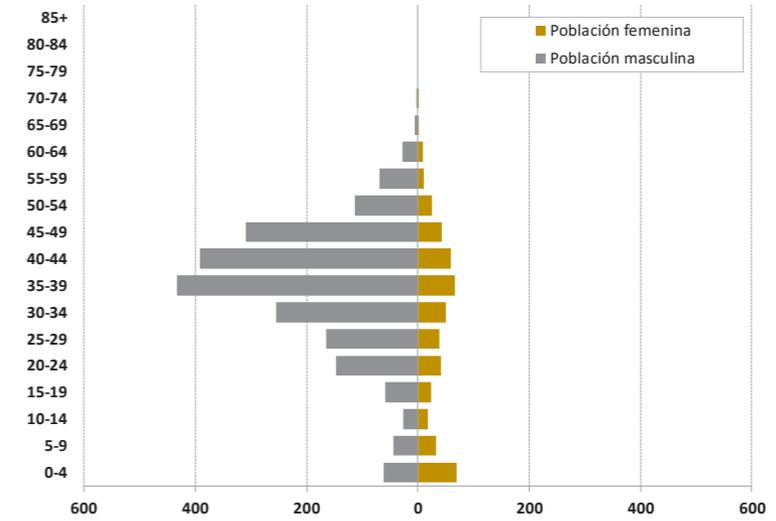
Nigeria



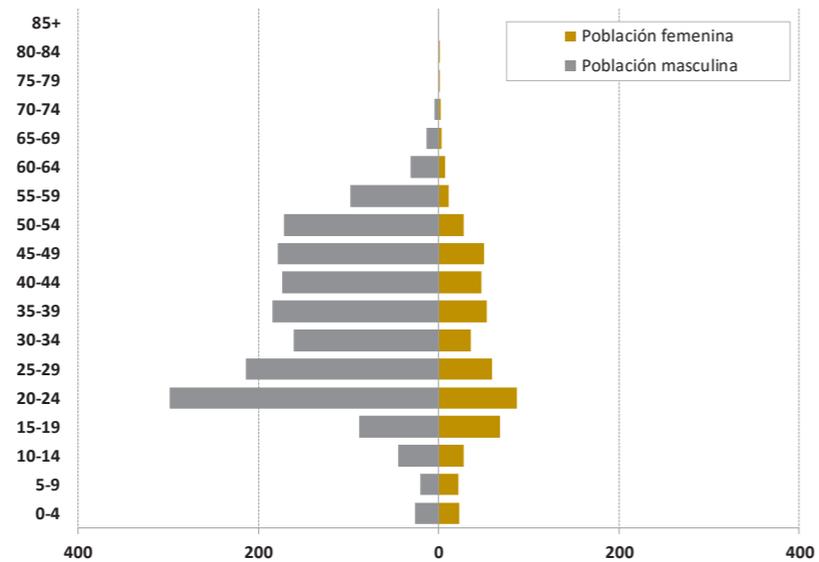
Mali



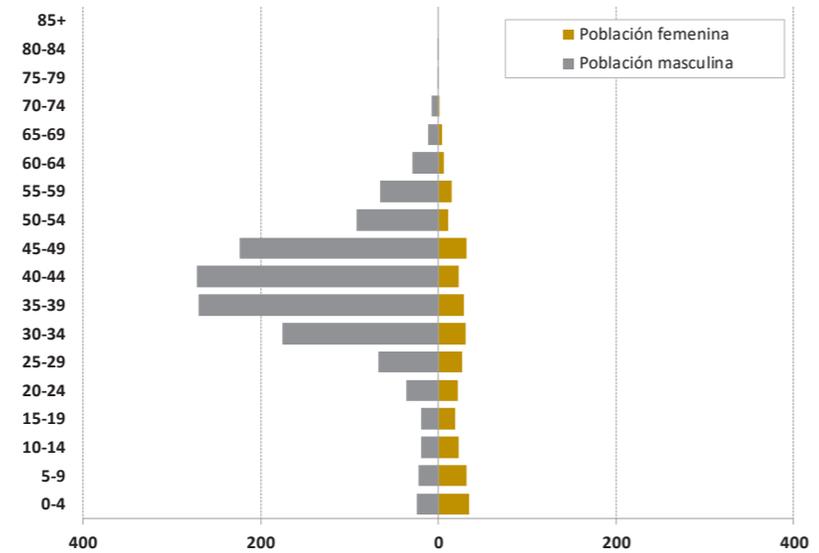
Ghana



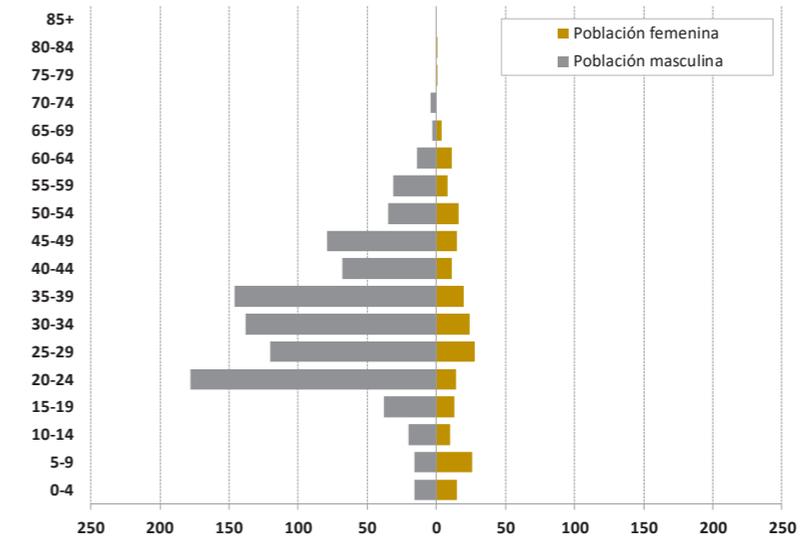
Guinea-Bissau



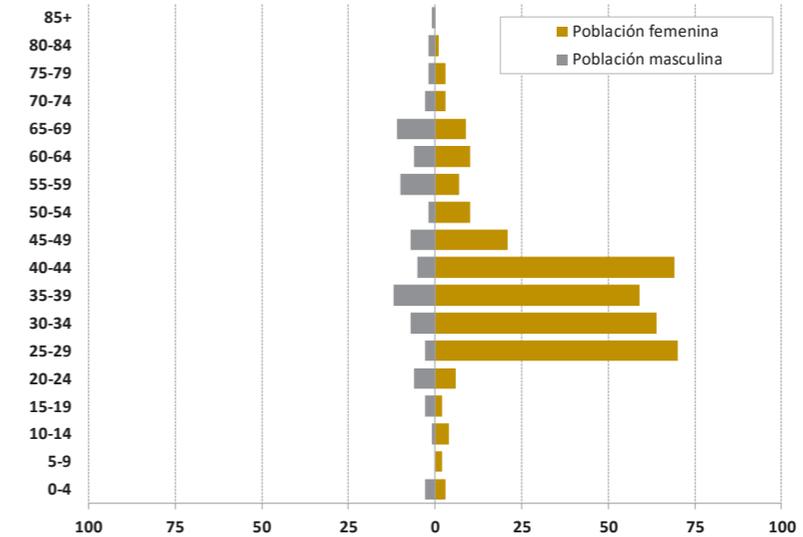
Mauritania



Guinea



Kenia



Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016 *. (7 orígenes con mayor población MGF y Kenia, 5º origen con mayor número de mujeres)

Tabla 4. Evolución de la población femenina MGF en Andalucía según país de origen. 2008-2016

	2008	2012	2016	Crecimiento relativo (%) 2008-12	Crecimiento relativo (%) 2012-16
Nigeria	1.483	2.534	2.404	70,9%	-5,1%
Senegal	933	1.579	1.912	69,2%	21,1%
Guinea-Bissau	467	552	526	18,2%	-4,7%
Ghana	266	393	490	47,7%	24,7%
Kenia	189	341	343	80,4%	0,6%
Mauritania	244	307	310	25,8%	1,0%
Guinea	155	214	217	38,1%	1,4%
Egipto	134	174	213	29,9%	22,4%
Indonesia	128	167	164	30,5%	-1,8%
Iraq	121	152	175	25,6%	15,1%
Mali	56	113	233	101,8%	106,2%
Camerún	84	133	157	58,3%	18,0%
Etiopía	67	121	150	80,6%	24,0%
Costa De Marfil	53	95	102	79,2%	7,4%
Gambia	47	75	80	59,6%	6,7%
Malasia	47	65	58	38,3%	-10,8%
Liberia	59	56	41	-5,1%	-26,8%
Tanzania	16	39	49	143,8%	25,6%
Togo	24	33	31	37,5%	-6,1%
Burkina Faso	18	29	40	61,1%	37,9%
Uganda	24	28	22	16,7%	-21,4%
Sierra Leona	16	18	19	12,5%	5,6%
Sudan	16	15	15	-6,3%	0,0%
Somalia	9	9	15	0,0%	66,7%
Benín	8	9	13	12,5%	44,4%
Yemen	5	8	16	60,0%	100,0%
República Centroafricana	10	11	5	10,0%	-54,5%
Níger	7	5	9	-28,6%	80,0%
Chad	4	7	7	75,0%	0,0%
Eritrea	0	0	4		
Total General	4.690	7.282	7.820	55,3%	7,4%

Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016.

Tabla 5. Evolución de la población femenina MGF de 0 a 14 años en Andalucía según país de origen. 2008-2016

	2008	2012	2016	Crecimiento relativo (%) 2008-12	Crecimiento relativo (%) 2012-16
Nigeria	238	579	573	143,3%	-1,0%
Senegal	231	382	455	65,4%	19,1%
Guinea-Bissau	184	166	73	-9,8%	-56,0%
Ghana	54	99	121	83,3%	22,2%
Mauritania	89	88	90	-1,1%	2,3%
Etiopía	24	63	80	162,5%	27,0%
Malí	21	43	98	104,8%	127,9%
Guinea	25	57	51	128,0%	-10,5%
Egipto	17	24	40	41,2%	66,7%
Costa De Marfil	13	19	27	46,2%	42,1%
Iraq	20	18	21	-10,0%	16,7%
Camerún	13	18	23	38,5%	27,8%
Gambia	14	20	18	42,9%	-10,0%
Indonesia	6	11	12	83,3%	9,1%
Burkina Faso	4	9	14	125,0%	55,6%
Otros	32	40	45	25,0%	12,5%
Total General	985	1.636	1.741	66,1%	6,4%

Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016.

Tabla 6. Evolución de la población MGF en Andalucía según año de nacimiento. 2008-2016

Generación	Pobl. masculina			Pobl. femenina		
	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Antes 1970	5.356	5.940 (10,9%)	5.561 (-6,4%)	1.196	1.367 (14,3%)	1.269 (-7,2%)
1971-1980	8.155	11.315 (38,7%)	10.197 (-9,9%)	1.627	2.165 (33,1%)	2.076 (-4,1%)
1981-1985	3.093	6.150 (98,8%)	5.273 (-14,3%)	543	1.116 (105,5%)	1.131 (1,3%)
1986-1990	1.067	2.918 (173,5%)	2.945 (0,9%)	258	639 (147,7%)	811 (26,9%)
1991-95	256	974 (280,5%)	1.797 (84,5%)	199	300 (50,8%)	462 (54%)
1996-98	119	172 (44,5%)	508 (195,3%)	129	148 (14,7%)	206 (39,2%)
1999-01	188	194 (3,2%)	230 (18,6%)	155	184 (18,7%)	173 (-6%)
2002-04	271	304 (12,2%)	266 (-12,5%)	267	267 (0%)	241 (-9,7%)
2005-07	337	449 (33,2%)	312 (-30,5%)	316	381 (20,6%)	271 (-28,9%)
Total general	18.842	28.416	27.089	4.690	6.567	6.640

Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016. Entre paréntesis, crecimiento relativo.

Tabla 7. Evolución de la población MGF en Andalucía según año de nacimiento. Principales orígenes. 2008-2016

Generación	SENEGAL			Pobl. masculina			Pobl. femenina		
	2008	2012	2016	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Antes 1970	1.776	2.180 (22,7%)	2.052 (-5,9%)	288	349 (21,2%)	339 (-2,9%)	288	349 (21,2%)	339 (-2,9%)
1971-1980	2.395	3.893 (62,5%)	3.603 (-7,4%)	259	426 (64,5%)	481 (12,9%)	259	426 (64,5%)	481 (12,9%)
1981-1985	1.033	2.029 (96,4%)	1.944 (-4,2%)	75	219 (192%)	245 (11,9%)	75	219 (192%)	245 (11,9%)
1986-1990	375	907 (141,9%)	968 (6,7%)	64	124 (93,8%)	178 (43,5%)	64	124 (93,8%)	178 (43,5%)
1991-95	88	249 (183%)	414 (66,3%)	50	66 (32%)	118 (78,8%)	50	66 (32%)	118 (78,8%)
1996-98	43	61 (41,9%)	152 (149,2%)	32	39 (21,9%)	60 (53,8%)	32	39 (21,9%)	60 (53,8%)
1999-01	46	51 (10,9%)	79 (54,9%)	37	49 (32,4%)	45 (-8,2%)	37	49 (32,4%)	45 (-8,2%)
2002-04	53	66 (24,5%)	67 (1,5%)	70	69 (-1,4%)	60 (-13%)	70	69 (-1,4%)	60 (-13%)
2005-07	55	88 (60%)	81 (-8%)	58	74 (27,6%)	65 (-12,2%)	58	74 (27,6%)	65 (-12,2%)
Total general	5.864	9.524	9.360	933	1.415	1.591	933	1.415	1.591

Generación	NIGERIA			Pobl. masculina			Pobl. femenina		
	2008	2012	2016	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Antes 1970	750	815 (8,7%)	697 (-14,5%)	142	150 (5,6%)	138 (-8%)	142	150 (5,6%)	138 (-8%)
1971-1980	1.596	2.117 (32,6%)	1.942 (-8,3%)	771	957 (24,1%)	839 (-12,3%)	771	957 (24,1%)	839 (-12,3%)
1981-1985	295	616 (108,8%)	610 (-1%)	281	550 (95,7%)	487 (-11,5%)	281	550 (95,7%)	487 (-11,5%)
1986-1990	79	233 (194,9%)	243 (4,3%)	45	228 (406,7%)	235 (3,1%)	45	228 (406,7%)	235 (3,1%)
1991-95	10	53 (430%)	74 (39,6%)	12	62 (416,7%)	86 (38,7%)	12	62 (416,7%)	86 (38,7%)
1996-98	10	16 (60%)	35 (118,8%)	10	14 (40%)	25 (78,6%)	10	14 (40%)	25 (78,6%)
1999-01	39	35 (-10,3%)	30 (-14,3%)	30	37 (23,3%)	32 (-13,5%)	30	37 (23,3%)	32 (-13,5%)
2002-04	84	97 (15,5%)	71 (-26,8%)	78	82 (5,1%)	71 (-13,4%)	78	82 (5,1%)	71 (-13,4%)
2005-07	140	175 (25%)	90 (-48,6%)	114	162 (42,1%)	91 (-43,8%)	114	162 (42,1%)	91 (-43,8%)
Total general	3.003	4.157	3.792	1.483	2.242	2.004	1.483	2.242	2.004

Generación	MALÍ			Pobl. masculina			Pobl. femenina		
	2008	2012	2016	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Antes 1970	288	342 (18,8%)	342 (0%)	12	13 (8,3%)	8 (-38,5%)	12	13 (8,3%)	8 (-38,5%)
1971-1980	1.305	2.008 (53,9%)	1.717 (-14,5%)	12	19 (58,3%)	22 (15,8%)	12	19 (58,3%)	22 (15,8%)
1981-1985	859	1.902 (121,4%)	1.349 (-29,1%)	6	15 (150%)	30 (100%)	6	15 (150%)	30 (100%)
1986-1990	194	812 (318,6%)	750 (-7,6%)	5	20 (300%)	44 (120%)	5	20 (300%)	44 (120%)
1991-95	-	-	349	2	3 (50%)	25 (733,3%)	2	3 (50%)	25 (733,3%)
1996-98	-	-	61	-	-	-	-	-	-
1999-01	6	6 (0%)	8 (33,3%)	4	4 (0%)	4 (0%)	4	4 (0%)	4 (0%)
2002-04	-	-	11	8	9 (12,5%)	9 (0%)	8	9 (12,5%)	9 (0%)
2005-07	10	10 (0%)	12 (20%)	7	9 (28,6%)	8 (-11,1%)	7	9 (28,6%)	8 (-11,1%)
Total general	2.672	5.257	4.599	56	92	155	56	92	155

GHANA	Pobl. masculina			Pobl. femenina		
	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Antes 1970	636	559 (-12,1%)	526 (-5,9%)	87	97 (11,5%)	90 (-7,2%)
1971-1980	934	856 (-8,4%)	824 (-3,7%)	91	119 (30,8%)	125 (5%)
1981-1985	167	275 (64,7%)	255 (-7,3%)	16	43 (168,8%)	50 (16,3%)
1986-1990	59	123 (108,5%)	165 (34,1%)	13	14 (7,7%)	39 (178,6%)
1991-95	13	100 (669,2%)	147 (47%)	10	18 (80%)	41 (127,8%)
1996-98	4	7 (75%)	50 (614,3%)	7	8 (14,3%)	21 (162,5%)
1999-01	7	11 (57,1%)	15 (36,4%)	2	4 (100%)	4 (0%)
2002-04	13	17 (30,8%)	14 (-17,6%)	18	17 (-5,6%)	10 (-41,2%)
2005-07	29	38 (31%)	26 (-31,6%)	22	27 (22,7%)	16 (-40,7%)
Total general	1.862	1.986	2.022	266	347	396

GUINEA-BISSAU	Pobl. masculina			Pobl. femenina		
	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Antes 1970	442	509 (15,2%)	499 (-2%)	98	107 (9,2%)	103 (-3,7%)
1971-1980	337	381 (13,1%)	358 (-6%)	89	102 (14,6%)	100 (-2%)
1981-1985	160	173 (8,1%)	161 (-6,9%)	22	28 (27,3%)	36 (28,6%)
1986-1990	134	194 (44,8%)	214 (10,3%)	46	61 (32,6%)	59 (-3,3%)
1991-95	74	138 (86,5%)	298 (115,9%)	58	72 (24,1%)	87 (20,8%)
1996-98	25	38 (52%)	66 (73,7%)	42	44 (4,8%)	41 (-6,8%)
1999-01	47	40 (-14,9%)	32 (-20%)	41	39 (-4,9%)	33 (-15,4%)
2002-04	46	41 (-10,9%)	25 (-39%)	30	23 (-23,3%)	14 (-39,1%)
2005-07	30	25 (-16,7%)	15 (-40%)	41	29 (-29,3%)	16 (-44,8%)
Total general	1.295	1.539	1.668	467	505	489

MAURITANIA	Pobl. masculina			Pobl. femenina		
	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Antes 1970	426	462 (8,5%)	433 (-6,3%)	71	80 (12,7%)	69 (-13,8%)
1971-1980	485	657 (35,5%)	542 (-17,5%)	41	57 (39%)	52 (-8,8%)
1981-1985	114	265 (132,5%)	176 (-33,6%)	18	29 (61,1%)	31 (6,9%)
1986-1990	33	115 (248,5%)	68 (-40,9%)	19	26 (36,8%)	27 (3,8%)
1991-95	32	38 (18,8%)	36 (-5,3%)	23	25 (8,7%)	22 (-12%)
1996-98	10	14 (40%)	13 (-7,1%)	13	9 (-30,8%)	12 (33,3%)
1999-01	7	12 (71,4%)	7 (-41,7%)	12	12 (0%)	12 (0%)
2002-04	18	20 (11,1%)	12 (-40%)	12	16 (33,3%)	16 (0%)
2005-07	22	20 (-9,1%)	15 (-25%)	35	25 (-28,6%)	15 (-40%)
Total general	1.295	1.539	1.668	467	505	489

Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016. Padrón de población a 1-1-2016.
Entre paréntesis, crecimiento relativo.

Tabla 8. Distribución territorial de la población femenina según provincia de residencia y país de origen. Andalucía

Nacionalidad	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Total
Nigeria	344	114	87	109	75	18	1.146	511	2.404
Senegal	746	90	27	266	101	43	402	237	1.912
Guinea-Bissau	496	-	-	5	-	-	5	12	526
Ghana	234	-	-	8	7	-	210	22	490
Kenia	-	47	32	15	-	14	112	110	343
Mauritania	35	104	-	27	-	18	50	66	310
Mali	136	7	8	13	30	21	8	10	233
Guinea	78	16	-	17	9	-	57	28	217
Egipto	10	15	-	31	6	-	109	38	213
Iraq	7	-	-	34	-	-	114	15	175
Indonesia	9	16	-	7	-	-	116	10	164
Camerún	13	14	16	7	6	9	55	37	157
Etiopía	-	16	9	11	-	-	71	33	150
Costa de Marfil	16	6	6	10	-	-	41	18	102
Gambia	49	-	-	-	-	-	20	6	80
Malasia	-	5	-	-	-	-	37	6	58
Tanzania	-	-	-	-	-	-	11	28	49
Liberia	-	5	-	-	-	-	17	16	41
Burkina Faso	6	8	-	-	-	-	12	-	40
Togo	-	-	-	-	-	-	17	6	31
Otros países	14	6	4	12	2	3	56	28	125
Total general	2.216	481	224	587	259	147	2.666	1.240	7.820

Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016

Tabla 9. Distribución territorial de la población femenina de 0 a 14 años según provincia de residencia y país de origen. Andalucía

Nacionalidad	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Total
Nigeria	76	30	23	-	24	-	259	139	573
Senegal	209	18	5	57	24	7	96	39	455
Ghana	61	-	-	-	-	-	49	8	121
Mali	49	7	7	-	12	7	-	6	98
Mauritania	13	40	-	-	-	7	13	11	90
Etiopía	-	12	6	7	-	-	29	20	80
Guinea-Bissau	70	-	-	-	-	-	-	-	73
Guinea	25	-	-	-	-	-	15	-	51
Egipto	-	-	-	8	-	-	24	-	40
Costa de Marfil	-	-	-	-	-	-	7	9	27
Otros países	23	4	5	11	3	6	55	26	133
Total general	532	116	52	118	71	34	552	266	1.741

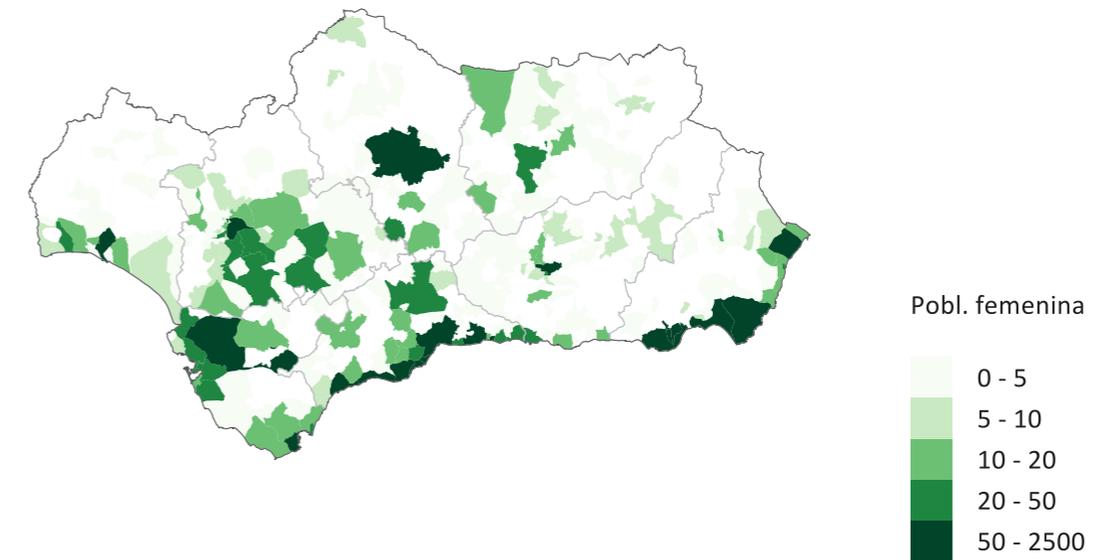
Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016

Tabla 10. 20 municipios con mayor número de población femenina MGF en Andalucía (7 principales países de orígenes de la CCAA)

	Nigeria	Senegal	Guinea-Bissau	Ghana	Kenia	Mauri-tania	Malí	Otras	Total general
Málaga	861	52	-	143	20	9	-	233	1.325
Roquetas de Mar	229	324	170	128	-	23	39	105	1.018
Sevilla	392	170	6	10	44	23	5	170	820
Granada	85	142	-	-	10	23	-	84	348
Marbella	40	56	-	46	5	6	-	143	296
Ejido, El	13	49	138	11	-	6	14	19	250
Vícar	23	93	56	22	-	-	33	17	247
Mojonera, La	-	50	119	7	-	-	-	-	184
Benalmádena	68	41	-	-	6	-	-	58	177
Fuengirola	32	55	-	-	6	6	-	74	173
Mijas	28	84	-	6	10	-	-	41	172
Almería	13	78	-	17	-	-	-	26	142
Huelva	60	46	-	-	-	-	-	19	129
Jerez de la Frontera	14	20	-	-	15	48	-	14	114
Córdoba	49	18	-	-	7	-	7	21	108
Torremolinos	29	7	-	-	-	-	-	59	103
Níjar	26	13	-	11	-	-	40	6	100
Algeciras	48	17	-	-	-	14	-	15	97
Estepona	9	10	-	-	8	14	-	41	84
Vélez-Málaga	20	34	-	-	-	-	-	-	63

Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016

Ilustración 4. Distribución de la población femenina de los orígenes MGF en Andalucía



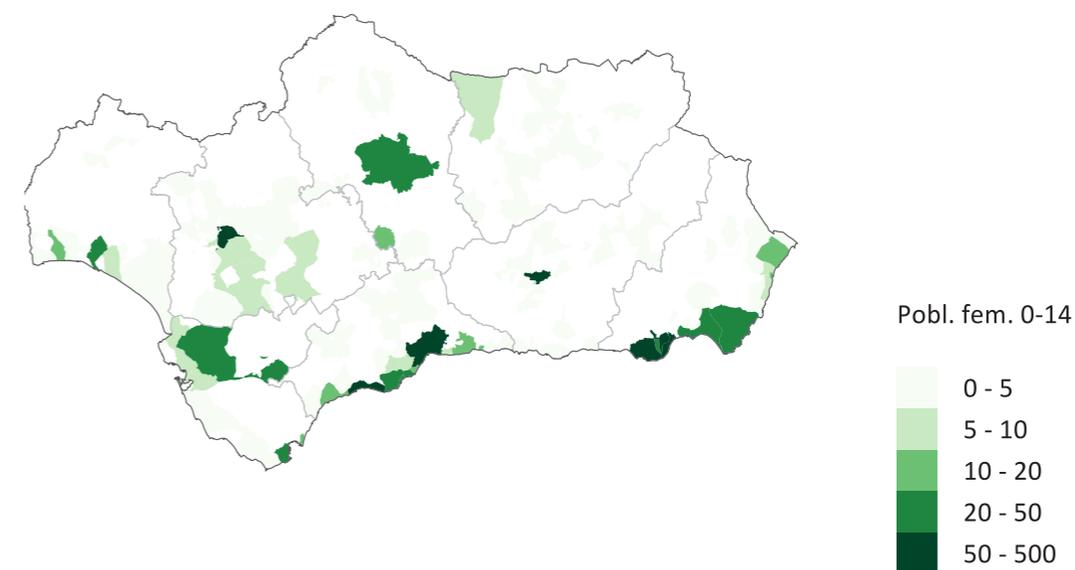
Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016

Tabla 11. 20 municipios con mayor número de población femenina MGF de 0 a 14 años en Andalucía (7 principales países de orígenes de la CCAA)

	Nigeria	Senegal	Guinea-Bissau	Ghana	Kenia	Mauri-tania	Mali	Otras	Total general
Málaga	190	10	-	31	-	-	-	60	296
Roquetas de Mar	52	87	26	28	-	-	14	33	248
Sevilla	107	28	-	-	-	-	-	37	183
Vícar	6	34	9	9	-	-	11	-	73
Marbella	7	17	-	15	-	-	-	25	66
Granada	15	28	-	-	-	-	-	16	62
Ejido, El	-	15	15	5	-	-	5	6	51
Benalmádena	25	12	-	-	-	-	-	-	41
Mojonera, La	-	16	20	-	-	-	-	-	39
Huelva	22	8	-	-	-	-	-	5	35
Algeciras	19	-	-	-	-	8	-	-	34
Córdoba	15	-	-	-	-	-	6	6	33
Níjar	6	5	-	-	-	-	17	-	31
Mijas	-	22	-	-	-	-	-	5	29
Jerez de la Frontera	-	-	-	-	-	20	-	-	28
Fuengirola	8	8	-	-	-	-	-	9	27
Almería	-	16	-	5	-	-	-	-	27

Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016

Ilustración 5. Distribución de la población femenina de 0-14 años de los orígenes MGF en Andalucía



Fuente: Fundación Wassu 2017 a partir del Padrón de población a 1-1-2016

ANTECEDENTES DE TRABAJO SOBRE MGF EN ANDALUCÍA

-
- 3.1. Antecedentes de trabajo
 - 3.2. Protocolos y herramientas existentes en materia de MGF
 - 3.3. Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales
 - 3.4. Sentencias y casos
 - 3.5. Agentes clave para la prevención
-

3.1. Antecedentes de trabajo

Desde hace casi dos décadas, se vienen realizando jornadas de sensibilización, formaciones y conferencias en varios formatos y en diversos territorios sobre las MGF, aunque no ha existido un Programa de formación y sensibilización implementado de manera generalizada y sistemática en Andalucía, dirigida a los/las profesionales de atención primaria en salud, servicios sociales y educación, entre otros agentes clave, que permita desarrollar habilidades interculturales a través del conocimiento y el respeto, para atender adecuadamente a mujeres y niñas, realizando tareas de prevención y de atención a las consecuencias de la práctica.

Diversas iniciativas pretenden ser un espacio de encuentro y reflexión para compartir pautas y estrategias de prevención y actuación frente a la práctica de la MGF. Destacan el Instituto Andaluz de la Mujer, la Asociación Andaluza de Matronas, así como Médicos Mundi Andalucía, la Universidad de Granada, con los talleres sobre “Interculturalidad, Diversidad y Género” organizados por el Departamento de Antropología y los seminarios del Instituto de Estudios de las Migraciones. La temática también ha sido abordada en el V Congreso “Universidad y Cooperación al Desarrollo” organizado por la Red Andaluza de Cooperación Universitaria al Desarrollo y Acción Social y Solidaria de la Universidad de Cádiz y en Sevilla, por la Asociación “Mujeres entre Mundos”.

Asimismo, la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo (AACID) ha puesto en marcha algunas iniciativas en África Subsahariana, particularmente en Burkina Faso y Malí, con la colaboración de Medicus Mundi Andalucía y Farmacéuticos Mundi. La AACID mantiene una especial atención a las necesidades básicas de mujeres y niñas en los proyectos de salud que ejecuta, y de

acuerdo al Plan Andaluz de Cooperación para el Desarrollo 2015-2018, se asienta en el enfoque basado en Derechos Humanos de Género en Desarrollo, con lo que intenta garantizar la integración de la lucha contra las desigualdades de género.

3.2. Protocolos y herramientas existentes en materia de MGF

En 2015, se publica el *Protocolo Andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género*, donde se incluye un capítulo a la actuación sanitaria a mujeres en situaciones especiales, entendiendo como tal, la MGF. En este protocolo, se considera la práctica como un delito de lesiones, teniendo el personal sanitario la obligación legal de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial cuando se detecte una MGF (ver capítulo "El rol de los profesionales")

Entre las actividades preventivas recomendadas se encuentran:

- **Colaboración entre servicios:** comunicación de mujeres embarazadas de una niña, quedando constancia de ello en el documento de salud de la embarazada (DSE), así como en el documento de salud infantil (DSI), una vez que la niña naciera.
- **Registro en la historia clínica** materna y de la recién nacida sobre el factor de riesgo que conlleva que su madre haya sufrido una MGF.
- **Fomento de las revisiones pediátricas de la recién nacida**, informando de los riesgos que conlleva la práctica para la salud de la niña.
- **Intervenciones educativas de prevención con las familias**, tanto del personal médico como de enfermería familiar gineco-obstetricia o pediatría.

Además, se recomienda establecer puntos de observación en los centros de vacunaciones internacionales adonde podría acudir la familia antes de su viaje al país de origen y donde existe mayor riesgo documentado de que se le practique a la niña la MGF.

Entre las acciones recomendadas a realizar en los casos de situación de riesgo inminente, se encuentra la coordinación entre profesionales, el compromiso preventivo y las consecuencias legales que podría tener para la familia que a la niña se le practique la MGF, derivación a asociaciones contra la MGF y comunicación al servicio de protección de menores si la actitud de la familia es pro MGF. Una vez que la niña regrese del viaje al país de origen de sus padres, ha de ser examinada. En el caso de que no acudiera a la cita, tendría que ponerse en contacto con el servicio de protección de menores. En

el caso de confirmación de MGF, se ha de comunicar a la fiscalía de menores, con los equipos mujer-menor de la Guardia Civil (EMUMES), se programarán controles y seguimientos a la niña. Además, las mujeres con MGF tendrán que seguir un mayor control durante el embarazo y parto.

Actualmente las *herramientas* existentes en materia de MGF en Andalucía son las siguientes:

En 2008, Medicus Mundi Andalucía publica "Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud", documento que contextualiza el fenómeno de la MGF y proporciona ejemplos de proyectos focalizados en la erradicación de la práctica en Burkina Faso.

<http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/cd2/index/assoc/mm0033.dir/mm0033.pdf>

En el mismo año, Medicus Mundi "Mutilación Genital Femenina. Abordaje y prevención" que ofrece orientación, claves e información a profesionales del campo de ginecología y obstetricia para abordar problemas relacionados con la MGF y con la prevención de la práctica.

http://bbpp.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1237830001_GuiaIpeq.pdf

3.3. Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales

Según estudios realizados con profesionales del ámbito sanitario, principalmente de Atención Primaria, aún queda mucho por recorrer en su capacitación en materia de MGF. Se pone de manifiesto la falta de conocimientos entre profesionales y se cuestiona si esta situación conlleva la no identificación de niñas en situación de vulnerabilidad (Kaplan, 2009; León-Larios, 2014, Tammadon, 2006, Abdulcadir, 2014).

En España, Kaplan et al. (2009) desarrollaron intervenciones de capacitación en prevención y atención de la MGF con profesionales, estableciendo una línea de base de conocimientos, actitudes y prácticas antes de las intervenciones y posterior a éstas. Las conclusiones a las que se llegaron pusieron de manifiesto que se incrementó la detección de MGF en consulta por parte de estos/as profesionales tras las formaciones recibidas. Además, se constató la falta de conocimientos sobre el fenómeno de la MGF entre los proveedores de cuidados.

En Andalucía, León-Larios & Casado-Mejía estudian los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) profesionales de las matronas de atención primaria de la provincia de Sevilla con respecto a la MGF, durante los meses de octubre y noviembre de 2009. Se envía un cuestionario CAP a 80 matronas.

Responden 55 mujeres (80,88%) y 12 hombres (17,65%). El distrito sanitario de mayor respuesta fue el de Sevilla capital.

Las matronas suelen estar en contacto directo con las mujeres durante el seguimiento de la gestación, en la atención al parto y en el postparto. Debido a esta circunstancia, son agentes claves en la detección de la MGF y en la prevención de la misma cuando la gestante esté embarazada de una niña.

En relación a los conocimientos sobre MGF, la definen correctamente el 41,18%, identificando los tres tipos. La respuesta más común es definirla como extirpación del clítoris (54,41%). Las razones por la cuáles se realiza la práctica las definen correctamente sólo un 4,41% y en cuanto a los países donde se practica, aunque un 72,3% percibe que conoce la respuesta, solo un 13% los define correctamente. Un 40,30% de las matronas dice haber recibido información previa en materia de MGF (incluyendo información en prensa, revistas, internet, etc.), aunque el 98,48% afirma no conocer ningún protocolo al respecto.

En relación a las actitudes profesionales frente a casos de MGF, un 92,05% conversaría con la gestante para así descartar un futuro riesgo de realizar la MGF si fuera niña. Se encuentra que el interés por el fenómeno de la MGF no viene motivado por atender a población procedente de los países donde se practica, sino que es generalizado (86,20%). De todos modos, el 68,85% afirma que atiende en sus consultas a mujeres de estos orígenes, pero solo 6 profesionales manifiestan haber detectado algún caso (0,09%). El estudio concluye que no es posible determinar si los/las profesionales han tenido realmente casos en sus consultas, pero por desconocimiento no han sabido identificarlos.

En segundo lugar, se realizan 3 grupos de discusión con 8 matronas. En relación a los conocimientos, coincidiendo con los resultados de los cuestionarios, las profesionales afirman disponer de conocimiento en materia de MGF, pero en realidad, disponen de información incompleta sobre qué es la práctica, las razones por las cuales se continúa realizando y los países donde se lleva a cabo. Por otro lado, respecto a las experiencias profesionales, la detección de casos es referida como poco habitual:

“Yo nunca he tenido ningún caso” “Ni yo” “Eso aquí no llega” “es que cuando exploras a una mujer no se te ocurre buscarle el clítoris” (matronas GD1)

“Yo nunca he visto ningún caso, a pesar de que he visto a mujeres de países donde se hace” (matrón GD3)

Extraído de León-Larios & Casado-Mejía (2012)

La formación recibida es percibida como escasa, y existe desconocimiento de protocolos y guías de actuación para la detección de casos. Tampoco es conocida la legislación autonómica y nacional al respecto.

Una vez más, se observa el desconocimiento de los/las profesionales sobre esta práctica y sus características, así como la necesidad de seguir concienciando. El género también es considerado un factor condicionante en el abordaje de la práctica, de modo que ha de ser tenido en cuenta cuando se desarrollen estrategias preventivas y de formación. Los profesionales varones consideran que el hecho de ser hombre les condiciona para poder abordar el fenómeno con las mujeres procedentes de países donde se realiza la práctica debido a barreras culturales (León-Larios & Casado Mejía, 2012).

3.4. Sentencias y casos

Como en el resto de estado español, no existe un registro de casos de MGF unificado. En Andalucía se han detectado casos en un número no concretado, aunque la intervención fue realizada durante los períodos vacacionales que tienen lugar en el país de origen. Se han dado casos conocidos a través de la coordinación con el ámbito sanitario, donde llegan mujeres y menores a las urgencias; y en el ámbito educativo, donde también se han detectado casos en colegios e institutos de la provincia.

En el Parlamento de Andalucía, la Ley 1/1998 de 20 de abril de los Derechos y la Atención al Menor, expuso en su artículo 10 “Salud” y en el 11 “Educación” la necesidad de colaborar ante la existencia de situaciones de desprotección o riesgo para los menores por parte de los profesionales del ámbito de la salud y la educación. Se recogían bajo esta premisa los casos de MGF que se pudieran detectar en menores.

El Parlamento de Andalucía, con fecha 20 de mayo de 2006, aprobó por unanimidad una proposición de ley en la que insta al Consejo de Gobierno de la Junta a propiciar acciones de atención a mujeres y niñas sometidas a la MGF y, especialmente, prevenir que niñas residentes en la comunidad autónoma sean víctimas de la práctica mediante la sensibilización y formación en los ámbitos educativo, social y sanitario contando para ello con las organizaciones de mujeres, ONGs y comunidades.

3.5. Agentes clave para la prevención

Tal como se ha desprendido de numerosos estudios, los profesionales de la salud, sobre todo en el ámbito de la atención primaria, son agentes clave para la prevención de la MGF (Kaplan et al, 2009; 2010; Purchase et al., 2013; Zaidi et al., 2007; León-Larios & Casado-Mejía, 2012). Entre las medidas preventivas que se establecen como necesarias para la prevención de la MGF, están las actividades de educación sanitaria y social en el ámbito comunitario y las consultas programadas o protocolizadas de seguimiento a las niñas.

Los servicios sanitarios son un espacio idóneo para el abordaje del problema de la MGF, por este motivo la sensibilización y formación de los profesionales se plantea como una estrategia promotora para la erradicación (Abdulcadir et al, 2015). También se debe contar con los servicios sociales y la escuela. Además, es importante incluir a las asociaciones de mujeres migrantes y las ONGs que colaboran con la Junta en Andalucía en proyectos de concienciación y formación de las familias.

4

EL ROL PROFESIONAL EN ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MGF

-
- 4.1. El abordaje a la MGF
 - 4.2. Intervención preventiva de la MGF
 - 4.3. Escenarios de la MGF
 - 4.4. Cómo construir un diálogo intercultural
 - 4.5. Materiales para la intervención con familias
 - 4.6. Cuestiones éticas y dilemas profesionales
-

La incorporación a nuestra sociedad de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde la realización de la MGF tiene un fuerte arraigo identitario, nos enfrenta a este tipo de prácticas tradicionales. Estas son perjudiciales para las niñas y las mujeres, afectando gravemente a su salud sexual y reproductiva y vulnerando sus derechos humanos fundamentales. Para los/las profesionales que trabajan en atención directa con las familias, supone descubrir realidades culturales desconocidas y ajenas, y enfrentarse a nuevos retos asistenciales en el marco de procesos complejos de aculturación e integración social.

El acompañamiento a las familias para la prevención y la atención de la MGF en los ámbitos sociosanitarios y educativos, es posible si se tiene en cuenta que se accede a un espacio íntimo e identitario de la mujer (la MGF lleva la marca de su cultura y de su feminidad). El cambio debe promoverse desde el diálogo y el respeto a la persona y a su cultura. **Es crucial que los y las profesionales hayan sido sensibilizados, capacitados y formados en materia de MGF, y que exista una coordinación entre profesionales de la salud, servicios sociales y educación** (cuando se valore la necesidad).

Los servicios de atención primaria, por sus propias características, se presentan como un entorno privilegiado y clave para la prevención y la atención de la MGF:

- **Accesibilidad:** en muchas ocasiones constituye el primer contacto de la población con el sistema de salud.
- **Continuidad:** permite la relación entre profesionales y familiares en diferentes momentos de la vida y por motivos diversos, favoreciendo la relación de confianza, necesaria para abordar el tema de la MGF.

- **Intersectorialidad:** existe una relación fluida con otros/as profesionales y servicios implicados en el territorio (pediatría, ginecología, servicios sociales, técnicos municipales, profesorado, entidades sociales, etc.).
- **Atención a la familia:** se genera un conocimiento de la composición de esta y de las relaciones familiares.
- **Atención comunitaria:** posibilidad de relación con la comunidad, con el objetivo de elaborar un plan de salud integral para la prevención de la MGF en el territorio. Además de sensibilizar, informar sobre derechos humanos y consecuencias sanitarias y legales de la práctica.

4.1. El abordaje a la MGF

Abrir un tema extremadamente sensible y complejo, y **proponer un cambio en la perspectiva que las mujeres tienen de la MGF, supone acceder a una de las vivencias más íntimas y dolorosas que han podido vivir.** No es fácil abrirse y compartir con otras personas esta experiencia profundamente imbricada con su identidad y pertenencia al grupo. Supone hacer un camino hacia la recreación de sí mismas como mujeres fieles a los suyos y, al mismo tiempo, posibilitadoras de rupturas y rearticulaciones necesarias. **Es un nuevo lugar desde el cual pensarse:** no es el de su origen, pero tampoco puede ser el de la mujer occidental. Este lugar y el camino para llegar deben trazarlo ellas mismas, entre ellas, con otras, con sus parejas, con tiempo y con libertad para no ser ni asimiladas ni segregadas, sino ellas mismas.

El acompañamiento durante el proceso de cambio en espacios socio-sanitarios y educativos, **sólo es posible si se tiene en cuenta la necesidad de diálogo, reflexión y aprendizaje conjunto.** Debemos tener presente que hay elementos y valores que las personas podemos cambiar y negociar cuando nos encontramos y nos confrontamos con el otro. Esta posibilidad de cambio se explica porque no tenemos que transgredir los límites de nuestros valores de referencia, de nuestro marco cultural, ni de nuestra pertenencia a una comunidad o sociedad.

Modificar la práctica de la MGF, en cambio, **supone romper con la norma establecida en la sociedad de origen.** Para las mujeres migrantes, la obligación de cambio les viene dado por un marco jurídico que se inserta en un contexto de desigualdad social y la relación histórica entre dominante-dominado. Confrontarse con la diferencia, no obstante, se puede vivir como una oportunidad de aprendizaje y de transformación de conflictos cuando hay un diálogo “libre” de etnocentrismos, prejuicios, estereotipos, preconcepciones, imposición de valores y modelos de vida.

Para un abordaje de la MGF por parte de los/las profesionales es necesario establecer una relación de confianza entre las personas directamente implicadas en el tema: por un lado, mujeres, niñas, hombres, jóvenes y familias que provienen de países donde se realiza la MGF, y, por otro lado, de profesionales de la salud, servicios sociales y educación, y otros profesionales implicados.

Se propone que el/la profesional incorpore el tema de la MGF en su práctica profesional como un tema más a tratar desde la educación para la salud. El objetivo es, a través de esta relación de confianza generada, y de la legitimidad adquirida como profesional que cuida del bienestar biopsicosocial de las familias, poder realizar abordajes que empoderen con conocimiento y respeto. A través de aproximaciones respetuosas y con conocimiento de la realidad sociocultural de la práctica, **los/las profesionales pueden desarrollar un abordaje preventivo en las niñas, y atender las potenciales consecuencias con las que estén conviviendo las mujeres.** La familia debe ser la protagonista del cambio, considerando a sus miembros como sujetos activos de su propia vida. Transmitimos conocimiento desde nuestra posición profesional, a través de la construcción de un clima de confianza y tolerancia, desde la flexibilidad, la cercanía y paridad, más que de la distancia y superioridad, para que los padres y madres puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y la de sus hijas.

Para crear este clima, son importantes actitudes como:

- **Congruencia:** implica coherencia y autenticidad.
- **Aceptación:** consiste en aceptar a la otra persona tal como es, teniendo en cuenta todos los aspectos de la persona (sociales, culturales, tradicionales, religiosos, familiares, etc.)
- **Valoración positiva:** considerar a la persona que tenemos delante como valiosa y con capacidad de actuar de una manera constructiva; darle valor, confiar en él o en ella.
- **Empatía:** se trata de ponerse en el lugar del otro para reconocer e identificar los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de la otra persona sin confundirlos con los míos, comprenderlos, darles una respuesta afectiva y estar en disposición de ayudarla.

Por este motivo, **los/las profesionales deben ir construyendo la competencia intercultural e incorporarla en su práctica profesional.** Cabe destacar que cada vez son más profesionales comprometidos con la prevención y es crucial que sean debidamente formados para poder ofrecer una atención coordinada e integral sobre el tema.

4.2. Intervención preventiva de la MGF

La intervención preventiva de la MGF se refiere a cualquier acción de educación para la salud que los y las profesionales puedan emprender **con el propósito de generar actitudes positivas que fomenten el abandono de la práctica**. El objetivo de esta intervención es impedir que se realice una MGF a bebés, niñas, jóvenes y mujeres, contribuir a una mejora en su salud psicosexual y reproductiva, y ofrecer acompañamiento a quienes la hayan padecido, en caso necesario. **Las intervenciones preventivas se realizan en el marco de los servicios de salud, servicios sociales, educación y otros servicios relacionados con la atención a las personas** - desde un enfoque amplio de educación para la salud. Principalmente se llevan a cabo entre profesionales y las mujeres (madres o posibles futuras madres de niñas), pero también con los hombres (incluyéndolos cuando sea posible), jóvenes, la familia y la comunidad extensa.

La prevención supone afrontar **nuevos retos de intervención que requieren de una sensibilización, formación y capacitación específica en materia de MGF** a los y las profesionales implicados. Las intervenciones deben enfocarse en el empoderamiento y en la transferencia del conocimiento, desde el respeto y la sensibilidad. Se debe implicar al entorno familiar de las niñas en riesgo o afectadas, así como a las comunidades de personas procedentes de países donde se realiza la práctica y que viven en España. **La intervención que se realice tiene un impacto más allá, en las comunidades que residen en los países de origen.**

Compete específicamente a los servicios del ámbito de la salud la atención a las múltiples consecuencias y complicaciones de la MGF sobre la salud de niñas, adolescentes, mujeres jóvenes y adultas. En este abordaje, los/las profesionales de los equipos de atención primaria, y especialmente los de pediatría, se sitúan en un lugar clave para la prevención y detección de estas prácticas, ya que las consultas periódicas y frecuentes de control de salud de niñas y niños, lo favorecen. Pero no únicamente, ya que en ocasiones la detección y oportunidades de prevención surgen en los servicios sociales o en el ámbito educativo. Los capítulos sobre intervenciones desde la salud, servicios sociales y educación focalizan en el papel de cada ámbito con mayor profundidad.

Las intervenciones preventivas se deben llevar a cabo a lo largo de la vida de las niñas a través de las relaciones que construimos con las familias que asisten a las consultas de los distintos servicios. Se trata de ir creando relaciones de confianza dentro de la atención y el acompañamiento más amplio que les brindamos, para una mejora de su salud biopsicosocial. **Deben evitarse las tensiones que se crean frente a la inmediatez de un viaje al país de origen.** A través de conversaciones a lo largo de los

años en contextos no amenazadores, será viable reemprender y reforzar el tema en la eventualidad de un viaje. **Es importante realizar los abordajes con el tiempo necesario para hablar del tema desde la tranquilidad.**

Lamentablemente, cuando los/las profesionales de la salud, servicios sociales y educación descubren que una familia está a punto de viajar a su país de origen y creen que hay riesgo de circuncidar a las niñas, puede ser demasiado tarde para hacer un trabajo preventivo serio que permita crear confianza con las personas y concienciarlas de las consecuencias de estas prácticas tradicionales perjudiciales para la integridad física y psíquica de las niñas. **Denunciar o no el caso in extremis o como último recurso, ha de conducir necesariamente a buscar en la relación a lo largo del tiempo, posibilidades y alternativas más viables para los profesionales, a la vez que dignas y respetuosas para las familias.**

En cuanto al trabajo en prevención y atención a las MGF, la OMS (1998) define en su informe sobre la violencia contra las mujeres, **unas funciones mínimas a desarrollar cuando hablamos sobre violencia de género** desde los sistemas sanitarios, sociales y educativos:

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

A continuación, se presentan algunas **situaciones durante la práctica profesional en los ámbitos de la salud, servicios sociales y educación, en las cuáles se puede detectar una MGF:**

- Durante un control de embarazo.
- Durante una revisión ginecológica, por embarazo o problemas de salud.

- En una revisión pediátrica de las niñas, dentro de los protocolos de salud en la infancia.
- En las actividades preventivas que se llevan a cabo en los servicios de salud.
- Ante un viaje al país de origen.
- En el seguimiento de una familia desde los servicios sociales.
- Desde la escuela porque se detecte una situación de riesgo, por viaje o sospecha de MGF.

En estas situaciones, y en caso que se considere pertinente, dependiendo del nivel de confianza y el momento, se podrá empezar a hablar del tema, por ejemplo, preguntando a la mujer si en su cultura se realiza la práctica y si ella ha pasado por ésta. A partir de aquí, se puede empezar a realizar un trabajo de prevención ajustada a cada caso concreto.

Factores de riesgo de la MGF

En relación a los **factores de riesgo de que una MGF se pueda realizar**, encontramos los siguientes hechos:

- Pertenecer a una etnia que practica la MGF.
- Pertenecer a una familia donde a la madre y/o las hermanas mayores, se les ha realizado la práctica.
- Pertenecer a una familia donde el mito del retorno al país de origen está presente, por lo que resulta importante la integración en su comunidad originaria.
- Proximidad de un viaje de la familia al país de origen con motivo de vacaciones o de presentación de la niña a la familia en origen.
- Verbalización por parte de la familia de una postura favorable a esta práctica.

VALORACIÓN DEL RIESGO:

Es muy importante tener en cuenta que se trata de **factores que deben ponernos en alerta, pero que no necesariamente implican la realización de la MGF de forma inminente**. Estos factores se deben contrastar con la familia y realizar una valoración al respecto, si es necesario, en coordinación

con otros/as profesionales de referencia de la familia. Es pertinente conocer los antecedentes de la MGF en la familia, el posicionamiento de la madre y del padre, así como las posibles presiones para su realización por parte de la familia extensa en origen.

El Compromiso Preventivo

Resultan **prioritarias las intervenciones preventivas eficaces, que incidan sobre las familias y los entornos comunitarios, tanto en el país de acogida como en el de origen** y antes que los padres y madres de las niñas deban afrontar estos dilemas y conflictos de lealtades con sus orígenes. Una herramienta de apoyo en este sentido, que ha dado muy buenos resultados en la prevención de la práctica, es la carta de Compromiso preventivo.

En 1998, Kaplan participa en el reto de un acompañamiento preventivo con una familia, con el fin de evitar que su hija fuera sometida a una MGF durante sus vacaciones en Gambia. A pesar de que los padres querían proteger a la niña, no podían confrontar a sus mayores en su comunidad de origen, ya que son las ancianas, como custodias de la tradición, quienes tienen la última palabra en cualquier decisión que concierne a los miembros de la comunidad, en una sociedad gerontocrática.

En respuesta, **se elabora una carta explicando las consecuencias legales para los padres en caso de que la niña padeciera una MGF, firmada y sellada por el profesional sanitario que realizó el acompañamiento con el logo de la institución**. Esta eficiente herramienta preventiva de la MGF, que evita que las abuelas consideren la actitud de los padres como un desafío a su autoridad, fue validada mediante la contrastación empírica de 11 casos en 6 pueblos diferentes, siempre con excelentes resultados. **Nace así el compromiso preventivo**, un documento en forma de carta firmado por el/la profesional sanitario/a que acompaña a la familia y por la misma, donde esta se compromete a vigilar y cuidar de la salud de sus hijas durante su estancia en el extranjero.

Este documento ha sido desarrollado para que los padres y madres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen como elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas. **Permite fortalecer el compromiso de los progenitores para evitar la MGF y descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen.**

1. Identificación, por parte de los/las profesionales, de una situación de riesgo para las niñas de sufrir una MGF. Conocimiento del entorno familiar de las niñas.
2. Aproximación a los aspectos culturales.
3. Identificación de actitudes del padre y/o la madre (al menos uno de ellos) hacia las MGF.
4. Asegurar una buena comprensión idiomática.
5. Información a los padres y/o madres sobre:
 - Riesgos y problemas físicos.
 - Riesgos y problemas psico-afectivos.
 - Riesgos y problemas legales.
 - Alternativas posibles a la MGF.
6. Plan de intervención antes y después del viaje al país de origen.
 - **Una copia del compromiso preventivo será custodiada por el/la profesional responsable** de la atención a la niña. Se elaborará un registro que permita identificar el número de intervenciones realizadas y el resultado, con un seguimiento periódico del caso.
 - **La obtención del compromiso preventivo no excluye ni sustituye otras medidas judiciales** a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, cuando hay un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas.

4.3. Escenarios de la MGF

¿Cuáles son los escenarios con los que se puede encontrar el/la profesional en relación a la MGF?

Presentamos las situaciones posibles más frecuentes y algunas reflexiones sobre estos escenarios para acompañar el abordaje profesional en cada uno de ellas. Sería indicado explorar las posibles complicaciones para la salud que puedan estar presentes en la niña o mujer y valorar el ofrecer acompañamiento o derivación a algún servicio, en caso necesario:

1. Mujeres adultas que llegan a España con una MGF practicada.

Que a la mujer se le haya realizado una MGF puede considerarse un factor de riesgo en caso que tenga o vaya a tener hijas. Sería indicado trabajar con ella y la familia para prevenir una potencial realización de la práctica en las niñas.

2. Niñas que llegan a España por reagrupación familiar con una MGF practicada.

NO es pertinente realizar actuaciones legales. Que a una niña se le haya practicado la MGF se consideraría un factor de riesgo para las hermanas y, por lo tanto, sería recomendable emprender acciones de intervención preventiva con la familia.

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

En este caso debemos realizar un parte de lesiones y comunicar la situación a los cuerpos de seguridad o a fiscalía de menores. Nos encontramos delante de un dilema profesional si no se ha tratado el tema anteriormente con la familia en España.

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

Estrictamente, según la ley, este también sería un escenario para comunicarlo al juzgado. Aunque consideramos que se debería valorar el contexto de cada situación y los factores que pudieran estar interviniendo.

5. Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF en España o en otros países europeos.

No se tiene conocimiento de que la MGF se practique en territorio español desde los años 90. En caso que así fuera, con una valoración previa, se actuaría como en el caso del escenario 3.

6. Familias en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no.

Suelen ser niñas nacidas en origen que han venido por reagrupación familiar y que sus padres, a partir de un trabajo de sensibilización, han decidido no continuar con la realización de la práctica a

sus hermanas nacidas en España. En este caso, es importante tener en cuenta los sentimientos de culpabilidad, rabia o traición que se pueda generar, tanto en la madre, como entre las hermanas. En algunos casos, se puede ofrecer un acompañamiento psicológico o derivar a la familia a otro servicio para tratar estos temas.

7. Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada.

Los padres adoptivos desconocen en general este hecho. Cuando desde pediatría se descubre que la niña ha sufrido una MGF, suelen vivirlo con angustia. Se recomienda un acompañamiento a estas familias.

4.4. Cómo construir un diálogo intercultural

Entramos en el terreno de la comunicación y el diálogo, de visiones del mundo y experiencias humanas que se ponen en relación, de la narración de trayectorias e historias singulares que hacen referencia a la construcción de la identidad cultural y de la identidad como mujer. **El contexto cultural y social en el que se inserta la MGF marca seriamente la intervención sociosanitaria y educativa.** Es un ambiente propicio para conflictos que, aun siendo inherentes a la relación intercultural, causan malestar en las dos partes e impiden realizar una labor en común.

Al abordar el tema de la MGF, se presentan dos cuestiones: por un lado, ninguna de las partes domina la lengua del otro, hecho que dificulta tener una conversación fluida y con los matices necesarios para tratar temas sensibles y delicados. Por otro, se añade la dificultad de no disponer de herramientas para comprender el mundo del otro y controlar los límites que no deben traspasarse cuando se intenta ofrecer apoyo y acompañamiento en los procesos de cambio de normas, valores y costumbres. Ofrecemos a continuación algunos aspectos que se deberían tener en cuenta para realizar un diálogo intercultural en materia de MGF:

Aspectos clave para un diálogo intercultural:

- **Habilidades comunicativas para profesionales**

El/la profesional debe servirse de su sentido común y las habilidades comunicativas adquiridas a lo largo de su vida profesional, en atención directa con familias. Es importante, asimismo, incorporar una mirada de diálogo intercultural a través de la formación y ser empoderado/a al respecto. Debemos

ser conscientes de nuestros propios prejuicios para intentar escuchar con la mente lo más abierta y disponible hacia la persona que tenemos delante. Esta persona tiene un universo psicológico, emocional, social y cultural que debe ser tenido en cuenta y respetado. Plantear preguntas abiertas y mantener una escucha activa y empática, que deje espacio para las opiniones y sentimientos del otro/a, siguiendo los criterios de una entrevista motivacional.

En cualquier acto de relación interpersonal es preciso cuidar el entorno, pero ante un tema tan delicado como éste, resulta fundamental. **Algunos factores facilitadores de la comunicación son:**

- Cuidar el espacio físico evitando interrupciones.
- Adecuar los horarios y proveerse del tiempo suficiente para la intervención. Tener en cuenta la situación sociolaboral de la familia para facilitar la asistencia a la visita.
- Valorar con quién es adecuado intervenir (con la mujer sola, con el hombre, con ambos, con hijos/as presentes, etc.).
- El idioma puede generar problemas en la comunicación. No se recomienda utilizar terceras personas como intérpretes, especialmente menores.

Cuando alguien con quién intentemos hablar sobre la MGF se niegue a hablar sobre ello, no debemos obligarle. Es conveniente posponerlo e intentarlo en otro momento.

- **Sensibilización, formación y capacitación profesional en prevención y atención de la MGF**

Los y las profesionales deben haberse sensibilizado y formado en materia de MGF. Es crucial adquirir una mirada socioantropológica de la práctica y conocer las razones que la sustentan: "lo dice la tradición, la religión", "una mujer circuncidada es una mujer limpia", "preserva la virginidad", "una mujer circuncidada es más fértil". A veces resulta útil buscar ejemplos en su entorno que permitan plantear a las familias que no es un precepto religioso, como el hecho de que existan otras mujeres musulmanas que no lo practican. Resulta de apoyo a la intervención, conocer argumentos que deconstruyan la legitimidad de la práctica y poder informar con conocimiento sobre las consecuencias para la salud y legales de la MGF (Kaplan, 1998).

- **Relación de confianza con la familia**

Es conveniente un conocimiento y una relación previa con la familia para poder entrar en materia de MGF. Una vez esta haya sido construida, se puede preguntar sobre la práctica con más naturalidad. Normalmente existe más tabú por parte de los/las profesionales respecto a este tema que, por parte de las mujeres mismas, ya que para ellas es habitual, aunque íntima y enmarcada dentro del mundo secreto de las mujeres. Podemos preguntar directamente por ser esta familia procedente de países donde se practica la MGF, o a causa de un problema de salud detectado en relación a esta. También, en base a un potencial viaje al país de origen - aunque se debe procurar haber tratado este tema antes de que esto suceda y a lo largo de la vida de la niña.

Es prioritario construir la relación desde la confianza y el diálogo intercultural, evitando actitudes culpabilizadoras y amenazantes, posturas agresivas y actitudes de juicio y control, siendo cuidadosos y respetuosos al plantearlo. Es importante tener claro que se trata de escuchar y no juzgar; sin olvidar reiterar los mensajes de que la práctica es perjudicial para la salud de las niñas y no es legal en este país.

Se deben evitar tensiones creadas ante la inmediatez de un viaje. La atención se debe poner en las obligadas medidas de prevención de la salud que han de seguirse en todos los viajes al país de origen que la familia hace habitualmente (profilaxis de la malaria, vacunas, agua, verduras crudas...). En este contexto general, tenemos el punto de encuentro con las familias y la posibilidad de diálogo en torno a otros riesgos para la salud de las niñas, como por ejemplo la MGF.

Es importante tener en cuenta el valor africano de pertenencia a la comunidad. En este sentido, es crucial implicar a los hombres desde su lugar de esposos y padres en la toma de decisión. Aunque la práctica forme parte del mundo secreto de las mujeres, no significa que los hombres no puedan ser influyentes. De hecho, los hombres pueden jugar un rol importante en la prevención, ya que una vez sensibilizados sobre la temática, se abre una barrera importante que permite hablar con las mujeres de un tema de mujeres y tener un rol activo en la decisión de no mutilar a sus hijas.

- **Empoderar con conocimiento**

Es necesario empoderar con conocimiento adecuadamente a las familias. Esto es posible si se conocen bien los problemas de salud que ocasiona la MGF, la vulneración de los derechos humanos, las leyes que la prohíben, las campañas de prevención en los países de origen; es decir, cuanta más información del tema, más argumentos se tienen a la hora de plantear la prevención con las familias. En este sentido, debemos resguardarnos en la figura del profesional legitimado que cuida de la salud biopsicosocial de las personas y las familias. Es por esto que abordamos el tema.

- **Respeto y conocimiento de la cultura y la tradición**

A su vez, es conveniente resaltar aspectos positivos de su cultura que son relevantes. Para los recién llegados, es importante saber y conocer que para nosotros hay cosas buenas que ellos nos pueden aportar y que nosotros podemos aprender. Esto conviene remarcarlo, ayuda a aumentar el grado de confianza y cercanía con las personas recién llegadas.

Las diferencias culturales existen y son importantes: la percepción del cuerpo, el concepto de salud/enfermedad, violencia o maltrato, es diferente dependiendo de las culturas a las que cada persona pertenece. Es necesario señalar que han decidido vivir en un país donde hay una serie de prácticas tradicionales que están prohibidas por la ley. Nuestra actitud ha de dejar claro nuestro posicionamiento en contra de la MGF y nuestra obligación de denunciarlo en caso de que sea necesario. En cualquier caso, se deben evitar actitudes paternalistas, porque disminuyen la autoestima y no favorecen la autoresponsabilidad.

Según como se plantee, puede haber por parte de las familias implicadas un rechazo o una negativa a abordar el tema de la MGF. Todo acercamiento se ha de hacer desde el respeto: el conocimiento de su cultura, entendiendo la religión, las costumbres, símbolos y tradiciones, permitirá reforzar aspectos positivos y valorados en el país de acogida, como, por ejemplo, el concepto que se tiene de familia, el cuidado de los hijos y los mayores, la lactancia materna y aspectos de solidaridad comunitaria, entre otros.

- **Cómo nombrar la MGF con las familias/comunidades**

Se recomienda que para tratar el tema con las familias, se usen otro tipo de términos que pueden ser de mayor entendimiento y mejor recibidos que la MGF. Se puede hablar de “corte”, circuncisión o “*sunna*”.

Numerosas comunidades musulmanas, como las de Sudán o Etiopía, se refieren a la MGF como *Sunna* (palabra árabe que significa “tradición” o “recomendación”) o utilizan el término acuñado en las lenguas locales. Los *mandingas*, un grupo étnico que vive en el África Occidental, utilizan *ñyaka* y, en Somalia, el término empleado es *gudniin gadbahaada*. En el marco de las intervenciones preventivas destinadas a fomentar el abandono de la práctica por las comunidades, el uso de los términos locales, que tienen una carga más simbólica y menos emocional, resulta menos estigmatizante, además de ser interpretado como una muestra de respeto hacia sus culturas.

• Implicar a la comunidad

Es recomendable contar como elemento de apoyo en la intervención preventiva con mediadoras culturales o agentes de salud. Se acude a éstos en caso de intervenciones pre-viaje, así como cuando existen sospechas de MGF realizada. Muy a menudo, el profesional no cuenta con esta estructura, de aquí la necesidad de promover la creación de grupos de trabajo y de un abordaje multidisciplinar.

Deberíamos implicar a las mujeres, hombres y líderes religiosos o personas que tengan peso dentro de la comunidad, que se han posicionado en contra de la práctica, en aquellas intervenciones comunitarias de prevención. Ellas y ellos deben ser los principales motores del cambio.

4.5. Materiales para la intervención con familias

La intervención preventiva puede ir acompañada por materiales que apoyen estas acciones. Por ejemplo, el desplegable para familias y la miniguía para profesionales, diseñados por la Fundación Wassu UAB (http://www.mgf.uab.es/esp/recursos_para_profesionales.html).

El **desplegable para familias** ha sido diseñado para apoyar el abordaje preventivo de la MGF en relación a los países donde se practica, las razones que la sustentan y su deconstrucción, las consecuencias para la salud y las implicaciones legales. Se puede utilizar situándolo en un lugar visible en la consulta para poder “jugar” con él en la atención directa con las familias. Está disponible en dos idiomas, castellano e inglés, facilitando la comunicación entre profesionales en España y migrantes anglófonos.

La **miniguía para profesionales** resume de forma breve y esquemática información de contexto sobre la MGF: definición, tipología, geografía, razones por las cuáles se practica, consecuencias para la salud, implicaciones legales y el rol de los/las profesionales.



Desplegable para familias.

Miniguía para profesionales.

4.6. Cuestiones éticas y dilemas profesionales

Las experiencias de trabajo y abordajes en materia de MGF, tanto en prevención como en atención a las consecuencias, así como algunos estudios llevados a cabo (Kaplan, 2004; 2006), nos permiten plantear algunas dificultades y dilemas que es conveniente conocer, tanto entre las familias como entre los/las profesionales:

Tabla 12. Dificultades y dilemas para el abordaje de la MGF entre las familias y las/las profesionales

Dificultades y dilemas para el abordaje de la MGF

Entre las familias

- Existen **conflictos de lealtades respecto a sus mayores en las sociedades gerontocráticas de origen**, donde el poder lo ostentan los ancianos que representan y legitiman la reproducción de la tradición. Es difícil enfrentarse a sus mayores para la no realización de la MGF y existe una gran presión social al respecto.
- La **incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa** en España. Percepción de que la MGF no es un problema prioritario en sus vidas.
- El **mito del retorno** está presente e incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género - en el que la MGF es una parte importante.

- **Consideran que no se tienen en cuenta otros problemas** que para las familias son prioritarios, de carácter laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia doméstica, escolar, etc.
- La existencia de una **violencia simbólica difundida por los medios de comunicación** a través de imágenes y palabras sobre la MGF.

Entre las/las profesionales

- **Desconocimiento de la significación de la práctica.** Hay demanda de formación y asesoramiento para trabajar desde la prevención y el abordaje transcultural.
- **Sentimientos de temor y culpa** por tratar un tema que puede generar problemas en el entorno familiar y miedos/temores personales por hablar de un tema en relación al sexo y la sexualidad. En ocasiones se generan actitudes paternalistas y de superioridad. El/la profesional puede ser deslegitimado por parte de la familia por tratar un tema tabú ajeno a su cultura.

- **Debate entre estigmatización-criminalización versus integración**, que poco contribuye a un proceso de enculturación selectiva a través del diálogo, que daría lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de las niñas, tanto por parte de las propias familias como de los/las profesionales directamente implicado en su prevención.
- Se generan **dilemas profesionales** de primera magnitud, **ante la inminente partida de las niñas hacia África de vacaciones**, la denuncia, las medidas legales y la posibilidad de no retorno.
- **Dilemas profesionales y éticos sobre la intervención o no intervención.**
- **Barrera idiomática** entre familias y profesionales.
- **Escasos recursos para la mediación.**
- **Sobrecarga asistencial** y necesidad de tiempo para abordar situaciones complejas.

Fuentes:

Kaplan, A. (2004). *Informes de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña*. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona (Documento no publicado, presentado en el Parlament de Catalunya).

Kaplan, A.; Torán, P.; Bedoya, M. H. et al. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales. En *Revista Migraciones* N° 19, Madrid. pp. 189-217.

5

INTERVENCIONES DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD

5.1. Tipos de intervención desde los servicios de salud

5.2. Pediatría

Abordaje en la consulta

Primera visita

Visitas sucesivas

Situaciones especiales

Actuación ante casos de MGF

La niña recientemente reagrupada

La niña que regresa de un viaje de vacaciones o estancia más larga en el país de origen pero que ya vivía en España anteriormente.

5.3. Medicina y enfermería de familia y comunitaria

Abordaje en la consulta

Abordaje comunitario

5.4. Salud sexual y reproductiva

Abordaje en la consulta

Ginecología

Embarazo

Desinfibulación

Abordaje durante el parto

Post Parto

Abordaje psicológico en la vida sexual

Reconstrucción del clítoris

Cirugía genital cosmética

5.5.10 propuestas para la atención primaria de la MGF en salud

Los servicios de atención primaria en salud son cruciales para realizar intervención preventiva de la MGF con familias, detectar y atender las consecuencias y complicaciones de las distintas tipologías de la práctica que se puedan presentar en niñas, adolescentes y mujeres.

Las intervenciones más frecuentes en materia de MGF en salud se dan en tres ámbitos:

1. *Pediatría de los centros de atención primaria*
2. *Medicina y enfermería de familia y comunitaria*
3. *Servicios de atención a la salud sexual y reproductiva*

5.1. Tipos de intervención desde los servicios de salud

1. **Prevención específica sistemática** “de largo recorrido”, que se desarrolla con mayor frecuencia en pediatría, durante las visitas de niñas desde su nacimiento y puede iniciarse en los servicios de salud sexual y reproductiva, en los controles del embarazo con las mujeres. (Ver apartado de pediatría y salud sexual y reproductiva de este mismo capítulo).
2. **Prevención “oportunist”**, que se realiza de forma habitual en medicina y enfermería de los centros de atención primaria, pero puede desarrollarse en cualquier otro servicio de salud. Se aprovecha la oportunidad de atender alguna complicación derivada de una MGF realizada (en general con mujeres adultas), para hablar del tema, dar información y consejos, relacionar la complicación actual con la MGF e indagar la situación de sus hijas (si las hay). Se debe asesorar siempre a los padres sobre los riesgos para la salud y las posibles consecuencias a largo plazo, así como sobre la ilegalidad de esta práctica, aunque se realice fuera de España.
3. **Atención a las complicaciones derivadas de la MGF.** El primer paso es la valoración del grado de afectación física, psíquica y sexual para poder iniciar los tratamientos correspondientes y/o derivación a otros servicios. Existen dos situaciones a remarcar:
 - **Si la mujer está embarazada o comunica su deseo de gestación**, se debe valorar la derivación a ginecología de manera urgente para conocer el tipo de MGF practicada y sus posibles complicaciones en el momento del parto. En el caso de que el bebé sea una niña, se priorizará la educación sanitaria para prevenir la MGF.
 - **Ofrecer apoyo psicológico** (ver el apartado de aproximaciones psicológicas en el Capítulo 6), con la derivación a los correspondientes servicios de salud mental, es otro aspecto fundamental a tener en cuenta en los casos de:

- Mujeres con la MGF practicada que presentan complicaciones tanto físicas como psicológicas.
- Madres en las que puede existir un sentimiento de culpa por posicionarse en contra de la MGF en la actualidad, pero que previamente han practicado la MGF a sus hijas mayores.
- Adolescentes, tanto si han padecido la práctica como si no, que suelen sentirse entre dos culturas con valores diferentes. Necesitan recibir, en un ambiente de confianza, información sobre todos los aspectos de su salud y de su sexualidad, incluida la posibilidad de la reconstrucción genital.

4. **Prevención comunitaria.** Se busca informar y sensibilizar a la comunidad mediante charlas con asociaciones, talleres con hombres, mujeres y jóvenes, y otras en las que participen figuras clave de la comunidad. La información proporcionada debe adecuarse a las creencias, costumbres y valores de la población a la que va dirigida. El hecho de trabajar con grupos, más que con individuos, facilita a las familias y personas la toma de decisiones que pueden ser contrarias a la tradición (Ver apartado de Medicina y enfermería en este mismo capítulo).

5.2. Pediatría

La infancia es la etapa de la vida donde las actividades preventivas y de promoción de la salud influyen de manera más positiva, perdurando durante el desarrollo de la vida adulta. De ahí la importancia del trabajo preventivo en relación a la MGF en la edad pediátrica.

Actualmente, estas actividades se realizan de acuerdo a los protocolos de medicina preventiva en la infancia (el *Protocolo del Niño Sano*, que va desde los 0 meses hasta los 14 años). En algunas comunidades autónomas, como Cataluña, existe un apartado específico relativo a la prevención de la MGF, tal y como recomienda UNICEF, ya que estas prácticas influyen el desarrollo físico y psíquico de las niñas afectadas, y se les asocian problemas de salud que pueden surgir a lo largo de su vida.³

Los/las profesionales del ámbito asistencial que trabajan con población africana procedente de países donde se practica la MGF, especialmente en pediatría, han de disponer de conocimientos en materia de MGF y abordajes para la intervención preventiva de la práctica, así como la atención de sus consecuencias para la salud. Es importante conocer las diferentes realidades culturales, sobre todo aquellas que puedan representar un riesgo para la salud e integridad física de la población con la que se trabaja. Los/las profesionales han

³ *Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica.*
Consultable en: http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3663/protocol_salut_edat_pediatria.pdf (pág. 119).

de estar capacitados/as para entender y convivir con las diferentes culturas, lo que contribuye a un mejor entendimiento y respeto mutuo (Para ampliar esta información, consultar el capítulo 4).

Eventualmente, en los casos de familias recién llegadas, se busca el apoyo de una intérprete o mediadora para facilitar la comunicación. En ningún caso se debe utilizar a un menor de edad como traductor en un tema tan delicado como el de la MGF.

Abordaje en la consulta

- **Primera visita**

En la primera visita del recién nacido, se llevan a cabo todas las exploraciones que están recogidas dentro de los protocolos del niño sano. **La exploración genital es imprescindible en la evaluación de todo recién nacido, para verificar su normalidad y descartar malformaciones.** Las alteraciones leves y relativamente frecuentes como la sinequia de labios menores podrían dar lugar a confusión en futuras exploraciones. Por ello, es importante registrarlos en la historia clínica.

Los procedimientos, referentes a la exploración, de un/a niño/a africano/a no han de ser diferentes a los de cualquier otro que acuda a la consulta, sea cual sea su etnia o procedencia. Se insiste en este punto para descartar la interpretación que se hace de este tipo de exploraciones como un acto de estigmatización o señalamiento de un determinado origen.

Para tener una visión global, es importante la recogida de datos referentes a la menor y a su entorno familiar y social, así como sobre el embarazo, el parto y el período neonatal. Es recomendable contar con **vías de comunicación con los servicios de ginecología, quienes pueden recoger información sobre si la madre tiene una MGF practicada** (factor de riesgo para las niñas recién nacidas). En el apartado de la historia clínica donde se recogen los problemas de salud, deben quedar registrados estos y otros factores de riesgo, así como la constatación de MGF realizada si fuera el caso.

Se llevan a cabo todas las actividades estipuladas en los protocolos de actuación respecto a la exploración física, el tipo de alimentación y los cuidados e higiene del recién nacido. Tras dejar constancia de todas estas actividades, se pautan visitas posteriores.

Cuando se constatan factores de riesgo inminente en esta primera visita, se puede abordar la MGF. Si no es urgente la intervención preventiva, se espera la oportunidad en visitas sucesivas.

- **Visitas sucesivas**

Se recomienda que, **durante el primer año** de vida, se hayan hecho las **revisiones genitales que corresponden** según el protocolo del niño sano, **y al menos, una intervención indagatoria y preventiva respecto a la MGF.**

En cuanto a la construcción de un vínculo que facilite el abordaje del tema, la visita entre los 6-12 meses puede ser uno de los momentos oportunos para su abordaje. Si la niña acude a consulta desde recién nacida, existirá un vínculo de conocimiento y confianza con la familia que facilite indagar sobre la práctica y el posicionamiento de los padres con respecto a la misma.

Aquí se aplican los abordajes para la prevención de la MGF y las herramientas tratadas anteriormente (ver Capítulo 4), para facilitar el acercamiento respetuoso a los familiares en la explicación de las consecuencias a corto y largo plazo en la salud de sus hijas. Respecto a la MGF, no sólo es fundamental la explicación de las consecuencias para la salud que conlleva la práctica, sino también las leyes existentes en España y su persecución extraterritorial (ver Capítulo 8). Asimismo, **es importante dejar claro el posicionamiento del profesional en contra de la práctica**, aún en el contexto de la comprensión intercultural, **y del deber legal de denunciar la MGF una vez realizada y constatada.**

En el caso de consultas previas a un viaje al país de origen, se realizará una revisión general, se informará sobre asuntos de salud e higiene y se hará un recordatorio sobre la MGF. En esta instancia, **se les ofrece a los padres cumplimentar el compromiso preventivo** (ver Capítulo 4) y se pacta una cita para el regreso del viaje. En "la cartilla de salud" (o documento equivalente donde queden recogidas las actividades del protocolo del niño sano) se reseña la actividad preventiva respecto a la MGF, de modo que quede registrada para la visita al servicio de Salud Internacional y que no tenga lugar allí una intervención repetitiva. También pueden llevar, si lo han firmado, el documento de *Compromiso Preventivo*. **Debe quedar claro que previo a cualquier viaje a África, las familias deben pasar por la consulta de pediatría.** No sólo hay que abordar el tema de la MGF, que idealmente ya se habrá tratado con anterioridad, sino que hay que repasar el calendario de vacunaciones y actualizarlo si es preciso, hacer prevención de la malaria y otras enfermedades, tratar temas de higiene y cuidados, etc.

Como refuerzo durante su estancia en África y para facilitar un seguimiento, **es recomendable poner en contacto a estas familias con organizaciones que trabajen en el país de origen sobre la MGF** y que puedan apoyarlos en su decisión de no realización de la práctica.

El temor o la frustración del profesional a que algunas de estas niñas se queden en África y por tanto no vuelvan a la consulta **NO** ha de cambiar la intervención preventiva/educativa encaminada a evitar la MGF.

• Situaciones especiales

- Complicaciones en la Salud

Cuando en la consulta se presentan problemas de salud física o psíquica a causa de una MGF ya practicada en niñas, habrá que valorar las complicaciones y el tratamiento adecuado o derivación a profesionales especializados en cada caso.

- Adolescentes

Según recoge la Ley de Autonomía del Paciente⁴, en caso de adolescentes a las que se les haya practicado una MGF en los que el/la profesional constate madurez y capacidad de decidir, se podrá abordar el tema de la MGF directamente con la menor.

- Adopciones

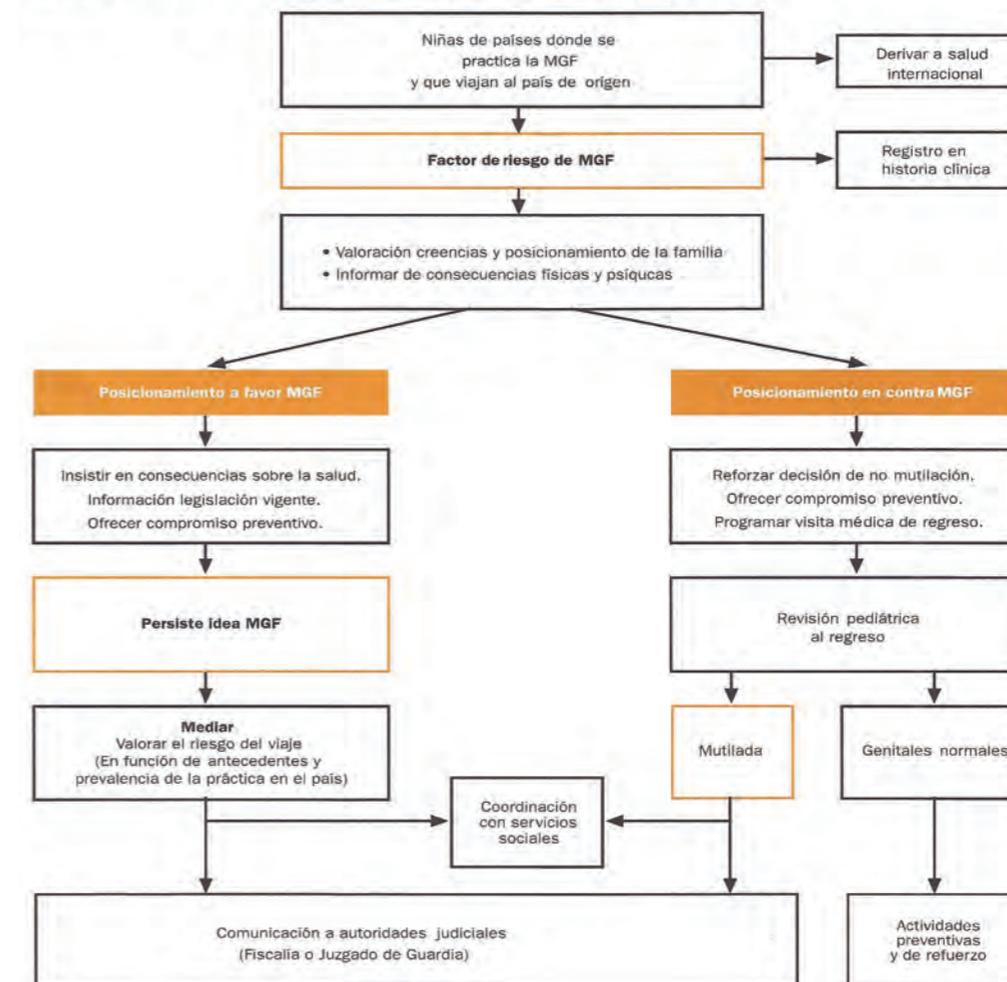
Las adopciones internacionales han hecho y hacen que lleguen a las consultas familias que no presentan factores de riesgo, con niñas procedentes de países donde es frecuente la práctica de la MGF. La consulta, en estos casos, se debe a dudas de los padres respecto a si se les ha practicado o no una MGF, o por presentar alteraciones en su estado de salud (infecciones de orina de repetición, prurito en la zona, etc.). Otras veces existe desconocimiento por parte de los padres y es la pediatría quien informa.

En estos casos, no hay denuncia y se llevan a cabo todas las otras actuaciones habituales de información y derivación ante una MGF practicada.

⁴ Consultable en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Figura 7. Algoritmo de actuación ante viajes al país de origen

ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE VIAJES AL PAÍS DE ORIGEN



Actuación ante casos de MGF

Podemos encontrarnos con dos situaciones típicas:

- **La niña recientemente reagrupada**

Al realizar la primera revisión médica, se explorarán los genitales. Si la niña no fuera lactante y encontramos resistencia a la exploración, podemos dejarlo para más adelante, cuando ya tenga más confianza en el/la profesional.

Si cuando se explora se verifica una MGF realizada, y (casi seguro) completamente curada, indagaremos en primer lugar, **la posibilidad de secuelas físicas** (infecciones de orina, vaginitis de repetición, molestias de varios tipos...) (ver capítulo 1). Las psicológicas requerirán mayor tiempo de confianza, pero también hay que abordarlas. Se procederá a tratar todas las complicaciones, si las hay, según su gravedad y urgencia.

En este caso **no procede realizar ninguna denuncia**, aunque sí preguntar si hay hermanas más pequeñas a las que aún no se les haya realizado la intervención, para iniciar cuanto antes la prevención de la MGF en ellas.

- **La niña que regresa de un viaje de vacaciones o estancia más larga en el país de origen pero que ya vivía en España anteriormente.**

Si antes del viaje no existía una MGF (es muy importante estar seguros de ello) **y al realizar una exploración posterior al viaje se detectase, esta situación sí que conllevaría consecuencias penales.**

Ante una sospecha no confirmada de MGF practicada, es necesario contactar con los/las profesionales del ámbito educativo y de servicios sociales, así como con otras áreas sanitarias vinculadas a la familia, ya que **es preciso un abordaje multidisciplinar.**

Antes de plantearlo a la familia, se ha de analizar si los indicios son suficientes para sospechar que se ha llevado a cabo la MGF, pues en caso de que no haya sido así, se compromete la relación asistencial. Pero si se considera que sí los hay, se deberá concertar una visita, cuidando que la familia no lo interprete como una intromisión en su vida y costumbres, o incluso como un acto racista. Si hace falta, se solicitará la ayuda de los servicios sociales o mediadores, si se dispone de ellos, para conseguir que acudan.

Para verificar la práctica de la MGF, se realiza una exploración de los genitales. Sólo tras una constatación de este tipo y como último recurso, se realizará la denuncia pertinente ante las autoridades judiciales, siempre garantizando la confidencialidad de esta información y con respeto por la privacidad de las niñas afectadas y sus familias. Como sostén para las familias en esta etapa, es importante contar con el apoyo de miembros relevantes en su comunidad – líderes religiosos y comunitarios - que se hayan posicionado en contra de la práctica.

A la vez, estas actuaciones necesarias pueden acarrear en los/las profesionales implicados/as dilemas éticos y morales, por lo que se es recomendable contar con redes de apoyo dentro y fuera de la institución (Ver Capítulo 4, Dilemas Éticos y Capítulo 8 Marco Jurídico).

Indicios de una MGF practicada

Cambio de comportamiento de la niña a la vuelta de vacaciones: tristeza, desconfianza, retraimiento.

Alteraciones en el estado de salud de la niña: anemia producida por sangrado post mutilación, molestias en zona genital, infecciones de orina.

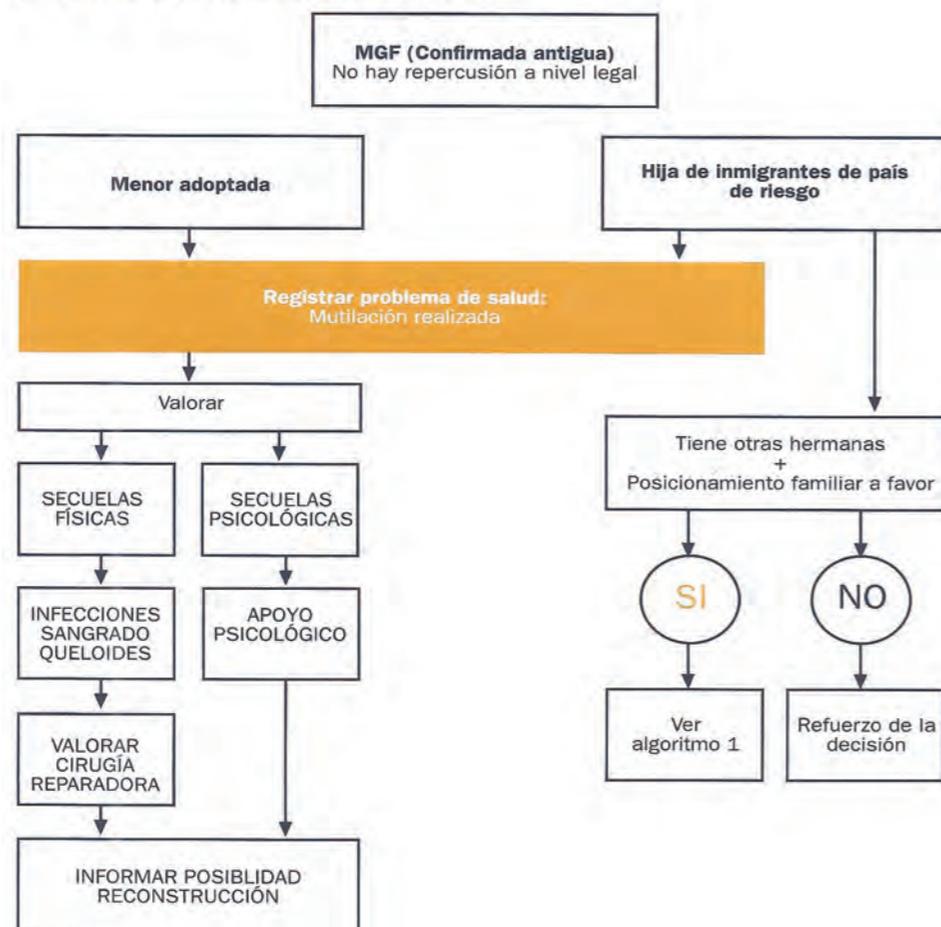
Absentismo escolar alegando motivos de salud.

Incumplimiento de la visita pactada post-viaje

Incumplimiento injustificado y reiterado a las visitas de la consulta pediátrica, sobre todo si se trata de niñas que tienen entre los 4 y 10 años, etapa donde es más frecuente la realización de la MGF.

Figura 8. Algoritmo de actuación ante casos de MGF

ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE CASOS DE MGF



5.3. Medicina y enfermería de familia y comunitaria

Ante la MGF, el principal objetivo de los equipos de salud territoriales de atención primaria (tanto de las Áreas Básicas de Salud como de los equipos de salud pública municipales) es promover su prevención y abandono. Cuando ésta se haya producido, se tratarán las complicaciones asociadas a los distintos tipos de MGF.

La mayor efectividad se obtiene mediante un trabajo interdisciplinar y comunitario basado en el respeto y con un enfoque en el que se incluya a la MGF dentro del conjunto global de actividades preventivas habituales y no como un problema de salud aislado.

Abordaje en la consulta

Antes de abordar directamente el tema de la MGF es preciso realizar una anamnesis completa, con el objetivo de conocer antecedentes personales y familiares.

Un buen momento para tratar el tema de la MGF puede ser durante el embarazo, con el objetivo de prevenir así posibles problemas que puedan aparecer en el parto si la mujer tiene realizada una MGF. Se aprovecha de que se trata de un período en el que los padres están especialmente sensibilizados acerca de la salud actual y futura del bebé y, por tanto, más dispuestos a modificar actitudes que sean perjudiciales.

Otro buen momento es la atención a una mujer que sufre complicaciones o secuelas (cistitis de repetición, anemia crónica, dismenorrea, hepatitis, problemas de salud mental...) que pueden estar derivadas de una MGF anteriormente practicada.

En todos los casos, vale recordar las dificultades para el abordaje del tema con las familias y ser conscientes de los dilemas que pueden presentarse al profesional en esta instancia (Ver Capítulo 4).

Es importante preguntar sobre el tema y realizar un registro en la historia clínica de la información obtenida sobre si la MGF se ha practicado o si hay factores de riesgo. Esto permite evitar intervenciones reiteradas sobre el tema y facilita el acceso a los datos por parte de otros profesionales. Además, permite al profesional conocer mejor a la persona que tiene delante, y favorece la creación de un clima de confianza, imprescindible para abordar el tema de la MGF.

Abordaje comunitario

Desde los equipos de salud, es recomendable **elaborar un programa específico para la prevención de la MGF que englobe un trabajo multidisciplinar en el territorio, con los diversos agentes de salud existentes.**

Para un abordaje comunitario, se debe **tener en cuenta el individuo, la familia, la comunidad, y los factores que determinan la salud.** Los servicios de salud, los servicios de educación y la administración local (servicios sociales, el departamento de salud -promoción de la salud-, el departamento de educación, el servicio de mediación, el servicio de información y recursos para la mujer...) tienen que coordinarse entre sí y con las asociaciones locales que trabajen la prevención de la salud, directa o indirectamente (centros cívicos, centros de formación profesional, escuelas de educación infantil, asociaciones de madres y padres...). Por último, sería interesante englobar a los técnicos encargados de dinamizar los planes de desarrollo comunitario que hay en algunos municipios.

5.4. Salud sexual y reproductiva

La consulta ginecológica o de obstetricia es el ámbito donde se pueden detectar consecuencias de la MGF en jóvenes o mujeres. Es un espacio clave para su atención y para el trabajo preventivo. En estos servicios **se constatan las lesiones producidas y se trabaja en la recuperación de la salud física** (ámbito gineco-obstétrico) y psíquica (vida sexual).

Buena parte de los efectos negativos a corto y largo plazo de la MGF en la salud de la mujer pueden ubicarse en el ámbito sexual y reproductivo (Ver Capítulo 1; Tabla 3: Consecuencias de la MGF a largo plazo).

Abordaje en la consulta

Los canales de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva **son, bien por embarazo, planificación familiar, o derivación desde servicios de la salud o servicios sociales.** El acceso, en el caso de las mujeres migrantes, se ve en ocasiones dificultado por las barreras idiomáticas, la relación cultural con los horarios pactados, y el desconocimiento de los recursos sanitarios a su disposición, entre otros. Esto puede suponer un reto especialmente para los servicios de atención ginecológica, que deben contar con dispositivos facilitadores como la presencia de una mediadora cultural.

Una MGF ya practicada, en sí misma, no suele ser motivo de consulta por iniciativa de la mujer, ya que se consideran prácticas normales en sus comunidades. **La primera visita puede ser una urgencia ginecológica** (prurito vaginal, metrorragia, retraso menstrual). Tampoco es habitual plantear dificultades en la sexualidad en este primer contacto, de modo que no es aconsejable abordar en un primer encuentro temas de sexualidad o de un probable antecedente de MGF.

NO es necesario completar la historia clínica en la primera visita NI realizar una exploración completa si no es preciso.

Conviene priorizar el establecimiento de una relación de respeto y confianza que facilite la continuidad en las visitas y por tanto el conocimiento de la historia individual de la mujer (origen, procedencia, etnia, etc.), valorando la normalización de las preguntas sobre la MGF, como parte importante de la salud sexual y reproductiva. Los procedimientos en consulta son los habituales, importando especialmente el correcto registro de filiación en la primera visita: edad, núcleo familiar, país de origen, etnia, tiempo de permanencia en el país de acogida.

En paralelo, se crean actividades de acercamiento a la comunidad para familiarizar a la población con el servicio y como medio alternativo a la consulta: se introducen propuestas de mejores cuidados en la salud, se realiza educación sexual y reproductiva en general, planificación familiar; y se hace prevención de prácticas como la MGF en particular. Hay que tener en cuenta que existe cierta resistencia en este colectivo de mujeres a las actividades grupales, por tratarse la MGF de un tema íntimo y del mundo secreto de las mujeres. Conviene formas alternativas de educación para la salud, en pequeños grupos o en la intimidad de la visita.

• Consulta Ginecológica

Se puede abordar aquí el tema de una probable MGF **a través de la indagación sobre episodios clínicos eventualmente ocasionados** por la misma: dismenorreas, vaginitis de repetición, cistitis, partos anteriores con dificultades, dispareunia. Si las preguntas se realizan en un marco de confianza, respeto y privacidad, suelen ser contestadas con naturalidad. Es importante **relacionar siempre los problemas ginecológicos derivados de una MGF con naturalidad,** pero con firmeza, transmitiendo elementos que permitan y faciliten el replanteamiento de la postura ante la MGF cuando llegue el momento de decidir sobre sus hijas.

Cuando el motivo de la consulta es la anticoncepción, hay que tener en cuenta que la MGF de tipo III puede dificultar la elección del método anticonceptivo, como es el caso del DIU. **Toda recomendación en este campo, debe hacerse desde el reconocimiento del valor de la fertilidad en el contexto sociocultural**, como universo central en la vida de las mujeres africanas.

Se puede sospechar la existencia de una MGF cuando se plantee una exploración ginecológica y ésta sea respondida con actitudes evasivas. Por esto, **siempre se debe obtener el consentimiento explícito para realizar la exploración.**

La apariencia de los genitales externos de una mujer con una MGF practicada puede provocar en el profesional **reacciones de sorpresa o desagrado** (ver figuras Capítulo 1), que de ser percibidas favorecen sentimientos de vergüenza o humillación. Las distancias culturales que hay que gestionar desde el servicio se manifiestan en este conflicto entre lo que unos y otros tienen integrado como "aparición normal" de los genitales externos de una mujer.

En la exploración debe observarse la integridad del prepucio y del clítoris, así como de los labios menores y mayores. Esto permite catalogar el tipo de MGF, si se ha producido, y a partir de esta información, plantear futuras exploraciones y actuaciones sanitarias. El/la profesional se puede encontrar con la imposibilidad de realizar una exploración vaginal completa si hay una MGF tipo III (infibulación) poco frecuente en España dada la procedencia de las mujeres africanas migrantes. En ocasiones, una MGF tipo II puede parecer una tipo III si se ha producido una sinequia.

• Embarazo

El control y el seguimiento del embarazo se realiza según los protocolos vigentes, como con cualquier otra gestante. Cuando una visita está vinculada con la gestación, es necesario explicar claramente todos los controles y exploraciones que se realizarán a lo largo del mismo, ya que **una MGF puede interferir, por ejemplo, en la realización de algunas exploraciones**, como en el caso de las ecografías transvaginales.

Para una correcta prevención secundaria durante el parto, es importante que, si se constata una MGF, quede registrada debidamente en la historia clínica de la paciente.

Si se encuentra una MGF tipo I o II, se debe informar y tranquilizar a la gestante en cuanto a las posibles complicaciones motivadas por esta situación durante el parto. En el caso de MGF tipo III, es posible que el introito, periné y tercio inferior de la vagina estén estenosados o rígidos, lo que impedirá una correcta exploración. Es en estos casos cuando se plantea la intervención desinfibuladora (ver apartado siguiente).

• Desinfibulación

Según la OMS (2016), **esta intervención es imperativa en el caso de una MGF tipo III**, en la que sólo se ha dejado un pequeño orificio en el introito y, por tanto, el parto sin desinfibulación implicaría un desgarro total de periné con una alta morbilidad fetal. No obstante, la mujer infibulada tiene que firmar el consentimiento informado donde se explicita su conformidad para que se le realice la intervención. Junto a su pareja, **se le habrá informado con detalle del porqué de la intervención y de los beneficios** en el desarrollo del parto, para la salud del bebé y de la madre, la mejora en la micción, la menstruación y en sus relaciones sexuales. Asimismo, **es aconsejable explicar concretamente en qué consiste la intervención y dejar claro que no se reinfibulará tras el parto, ante la posible petición de la mujer.**

En los tipos I y II, que presentan menores dificultades durante el parto, se debe evaluar la elasticidad de los tejidos de la zona, considerando la posibilidad de episiotomía medio-lateral, sólo en caso de necesidad.

La intervención desinfibuladora puede plantearse con independencia de la gestación y el parto, si bien es muy poco frecuente. Por razones de seguridad, el mejor momento para realizar la desinfibulación es entre la semana 20 y 28 de la gestación; si esto no es posible, se lleva a cabo en el momento del parto.

El procedimiento quirúrgico que se precisa para realizar la desinfibulación es bastante simple y en la mayoría de casos, puede hacerse con anestesia local. La desinfibulación puede implicar volver atrás en el tiempo y hacer recordar el momento en que la mujer fue infibulada, implicando un trauma psicológico. Por esta razón, sería **más apropiado utilizar anestesia general a corto plazo o anestesia epidural**. Cualquier profesional que sepa cómo realizar una episiotomía en un parto, puede realizar la desinfibulación, sin complicaciones.

Paso 1:

Realizar un lavado cuidadoso de los genitales con antisépticos, nunca utilizar derivados iodados en embarazadas. A veces, no es posible limpiar el interior de la vagina debido al estrechamiento de la apertura vaginal.

Paso 2:

Cuando se trata de anestesia local, se infiltra una aguja fina a 45° en pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz, en abanico. Posteriormente, se infiltra anestesia en el tejido grueso de la misma zona, en sentido longitudinal y utilizando una aguja intramuscular a 45°. Se debe vigilar que no se cause ningún daño en las estructuras debajo de la cicatriz (uretra, labios menores y clítoris).

Con el tipo III de la MGF, estas estructuras se encuentran en la mayoría de casos intactas. Una vez la anestesia local ha hecho efecto, se introduce un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de esta y la zona a desinfibular. Normalmente, el dedo entra fácilmente debajo de la piel cicatrizada. Si la apertura es demasiado pequeña para que pueda entrar un dedo, se pueden utilizar fórceps y abrir para posibilitar una división inicial desde la parte posterior de la parte cerrada permitiendo que el dedo pueda entrar. Palpar la zona del clítoris para determinar si hay el clítoris bajo la cicatriz.

Paso 3:

Para la incisión, se introduce el dedo índice en dirección al pubis y luego se corta con tijeras de punta curvada siguiendo la línea media sobre la cicatriz hasta que la uretra sea visible. No se debe hacer una incisión por encima de la uretra. Extender la incisión puede causar una hemorragia difícil de controlar. Al mismo tiempo, se tiene que vigilar no hacer una incisión en el clítoris debajo de la piel cicatrizada y extremar el cuidado en esta zona debido a la hipersensibilidad del clítoris.

Paso 4:

Después de dividir los labios mayores que estaban cerrados, a veces se ha encontrado un clítoris y unos labios menores intactos, protegidos por la cicatriz. Se tienen que coser los bordes del recorte utilizando suturas para prevenir la formación de adherencias. El proceso de recuperación es de una semana.

Cuidado postoperatorio:

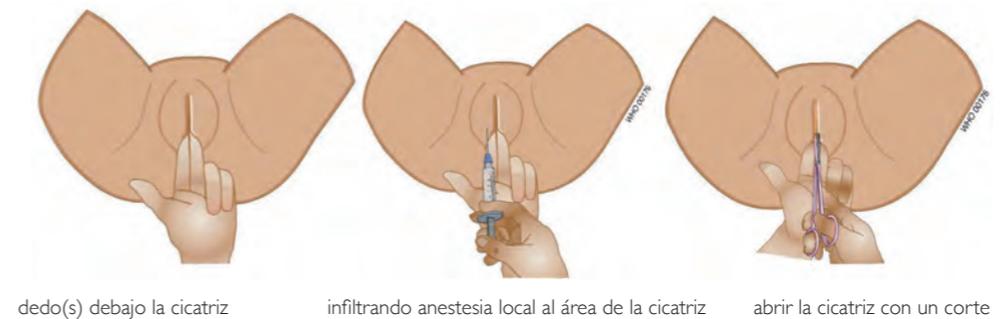
La desinfibulación puede realizarse en un día. Los analgésicos postoperatorios son importantes y pueden ser infiltrados debajo de la herida con un 1% de lidocaína, seguido de analgésico las primeras 48 horas. Es importante hacer un seguimiento de los pacientes después de un procedimiento de desinfibulación.

Algunas mujeres informan de que su **sensibilidad en la zona de la vulva ha aumentado** (la que antes estaba cubierta por la piel cicatrizada) después de 2 a 4 semanas. También pueden informar de no sentirse cómodas por tener los **genitales húmedos** y la **sensación de que les entra aire** en la vulva. Se tiene que preparar a las mujeres para estas experiencias, explicándoles que habrá cambios en sus genitales y que verán incrementada su sensibilidad, asegurando que se acostumbrarán a sentir sus genitales húmedos y que la sensibilidad desaparecerá con el tiempo.

Se le puede sugerir que tomen baños de sal de tres a cuatro veces al día, con un secado pertinente del área de la vulva. También se puede recomendar el uso de una crema calmante las primeras 2 semanas. Se aconseja hablar con la mujer y con el marido para recomendar el momento en que se pueden volver a tener relaciones sexuales (normalmente después de 4 a 6 semanas) para adecuar el tiempo de cicatrización. Dar recomendaciones sobre temas sexuales requiere sensibilidad y debe adaptarse a cada paciente, según lo que se considere culturalmente apropiado.

Es de gran importancia ofrecer un seguimiento y un asesoramiento sobre las expectativas de la mujer en relación a la sexualidad después de la cirugía. **La desinfibulación suele generar grandes expectativas y a la vez, decepciones si estas no se cumplen.**

Figura 9. Procedimiento de desinfibulación



• Abordaje durante el parto

El parto es una instancia de prevención secundaria, orientada a evitar complicaciones derivadas de una MGF realizada, principalmente en el período expulsivo. Además de las consideraciones habituales durante el parto, es de especial importancia la actitud tranquilizadora y de apoyo de los/las profesionales que acompañan en este proceso, así como la capacidad de gestionar reacciones adversas a la apariencia genital de la mujer circuncidada. En estos casos, se busca la participación de una mediadora cultural y/o la pareja de la gestante, tomando en cuenta que la mujer puede preferir una compañía femenina, por tratarse de un asunto tabú en su cultura.

Se intenta reducir al mínimo durante este período las exploraciones vaginales, así como la rasuración perineal de manera rutinaria. En el período expulsivo, es fundamental valorar la elasticidad vulvar para evitar desgarros y dejar la episiotomía para casos de extrema necesidad.

Las complicaciones habituales que se pueden encontrar son las siguientes: dificultades durante el parto (dilatación), partos prolongados, desgarros obstétricos, cesáreas, episiotomías, hemorragias post parto, desgarros, fístulas, largas estancias hospitalarias por maternidad, esterilidad, sufrimiento fetal, muerte neonatal temprana, reanimación del recién nacido en el parto.

• Post Parto

Tras el parto, las **actuaciones sanitarias en las mujeres con MGF** se centran en:

- Explicar, si es necesario, la cura y el cuidado de algún desgarro producido en el parto.
- Aconsejar no reiniciar relaciones sexuales hasta la completa cicatrización de heridas, utilizando lubricantes en un inicio si es necesario y otros aspectos relacionados con la higiene y cuidados del aparato genital post parto.
- Coordinarse con los servicios de pediatría con el fin de hacer prevención de la MGF en las niñas recién nacidas.

• Abordaje psicológico en la vida sexual

El impacto de la MGF en la vida sexual de las jóvenes y las mujeres es a menudo minimizado y no se tiene lo suficientemente en cuenta en la intervención. Es un tema difícil de abordar con el tiempo y la calidad que se requiere, además de que conlleva abrir heridas dolorosas en la mujer. Es necesario abrir un diálogo sobre temas de sexualidad para poder acompañar a las mujeres en una mejora de su salud psicosexual.

También es difícil obtener datos para la investigación al respecto. **Los estudios** disponibles sobre las consecuencias psicosexuales de la práctica, **mencionan disfunciones sexuales debido a la extirpación del clítoris y los labios menores, así como dificultades en la penetración, dificultades de estimulación y dolor en las relaciones.** La excitación de las mujeres es diferente según el tipo de intervención que hayan sufrido y cómo vivan su sexualidad en términos psicoemocionales.

Los daños físicos y psicológicos, junto con el dolor, pueden **dificultar que se disfrute de una vida sexual plena** (falta de deseo sexual y menor placer sexual, ansiedad ante la penetración, dificultades en la lubricación, mayor dificultad para conseguir al orgasmo, menor frecuencia de orgasmos, etc.). A su vez, **se pueden dar cuadros de ansiedad y depresión crónica** por la preocupación del estado de los genitales, por dismenorrea intratable, por el dolor que se siente durante las relaciones sexuales, y por el miedo a la infertilidad. Además, las mujeres a las que se les ha realizado una MGF, que viven en sociedades donde esta práctica no es habitual, pueden llegar a tener **problemas en el desarrollo de su identidad sexual y sentimientos de culpabilidad y traición** por no tener unos genitales normales con los que puedan disfrutar de su vida sexual. La presión social por un pleno disfrute sexual en sociedades occidentales puede conllevar conflictos psicológicos que impliquen dificultades añadidas, en particular a las adolescentes y mujeres jóvenes.

Por otro lado, las mujeres que han sido infibuladas y desinfibuladas en el momento del matrimonio para permitir la penetración, experimentan dolor y en ocasiones, traumas psicológicos graves. El primer acto sexual sólo puede realizarse después de haber dilatado la abertura que ha quedado después de la MGF y, en algunos casos, es necesaria la práctica de una incisión para hacer posible la penetración.

• Reconstrucción del clítoris

La intervención de reconstrucción incluye la desinfibulación (en el tipo III) y la reconstrucción del clítoris o zona afectada (en los tipos I y II), en función de los daños ocasionados. La intervención consiste en hacer desaparecer el tejido cicatrizado después del corte, **localizar y exteriorizar lo que queda de clítoris, preservando los vasos y los nervios, y anclar el órgano a su posición original.**

El resultado de la intervención es una apariencia anatómica de normalidad en los genitales femeninos; **se evitan problemas de salud relacionados con la MGF, pero, sobre todo, y en algunos casos, dependiendo de la gravedad de la intervención, se recupera la sensibilidad del clítoris a los 3-4 meses de la cirugía.** Todos estos elementos pueden contribuir a la mejora de la calidad de vida de la mujer (OMS, 2016).

Es importante remarcar, que **la reconstrucción supone una nueva intervención que puede aflorar alteraciones psicológicas** ligadas a una “nueva mutilación”. El placer sexual, como muchas otras emociones, están mediatizadas por la cultura y se entiende de formas distintas. Por este motivo no debemos ver la sexualidad de las mujeres africanas desde los parámetros occidentales.

Es necesario y deseable, que antes de que una mujer decida someterse a la intervención de reconstrucción, se realice una **valoración psicológica conjunta y de acompañamiento en la toma de decisión con profesionales cualificados** al respecto, tanto del ámbito médico como del ámbito psicológico. La mujer tiene que conocer bien en qué consiste la intervención y qué efectos podrá tener en su vida. Es necesario considerar las repercusiones de la MGF en su vida sexual y los beneficios que pueden darse con la cirugía, tanto a nivel funcional, de apariencia anatómica de sus genitales externos, y por supuesto, en su vida psicosexual y reproductiva en general.

• Cirugía Genital Cosmética

La cirugía genital cosmética o técnicas de “rejuvenecimiento vaginal” implican la **modificación de los genitales femeninos con un propósito estético y no médico**. Es un fenómeno que ha aumentado inquietantemente en los últimos años.

Se presentan como **técnicas para “mejorar” el aspecto de los genitales externos femeninos y mejorar la satisfacción sexual**, tanto de la mujer como del hombre. Las intervenciones más frecuentes son la remodelación de los músculos vaginales o vaginoplastia, y la reducción de los labios menores, o labioplastia. La labioplastia vaginal es una operación que consiste en modificar el tamaño de los labios vulvares cuando se consideran excesivamente grandes o asimétricos.

Estos procedimientos son una nueva tendencia alarmante dentro de la población femenina general de países llamados “desarrollados”, **asociada a influencias agresivas de marketing y de la moda, así como ideales de una imagen de feminidad que puede ser quirúrgicamente mejorada** para ser más joven y bella. Cabe destacar que esta cirugía no tiene indicaciones terapéuticas y afecta a las mismas partes y funcionalidades que la MGF. La diferencia radica en que ésta se realiza con el “consentimiento” de las niñas – o de sus madres - jóvenes o mujeres.

5.5.10 Propuestas para trabajar la MGF desde los servicios de atención primaria en salud

- 1 Crear programas para capacitar, sensibilizar y formar a los/las profesionales en la detección, atención a las consecuencias y prevención de la MGF.
- 2 Conocer a la población femenina procedente de países donde se practica la MGF en el territorio donde se interviene.
- 3 Incluir la MGF como un tema más de educación para la salud en los servicios de atención primaria.
- 4 Acordar criterios de intervención y validar abordajes, mecanismos y herramientas para la prevención y atención de la MGF.
- 5 Fomentar el desarrollo de habilidades interculturales entre profesionales para poder intervenir con las familias desde la sensibilidad, el conocimiento, el respeto, el diálogo, la no estigmatización y la no culpabilización.
- 6 Promover el empoderamiento de mujeres, hombres, jóvenes, familias y comunidades con origen en países donde se practica la MGF sobre las complicaciones físicas y psicológicas de la práctica, así como el marco legal en España, para promover actitudes hacia el abandono de la práctica.
- 7 Utilizar la herramienta del Compromiso Preventivo como apoyo a las familias que realizan viajes a sus países de origen para reforzar la decisión de no practicar la MGF.
- 8 Incluir el tema de la MGF en los circuitos de coordinación y de participación comunitaria ya existentes en el territorio.
- 9 Establecer espacios de reflexión y asesoramiento interdisciplinar para la intervención preventiva frente a casos de MGF.
- 10 Coordinar estrategias de abordaje desde los diferentes servicios de atención primaria en salud, servicios sociales y educación, además de las entidades y asociaciones existentes en el territorio.

Fuente: Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K., & Castany, M.J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*, 19, 189-217.

6

INTERVENCIONES DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

-
- 6.1. El rol del/la profesional en los servicios sociales
 - 6.2. Niveles de intervención y coordinación
 - 6.3. Aproximaciones psicológicas a la MGF
-

Los servicios sociales básicos son el primer nivel del sistema público de atención social, el más próximo a las personas y al ámbito familiar y social. Se organizan territorialmente y están dotados de un equipo multidisciplinar (trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, psicólogos/as, etc.). El objetivo principal de los servicios sociales es promover mecanismos de prevención e intervención con personas, familias y grupos sociales, orientados a favorecer su autonomía, mejorar sus condiciones de vida, acompañar y facilitar procesos de cambio que permitan eliminar situaciones de injusticia social y favorecer la inclusión social, especialmente si se encuentran en situación de riesgo o vulnerabilidad social.

El ámbito de la salud se sitúa como el eje principal de intervención preventiva en materia de MGF, como hemos señalado en el capítulo anterior. Sin embargo, **el abordaje de la MGF debe plantearse desde una perspectiva multidisciplinar, aunando esfuerzos desde los distintos servicios e instituciones.** En este sentido, los/as profesionales de servicios sociales juegan un papel importante en la prevención de la práctica y **son elementos facilitadores de dinámicas de coordinación y trabajo en red entre profesionales.**

6.1. El rol del/la profesional de los servicios sociales

El/la profesional de los servicios sociales tiene un rol primordial en la intervención preventiva de la MGF mediante abordajes de sensibilización, empoderamiento y educación de las familias a las que atiende, procedentes de países donde se practica la MGF. El/la profesional puede detectar casos de MGF practicada en niñas o mujeres, generalmente a través de comunicaciones orales por parte de estas u otros familiares o personas de referencia, y casos en riesgo de niñas o jóvenes.

Los/las profesionales de los servicios sociales suelen centrar su intervención individual en un contexto familiar. La decisión de realizar la MGF no la toman exclusivamente los progenitores, sino que es una decisión que puede ser adoptada por parte de la familia extensa en el país de origen. Por lo tanto, **la intervención debería centrarse en el sistema familiar, más que en el individuo en concreto**. Sin embargo, proponer una intervención con enfoque familiar no significa que las intervenciones tengan que hacerse sobre el grupo familia desde el principio. Más bien al contrario, **se recomienda plantear el tema individualmente, generalmente con la madre a solas** (o acompañada por alguna mediadora, si así se valora). Más adelante, se podrá incorporar al padre en las intervenciones y los potenciales compromisos al respecto.

La intervención suele plantearse en familias procedentes de países donde se practica la MGF con las que ya se está trabajando para abordar otras dificultades o necesidades.

Algunas de las funciones vinculadas a los/las profesionales de servicios sociales en materia de MGF son:

- Identificar los **núcleos familiares o de convivencia que provienen de países donde se practica la MGF y que tienen niñas** - especialmente menores de edad - o pueden tenerlas en un futuro próximo. Estos núcleos pueden ser foco de futuras intervenciones preventivas de la MGF.
- **Planificar y realizar intervenciones preventivas de la MGF** con estas familias a través de la sensibilización, el empoderamiento y la educación para la salud sobre las consecuencias negativas para las niñas o jóvenes que aún no han pasado por esta práctica para caminar hacia la no realización de ésta.
- Valorar la **necesidad de atender a mujeres con consecuencia físicas o psicológicas de la MGF** y poder derivarlas a un/a médico/a o psicólogo/a de referencia.
- **Seguir los protocolos de prevención y atención** existentes ante maltrato a niñas menores.
- **Impulsar proyectos comunitarios y programas transversales**, especialmente los que buscan la inclusión y la participación social de mujeres y hombres, las familias y las unidades de convivencia. Es importante que la intervención se realice tanto con las mujeres como con los hombres (a valorar si conjuntamente, o por separado, etc.).
- **Fomentar la comunicación y coordinación entre los profesionales de los diferentes ámbitos** que intervengan en la atención a las familias en riesgo de MGF para facilitar un abordaje integral (sanitario, educativo, social...).

6.2. Niveles de intervención y coordinación

1. *Intervención preventiva de la MGF.*
2. *Intervención preventiva específica de la MGF.*
3. *Intervención en caso de riesgo de MGF*
4. *Intervención en caso de detectar una MGF practicada.*

1. *Intervención preventiva de la MGF*

El objetivo es sensibilizar y empoderar con conocimiento en materia de MGF a las familias procedentes de países donde se realiza la práctica para contribuir a la no realización de ésta. Se trabajará el tema desde la confianza, el respeto, la no estigmatización y la no culpabilización. Se trata de introducir la MGF como un aspecto más de prevención para una buena salud psicosocial de la familia. **Es crucial que el/la profesional haya recibido formación en la materia y pueda hablar con conocimiento socioantropológico de la práctica y conozca abordajes y herramientas para la intervención preventiva.**

El/la profesional tiene que haber construido un buen vínculo con la familia previo a hablar de la MGF. Se puede preguntar si es una tradición en su país de origen, y si hay miembros de la familia que se adscriben a ella. Se pueden usar herramientas de apoyo a la intervención preventiva como soporte, como el desplegable para familias de Wassu (ver Capítulo 4) (http://www.mgf.uab.es/esp/recursos_para_profesionales.html).

Se informará a las familias sobre las consecuencias para la salud de la MGF en las mujeres y las niñas subrayando las consecuencias a largo plazo. Se informará asimismo **sobre el marco legal en España**. Se puede incidir en las razones por las cuáles se realiza la práctica, intentando deconstruirlas conjuntamente con la familia. Es preferible empezar a trabajar el tema con las mujeres, al ser la MGF una práctica ligada al género femenino. Se podrá trabajar posteriormente con los hombres, valorando cada caso concreto. Todo esto se debería hacer a lo largo de varias sesiones con la familia, intentando encontrar el momento más adecuado.

Se podrá valorar la conveniencia en cada territorio de organizar sesiones de sensibilización a nivel comunitario con mujeres, hombres y jóvenes, en colaboración con asociaciones de población procedente de países donde se practica la MGF. Se podrá contar con la figura de un/a mediador/a comunitario, dependiendo de cada contexto.

2. Intervención preventiva específica de la MGF

La intervención en este nivel se activará en caso de que el/la profesional conozca la existencia de un viaje al país de origen de la familia - en caso que haya niñas.

- Si el/la profesional conoce a la familia y ha trabajado el tema de la MGF con ésta, como indica el nivel anterior, puede preguntarle si se ha tratado también desde salud. En caso negativo, derivará a la familia a pediatría, coordinándose previamente con el/la pediatra de referencia. Si la familia le comenta que ya se ha abordado el tema, será el/la profesional quien decida si hace falta coordinarse con pediatría. En este momento, se puede reforzar la decisión de no realización de la práctica, preguntando, por ejemplo, si reciben presión desde su país de origen para realizarla.
- Si el/la profesional conoce a la familia, pero no han hablado nunca de este tema, podrá introducirlo de forma respetuosa y con cautela. Se recomienda coordinarse con pediatría para conocer si se ha realizado ya un abordaje.
- En caso que no se tenga suficiente nivel de confianza con la familia y no se haya trabajado nunca el tema, el/la profesional se puede coordinar directamente con pediatría/medicina de familia para conocer si se han realizado intervenciones preventivas y si se ha firmado el compromiso preventivo. De lo contrario, el/la profesional derivará a la familia para que realice una visita a pediatría antes del viaje.

Mediante las coordinaciones con salud (pediatría o medicina de familia), ambos profesionales valorarán la intervención más adecuada. En caso necesario, se pueden plantear entrevistas conjuntas entre salud y servicios sociales, escenificando ante la familia que los servicios están coordinados y tienen una misma mirada frente a este tema. Si la familia se compromete a la no realización de la práctica y a proteger a la niña, tendrá que asistir a una revisión por parte de pediatría a la vuelta del viaje.

3. Intervención en caso de riesgo de MGF

La intervención en caso de riesgo de MGF se realiza cuando hay indicios por parte de la familia de aprobar la realización de la MGF en su/s hija/s o la familia no colabora en las propuestas indicadas en el nivel anterior de intervención.

En este caso, es necesaria una valoración del riesgo por parte de los/las profesionales referentes en salud, servicios sociales y en algunos casos, educación (ver factores de riesgo en el capítulo 4). Es muy importante hacer una buena valoración antes de activar medidas cautelares, y calibrar las consecuencias de dicha actuación para la niña y la familia.

Si se valora que la niña está en riesgo, se informará de la situación a la Fiscalía de Menores y/o Juzgado de Guardia, para que tomen las medidas necesarias de protección de la menor.

4. Intervención en caso de MGF practicada

Existen dos tipos de intervención al respecto:

• Niñas reagrupadas que llegan con una MGF practicada

Si el/la profesional atiende a una familia en la cual conoce la situación de una niña que llega reagrupada y con una MGF practicada, es importante valorar muy bien la intervención, ya que las consecuencias de ésta para la niña y la familia pueden ser devastadoras. Las niñas que llegan reagrupadas con una MGF practicada generalmente no han tenido la oportunidad de participar en intervenciones preventivas familiares. En sus países de origen les han realizado una práctica que se considera natural según su tradición. Por lo tanto, si ponemos la situación en conocimiento del juzgado, la familia puede ir a la cárcel y la niña, recién llegada a un país extranjero, acabar tutelada por la administración pública en un centro de menores. Las consecuencias para la niña serán dobles: ya ha padecido la MGF y ahora será separada de su familia.

Se trata de un dilema de primera magnitud para el/la profesional, ya que su obligación, como ante cualquier otro caso de maltrato, es ponerlo en conocimiento de la justicia - la omisión del hecho le puede acarrear consecuencias legales. En este caso, convendría valorar en equipo o con una supervisión técnica la decisión más favorable para la niña.

- Niñas residentes en España que vuelven de un viaje al país de origen con una MGF practicada

El/la profesional que detecte una MGF practicada en una niña residente en España, tiene la **obligación de informar de la situación a la justicia**. Es importante cerciorarse previamente de que la niña tiene una MGF practicada, coordinándose con los servicios de salud referentes.

Las niñas son doblemente víctimas, de la tradición y de la ley.

6.3. Aproximación psicológica a la MGF

La investigación científica sobre los aspectos psicológicos, psicosociales y psicosexuales de la MGF es aún escasa, con estudios que están focalizados específicamente en las consecuencias psicológicas de la práctica, según Mulongo et al. (2014). Sin embargo, las experiencias narradas por niñas y mujeres a quienes se les ha realizado una MGF, muestran que **esta práctica puede llegar a ser una experiencia traumática no sólo en lo psicológico y emocional, sino también en lo psicosexual**. La mayoría de estudios afirman sin duda que la MGF tipo III es la que conlleva mayor experiencia traumática, aunque también existen consecuencias derivadas de las MGF tipos I y II. Las niñas suelen estar despiertas durante la realización de la intervención, por lo que, además del dolor físico, emerge un gran miedo y confusión acerca de lo que les está sucediendo. En pocas ocasiones se les explica lo que les va a suceder.

Las **consecuencias psicológicas** que se mencionan en los estudios realizados (*ver bibliografía*) derivados de los relatos de mujeres, que tienen consecuencias **negativas a largo plazo**, son las siguientes: estrés postraumático, insomnio y/o desórdenes del sueño, pesadillas y memorias recurrentes, falta de apetito con posible aumento o descenso de peso, falta de autoestima, dificultades para la concentración y el aprendizaje, depresión, ansiedad, ataques de pánico, somatizaciones, fobias, sentimientos de humillación y traición, terror, sentimientos de sentirse incompletas, sentimientos de rabia, miedo, dolor, apatía, inhibición, vergüenza, fatiga, tristeza, etc.

Según varios estudios, entre el 16% y el 45% de las mujeres que habían padecido una MGF sufrían de algún grado de estrés postraumático, porcentaje comparable a los de abuso sexual infantil. Por ejemplo, en Senegal (Behrendt & Moritz, 2005) encontraron una alta prevalencia de estrés postraumático y síntomas psiquiátricos en mujeres con MGF a diferencia de mujeres sin MGF. Resultados similares fueron encontrados en Ghana (Abor, 2006). Esto se suma, a que, en algunas culturas, a las niñas y

mujeres no les está permitido expresar su sentimiento de desasosiego o malestar psicológico, deben guardar silencio y pueden producirse cuadros de psicopatización, mostrando este dolor psicológico en forma de molestias físicas.

Cabe destacar que estas investigaciones necesitan desarrollar con mayor énfasis herramientas que tengan en cuenta las diferencias culturales para estudiar el desarrollo psicológico y el bienestar de las mujeres y jóvenes que han pasado por la práctica. Es necesario también tener en cuenta las diferencias de jóvenes y mujeres que han nacido en Europa, viven ahora en Europa, y las que viven en sus países de origen.

Teniendo en cuenta el **contexto cultural y psicosocial de las menores** a las que se les ha practicado una MGF, cabe pensar que **el impacto emocional para las niñas es mayor cuando éstas viven en países occidentales y se les realiza una MGF en un viaje al país de origen**. El hecho de vivir en un entorno donde esta práctica no existe y además está penalizada, incrementa aún más su confusión ante los acontecimientos. En estos casos, además de la experiencia traumática, **se puede llegar a generar un rechazo hacia el grupo de pertenencia, el colectivo africano y su cultura, con los problemas de identidad que ello puede suponer**. Cabe destacar, además, dada la creciente sobrevalorización de la sexualidad en occidente, propiciada en gran parte por los medios de comunicación y los anuncios publicitarios, que estas niñas y jóvenes puedan sentirse incompletas y más débiles en la sociedad que las acoge.

Para las menores que han crecido en sociedades donde la práctica es habitual, el impacto emocional es menor dado que se puede esperar la iniciación con ilusión (a pesar de no saber bien de qué se trata), pues es algo legitimado, reconocido y valorado por la sociedad. Al contrario, aquellas niñas a las que en su comunidad no se les practique la MGF pueden ser objeto de desaprobación y burla por el resto de miembros. El efecto de la presión social tiene desde luego, un papel determinante en cómo la niña se va a sentir, le hayan practicado o no la MGF, viva en origen o en destino.

Debido a lo traumático de la práctica, además de la reparación física que permite la cirugía reconstructiva (*ver apartado de Salud Sexual y reproductiva en el capítulo 5*), **resulta preciso plantear la necesidad de un acompañamiento psicológico a la niña o a la mujer que ha pasado por una MGF**. Según un estudio realizado en Sudán a niñas y mujeres con problemas psicológicos asociados directamente a la práctica de la MGF, la mayor parte de sus problemas son a menudo sutiles y se encuentran enterrados en capas de negación y aceptación de las normas sociales.

El hecho de entender la dinámica personal y comunitaria de la aceptación de la MGF es importante, no sólo para desenterrar los desórdenes psicopatológicos existentes sino para también comprender, aunque no se compartan, las razones por las cuales se continúa practicando. Tal comprensión es básica

para el diseño de los esfuerzos para caminar hacia su abandono. **La figura del psicólogo/a tendría que estar más presente en el trabajo en materia de MGF con jóvenes y mujeres. Es un tema a tratar desde una figura profesional femenina.** En la mayoría de los casos se tratan los síntomas físicos, pero no se tienen en cuenta las consecuencias psicológicas que esta práctica supone en quienes conviven con ella toda la vida.

Existe la **necesidad de desarrollar terapias con perspectivas transculturales que tengan en cuenta las razones por las cuales se practica la MGF**, y los significados profundos que la tradición y la cultura de estas comunidades les otorgan. Es recomendable que los y las profesionales trabajando con estos grupos de mujeres hayan recibido formación al respecto para adquirir habilidades interculturales para poder abordar mejor el tema.

Posibles derivaciones:

Los/las profesionales que valoren la necesidad de derivar a las jóvenes o mujeres para acompañamiento psicológico, pueden hacerlo en los siguientes espacios:

- **Servicios sociales de atención primaria o centros de salud sexual y reproductiva.**
- **Centros de Salud Mental Infantil y juvenil o de adultos.**
- **Servicios de atención a las mujeres.**

Es difícil encontrar a profesionales formados en el tema, aunque al ser profesionales con formación en el acompañamiento del malestar psicológico, pueden acompañar a la persona en el proceso.

7.1. El papel de la escuela en la prevención de la MGF

7.2. Cómo aproximarse a la MGF

7.3. Identificación de situaciones y apoyo a las niñas y a sus familias en la escuela

- Antes de que se les practique una MGF
 - Después de que se les practique una MGF
-

7.1. El papel de la escuela en la prevención de la MGF

El medio escolar comprende todos aquellos espacios en los que se transmiten directa o indirectamente valores, ideas, costumbres y puntos de vista que pertenecen a un contexto sociocultural concreto. **Los/las profesionales que se dedican a la educación formal** (centros de educación infantil, primaria, secundaria...) **tienen un contacto privilegiado con las familias.** También profesionales de la educación no formal, como guarderías o espacios familiares o de acompañamiento a la crianza de 0 a 3 años. Estos/as profesionales trabajan de forma cercana con las familias y construyen relaciones de confianza y apoyo para prevenir problemas psicosociales en los niños/as de temprana edad. De esta forma, se crean relaciones de confianza, que son regulares en el tiempo, con espacios pensados para el intercambio de información y donde los profesionales tienen su rol bien definido y son legitimados por las comunidades donde inciden directamente (director/a del centro educativo; tutores; profesores; educadores; psicopedagogos; psicólogos, etc.).

La presencia en los distintos espacios educativos de personas que proceden de orígenes distintos y con grados diferentes de adscripción a sus propias culturas, ha puesto de manifiesto **la necesidad de partir de los casos individuales y de ser prudentes en la emisión de diagnósticos generales.** En este sentido, el acercamiento y la comprensión de la MGF no difiere del de otras prácticas culturales distintas.

La escuela (como espacio formal e institución donde se transmiten conocimientos) **y todas las personas que trabajan en ella** (como agentes en contacto directo con los niños/as y adolescentes),

pueden tener un papel fundamental tanto en la prevención de casos de MGF, como en el trabajo de sensibilización. Aun así, para conseguir incidir de manera real en los cambios culturales, la escuela, por sí sola, presenta un papel limitado. Por este motivo, es necesaria una coordinación general de los distintos profesionales que intervienen o pueden llegar a intervenir en casos de MGF.

La MGF es una realidad cultural profundamente ligada a la salud y a los derechos humanos de las niñas y mujeres. Abordar este tema requiere posicionarse previamente desde el respeto hacia las personas implicadas, con voluntad para comprender la complejidad de la práctica y sin pretender tener la respuesta a un conjunto de intereses y de saberes, que se sustentan en las estructuras sociales (ver capítulo 4). El cambio sociocultural sólo es posible con un acompañamiento desde el conocimiento informado de la realidad que se pretende modificar y siendo conscientes de la necesidad de tiempo para que ese cambio se haga efectivo.

Para intervenir desde el medio escolar, encontramos que:

- Se debe proponer un **trabajo preventivo regular en el tiempo**, evidenciando la necesidad de hacer reuniones, entrevistas y/o charlas con las familias de forma individual y muy focalizada.
- Buscar mecanismos de **relación con las familias que potencien la escucha y el respeto**. Estos espacios permiten introducir y pueden modificar conductas vitales sin que haya una imposición, evitando las medidas punitivas y represivas mediante el diálogo informal, con confianza y abiertamente (sin cuestionar vacaciones que la familia haga a su país de origen, sin amenazar con denuncias...).
- Iniciar, regularizar y consolidar **reuniones de coordinación entre servicios** que atienden a la pequeña infancia (sanidad-pediatría; servicios sociales-escuela).
- El **enfoque hacia la prevención de la MGF** debe llegar **de forma consensuada y lo más unificado** posible a las familias, con una incidencia contundente hacia las madres (quienes, generalmente, asumen la educación de sus hijas), pero sin olvidar a los padres e incluirlos cuando sea posible.
- **Cuando las niñas son más mayores**, la forma de intervención escolar debería centrarse en que **ellas tomen conciencia de las diversas formas de agresión en temas de género** que puede sufrir cualquier persona, de cualquier cultura y condición.
- La **tutoría individual** en el contexto escolar juega un **papel determinante para generar confianza** y posibilidad de diálogo para detectar la situación personal y familiar de la niña.

Sería útil para los/las profesionales de la educación, en primer lugar, leer este manual con detenimiento (ver especialmente capítulos 1 y 4). Trabajar en ella, en el compendio de saberes que contiene, en sus recomendaciones generales, en los procesos concretos que dibuja y propone, en los interrogantes que genera y en los prejuicios y estereotipos que hace emerger. Desde ahí, es desde donde desarrollar, en el ámbito educativo, la sensibilización, y en su caso, la prevención de situaciones de MGF.

7.2. Cómo aproximarse a la MGF

Antes de tomar cualquier decisión para intervenir o actuar ante lo que se considere una niña en riesgo de que se le practique una MGF, debemos tener en cuenta dos factores:

- 1) Se debe **tener suficiente información para poder valorar si hay o no indicadores de riesgo**.
- 2) Se debe **valorar y tener conocimientos y nociones básicas sobre los modos adecuados de actuación y las competencias que se tienen**, como profesional del ámbito escolar, para intervenir en estos casos.

Es necesario familiarizarse con la historia y el contexto cultural de la MGF en el país de origen en concreto y con la situación actual de la MGF en España, en particular. La formación del profesorado en temas de diversidad cultural en general y de MGF en particular, es importante para que se sepan identificar los porqués, el comportamiento de la niña en el aula, en el patio o en cualquier situación escolar. Los equipos de soporte psicopedagógico, también deberían tener una formación específica en MGF por su incidencia en los centros públicos y por la posibilidad de ser el referente que atienda a las alumnas cuando presenten alguna alteración en su rendimiento escolar (comportamiento distinto del habitual, o dificultades en su mundo relacional).

La formación a profesionales podría darse en el marco de sesiones de coordinación de servicios. El espacio generado permitirá compartir las posibilidades de actuación de cada profesional desde su ámbito de referencia, con el compromiso de intercambiar información en el marco de la ética y confidencialidad.

Es recomendable, si no se conoce, **averiguar si se ha trabajado el tema en el municipio al cual la escuela pertenece**, por ejemplo, a través de los Ayuntamientos. También es altamente recomendable **contactar con los centros de atención primaria en salud y servicios sociales del área** a la que pertenece la escuela. Es posible que los/as profesionales de estos servicios hayan estado en contacto y trabajando sobre el tema. Si no es así, **se puede contactar con la Fundación Wassu** para una primera aproximación.

Es fundamental moverse con prudencia, discreción y con la máxima confidencialidad ante un posible caso de MGF. Tomar la decisión de hablar con la niña, con la familia, con la policía u otras iniciativas que pueden ser bienintencionadas, pueden llegar a ser temerarias y resultar totalmente contraproducentes si se llevan a cabo prematuramente.

7.3. Identificación de situaciones y apoyo a las niñas y a sus familias

- **Antes de que se practique una MGF**

Las familias que han decidido circuncidar a sus hijas suelen aprovechar una estancia de vacaciones al país de origen para llevar a cabo la práctica. Ello no significa, tal y como confirman los datos disponibles, que todas las familias que vayan de vacaciones a su país de origen deseen “iniciar” a sus hijas y circuncidarlas.

Cuando una niña viaja al país de origen de su familia, conviene extremar la prudencia y no llegar a conclusiones precipitadas que puedan provocar intervenciones inoportunas. Es sabido que cada vez hay más familias con dificultades para tomar una decisión definitiva y se debaten entre transgredir la norma cultural renunciando a la MGF, o ceder a las presiones que ejercen las personas ancianas de su comunidad de origen, permitiendo que ésta se lleve a cabo.

Las niñas que han de ser iniciadas no suelen saberlo antes de viajar. Cuando son mayores, es posible que sí dispongan de alguna información, aunque en la mayoría de los casos, es poco probable que lo hablen con personas ajenas a su familia o a su comunidad.

Puede ocurrir que las niñas se muestren poco comunicativas y que no quieran hablar de su viaje inminente. Cuando las actitudes por parte de las niñas parecen negativas, puede ser una señal de que la niña sabe o sospecha que está previsto someterla al ritual, aunque no es siempre ésta la causa de un rechazo aparente. Puede haber otros motivos que apuntaremos más adelante.

Los/las maestros/as y profesionales de la educación pueden ofrecer apoyo a las chicas, dependiendo en buena medida de la relación interpersonal que tengan con ellas. **Si la relación es de confianza, pueden aportar información, educación y apoyo psicológico. Si no es así** y la sospecha parece fundada, los profesionales **deben ponerse en contacto con los servicios sociales o sanitarios antes del viaje**, con tiempo suficiente, si es posible, para permitir una intervención preventiva adecuada.

Se desaconseja una reflexión a nivel del aula sobre la realidad de la MGF si se orienta desde la sospecha hacia alguna niña en particular. Cualquier propuesta educativa intercultural requiere un trabajo sostenido en el tiempo, no excepcional y que permita pensar la diversidad cultural de todas las personas que componen el grupo-clase, sean extranjeras, inmigrantes o no lo sean; se perciban como distintas culturalmente o no.

La denuncia y las acciones legales tienen que utilizarse como último recurso, ya que los efectos y consecuencias para la niña, su familia y su comunidad de origen en la sociedad receptora, así como para la escuela y para los propios profesionales, pueden ser contrarias a la intención inicial, a veces incluso, devastadoras.

- **Después de que se practique una MGF**

Si, al regresar de un viaje por vacaciones, se observa un **cambio en el comportamiento de las niñas**, este se puede asociar con que a la niña se le ha practicado una MGF. El hecho de tener un secreto, una experiencia que no pueden compartir con las personas que no “*han sido iniciadas*”, les supone una tensión mental y emocional muy fuerte. La imagen que tienen de sí mismas ha cambiado, han tomado conciencia de que ahora “*son*” diferentes y, por consiguiente, la relación que tenían establecida con sus compañeras puede cambiar al no sentirse parte del grupo, aunque puedan seguir deseando formar parte de él.

Por otro lado, **si se les propone hablar de las vacaciones o sobre el país de origen de su familia, quizá no digan nada o se expresen de manera abiertamente negativa**. El rechazo, que suele ser temporal, se expresa con afirmaciones rotundas como “no quiero volver nunca más”, “*no me gusta el país de mis padres*”, “*yo no soy africana*”, etc. No suelen explicar los motivos de su rechazo, pero se trata de la **negación de su vínculo con África**, por diversas razones, entre ellas, al horror vivido y a la imposibilidad de superarlo por sí solas.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que a veces, las niñas y también los niños, manifiestan rechazo hacia el país de los padres después de una visita en vacaciones. Las razones son varias, algunas tienen que ver con la diferencia que existe entre la vida que llevan aquí en Europa y la que se vive allí. Otras, con la distancia existente entre la imagen más idealizada de África que sus padres y madres les han transmitido y su experiencia directa.

Esta reacción más o menos normal, sobre todo entre adolescentes, requiere siempre un apoyo y acompañamiento, pero la diferencia cuando una niña ha sufrido la MGF estriba en la **manifestación de rabia, de indiferencia excesiva, de apatía, en las pocas ganas de hablar y de compartir con los demás su experiencia.**

Una vez más, insistimos en que el apoyo que puede darles una profesora, dependerá mucho de la relación de confianza y de respeto que exista entre ellas. Conviene, no obstante, tener en cuenta que estas niñas pueden necesitar una ayuda psicológica especializada, pero no de cualquier terapeuta sino de alguien con los conocimientos, las habilidades y las actitudes adecuadas para intervenir en este tipo de situaciones.

Por ello, **se recomienda derivar a estas niñas, a través de centros de salud locales, de servicios sociales o asociaciones y entidades,** a personas familiarizadas con las prácticas tradicionales de la comunidad y preparadas para ofrecer una ayuda adecuada a ellas y a sus familias (para una derivación psicológica, ver capítulo 6).

-
- 8.1. Derechos Humanos y MGF
 - 8.2. Marco Jurídico en África
 - 8.3. Marco Jurídico en España
 - 8.4. Derecho de Asilo en España
-

8.1. Derechos humanos y MGF

La MGF es una **práctica que atenta contra un conjunto de derechos humanos**, como el derecho a la vida cuando el procedimiento conlleva la muerte; el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo; el derecho a estar libre de un trato cruel/inhumano o de tortura; y el derecho a estar libre de un trato degradante o del castigo. Como la MGF interfiere en el tejido genital normal y puede conllevar consecuencias severas físicas y mentales para niñas y mujeres, es claramente una violación del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, caracterizado por: desigualdades de género, discriminación contra mujeres y niñas, abuso físico, psicológico y sexual.

Los derechos humanos garantizan a los niños una protección especial. Una de los principios que guía la **Convención de los Derechos de la Infancia** es la consideración del **“interés superior del/la menor”**. Los padres y madres que toman la decisión de realizar una MGF a sus hijas, perciben que los beneficios que ganan de realizar este procedimiento contrarrestan los riesgos que implica. De todas formas, esta percepción no puede justificar la violación de los derechos humanos fundamentales de mujeres y niñas.

La Convención de los Derechos de la Infancia se refiere a la capacidad del menor a tomar decisiones en relación a lo que le afecta. Aún en los casos donde hay un deseo aparente de las niñas a pasar por la MGF, en realidad es un resultado de la presión social, de expectativas comunitarias y de la aspiración de la niña a ser aceptada como miembro de la comunidad. Este es el motivo por el cual la decisión de que se practique una MGF no puede calificarse como “libre”.

La MGF casi siempre se realiza en menores y por ese motivo supone una violación de los derechos de la infancia. La práctica también viola el derecho a la salud, la seguridad y la integridad física de la persona, el derecho a estar libre de la tortura y la crueldad, el trato inhumano o degradante y el derecho a la vida (al ser un procedimiento que puede provocar la muerte).

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA...) y la propia Unión Europea, se ha pronunciado en diferentes Foros, Convenciones y Declaraciones contra las MGF⁵, a las que considera prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de las niñas.

Por primera vez, el artículo 5 de la **Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer - CEDAW (1979)** determina y se compromete a *“modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”*.

En la misma línea, en el artículo 4 de la **Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer (1993)**, se explicita que *“los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla”*.

En 1994 es la primera vez que se menciona la MGF en los documentos internacionales como en la **Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo)** y en la **Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995)** que se compromete a promover y defender los derechos humanos de mujeres y niñas, a adoptar medidas para eliminar su discriminación, implicar a los hombres en las acciones pensadas para garantizar la igualdad y defender los derechos humanos.

5

1. Convención para la eliminación de toda forma de violencia contra las mujeres, 54 período de Sesiones ONU (Resolución 54/133) Violencia contra las mujeres (En el año 2000, eran 165 estados parte). El Comité de los Derechos del Niño, por ejemplo, ha recomendado que se aprueben, promulguen y apliquen las leyes para prohibir las Mutilaciones Genitales Femeninas.
2. Convención ONU sobre los Derechos del Niño. Adoptada el 20 de noviembre de 1989. El artículo 24 obliga a los Estados a: “asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres” y exhorta a los Estados a “Adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños” en referencia explícita a los efectos de la MGF.

La **resolución de la Asamblea General 56/128 sobre Prácticas Tradicionales o Consuetudinarias que afectan a la salud de las mujeres y las niñas (2001)** afirma que *“la mutilación genital femenina es una práctica cultural que afecta profundamente a la salud física y mental de las niñas y las mujeres que son víctimas de ella”*.

Existen dos tratados regionales que refuerzan el derecho internacional sobre la MGF: Por un lado, el **Protocolo a la Carta africana sobre Derechos Humanos de los pueblos (Carta Banjul)**; por el otro, el **Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio Estambul)**, cuyo objetivo es “proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia, y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica; contribuir a eliminar toda forma de discriminación; concebir un marco global de protección y asistencia a todas las víctimas de violencia contra las mujeres y violencia doméstica”.

8.2. Marco jurídico en África

Algunos gobiernos africanos han prohibido la MGF, aprobando en sus parlamentos leyes sancionadoras. Por el momento, no existe una legislación unificada al respecto. La promulgación de una ley que protege a mujeres y niñas de la MGF ofrece legitimidad a la policía, organizaciones de mujeres, grupos que defienden los derechos humanos, profesionales de la salud, servicios sociales y educación para poder intervenir, creando un marco jurídico desde el que poder trabajar.

Se puede afirmar que las leyes no han generado un impacto significativo en la reducción de la prevalencia de la práctica. En ocasiones el impacto ha sido nulo (no ha variado la prevalencia después de legislar en contra de la MGF, como en el caso de Djibouti, Etiopía, Ghana, Somalia, Tanzania) o incluso ha sido negativo (incremento de la prevalencia de MGF: como en Burkina Faso, Guinea).

Legislar no es suficiente para proteger a mujeres y niñas de la MGF. Existe el peligro de que el miedo a ser perseguidos, provoque que la gente no pida ayuda en caso de complicaciones si se ha practicado una MGF. Por lo tanto, las leyes deben ir de la mano y acompañadas de intervenciones de sensibilización, formación y educación en la comunidad sobre los efectos nocivos de la MGF para la salud y así poder cambiar actitudes.

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

Tabla 13
Países africanos que han legislado contra la MGF

País	Legislación
Benin	2003
Burkina Faso	1996
República Centroafricana	1966, 1996, 2006
Chad	2003
Costa de Marfil	1998
Djibouti	1995, 2009
Egipto	1996, 2008
Eritrea	2007
Etiopía	2004
Gambia	2015
Ghana	1994, 2007
Guinea	1965, 2000
Guinea Bissau	2011
Kenia	2001, 2011
Mauritania	2005
Níger	2003
Nigeria	2015
Senegal	1999
Somalia	2012
Sudán	2008
República Unificada de Tanzania	1998
Togo	1998
Uganda	2010

8.3. Marco jurídico en España

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

“Artículo 149 del Código Penal”

1. El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años.
2. El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”.

La inclusión explícita se motivaba por la existencia de formas directivas surgidas de prácticas contrarias a nuestro ordenamiento jurídico y como una práctica que debe combatirse con la máxima firmeza, sin que pueda en absoluto justificarse por razones pretendidamente religiosas o culturales.

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

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

La reforma de la Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo, que modifica el Código Penal afecta en dos aspectos: Se incorpora como agravante 4ª en el artículo 22 el género como motivo de discriminación y en el artículo 85 se añade un artículo 156 que establece que los condenados por comisión de uno o más delitos comprendidos en el Título, cuando la víctima fuere alguna de las personas a que se refiere el apartado 2 del artículo 173, se les podrá imponer además una medida de libertad vigilada. Con lo que podría someterse al autor a una o varias de las once medidas previstas: obligación de estar siempre localizable mediante aparatos electrónicos, presentación periódica en el lugar que se establezca, comunicación inmediata de cualquier modificación de residencia, o puesto de trabajo, prohibición de ausentarse del lugar de residencia o de un determinado territorio sin autorización, prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima u otras personas que se determinen, prohibición de acudir o residir en lugares específicos, o de desempeñar actividades que faciliten la ocasión para cometer hechos delictivos de similar naturaleza, obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual o similares, tratamiento médico externo o control médico periódico.

La aplicación en el ordenamiento penal español del principio de Justicia Universal en relación a la MGF⁶

En cuanto a la persecución del delito, la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, legislación consolidada⁷ introdujo en su redacción dada por Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, del Poder Judicial, **la competencia de la justicia española**, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.

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

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

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

1.º el procedimiento se dirija contra un español;

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

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

El Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 relativo a la MGF, establece en su artículo 38 lo siguiente: "Mutilaciones genitales femeninas. Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:

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

Hay que tener presente que el artículo 149 del Código Penal no ha sido modificado y continúa apareciendo la MGF como delito de lesiones.

En la modificación actual de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial no aparece explícitamente la MGF, pero vemos que a través de la letra l) del apartado 4 del artículo único, llegamos a la MGF.

Es necesario hacerse una idea de cómo afectará dicha modificación cuando se aplica la ley a casos concretos. A continuación, comentamos los casos más frecuentes con los que nos encontramos en España y cómo podría afectar la nueva ley:

- En caso de viaje de una niña residente en España, que viaja al país de origen y se le practica la MGF, se continuaría aplicando la extraterritorialidad, ya que la víctima estaría residiendo en España (según el número 3 de la letra l))
- Si se imputa a los padres de la niña, y estos residen en España o tienen nacionalidad española, también se los inculparía (según el número 1 y 2 de la letra l))

- Si se trata del caso de una familia de Gambia con nacionalidad española en que la niña viaja a Gambia y vuelve mutilada, si el autor no está en España, no se juzga. Si la niña está en Gambia, la quieren mutilar y ella se niega, puede acudir al consulado español como ciudadana española.
- En el caso de una niña reagrupada, que llega mutilada a España, se duda que se pueda juzgar el delito, ya que esta niña no era residente en España en el momento de los hechos. Esto supondría que no se juzgaría a los casos de niñas reagrupadas mutiladas.

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

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

No quedan claros los términos “*que resida habitualmente*” usados en el redactado de la modificación de la ley, tanto en relación a los padres como a las niñas, no se especifica. Será un hecho que interpretaran los jueces. En general, la nueva ley se limita a más particularidades, aunque hay puntos en los que será decisión del juez quien determine de qué manera afectan a cada caso en concreto.

8.4. Derecho de asilo en España

La tendencia a nivel global de interpretar las solicitudes de asilo desde una perspectiva de derechos humanos según la Convención de Ginebra de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados no tenía en cuenta las persecuciones por motivos de género. En 2002, la Agencia de la ONU para los refugiados - ACNUR publica “Directrices sobre protección Internacional: La persecución por motivos de género en el contexto del artículo 1ª (2) de la Convención de 1951 sobre Estatuto de los Refugiados y/o su Protocolo de 1967”. En este documento se expone que existe la posibilidad de sufrir formas de persecución específicas en función del género, y se incluye, entre otras prácticas, la Mutilación Genital Femenina (ACNUR, 2002: 4).

Reconocer la MGF como forma de persecución en el marco del derecho de asilo es:

- Reconocer que las formas de violencia contra las mujeres son violaciones de los derechos fundamentales. Incluir la MGF visibiliza su magnitud como forma de violación de los derechos humanos. Al considerarla así podemos reivindicar la protección de estas mujeres mediante los instrumentos internacionales de defensa y promoción de los derechos humanos.
- Reconocer la responsabilidad de los Estados con respecto, por un lado, a la eliminación de esta forma de violencia y, por otro lado, a la protección de quien llega a su territorio huyendo de estas prácticas.

Con respecto al caso de España, cabe destacar que su legislación específica sobre MGF deja claro que esta práctica es un acto intolerable, tipificándola como delito. En tal caso, se hace necesaria la coherencia entre el trabajo sobre las causas estructurales que nos llevan a prácticas tradicionales perniciosas para las mujeres y el trabajo sobre las consecuencias (entre ellas el desplazamiento forzado). ¿Cómo se puede hablar en estos términos de la MGF y no proteger a las mujeres que llegan huyendo de esta práctica? Tanto en el caso de mujeres a las que se practica como en el caso de madres y padres que quieren evitar que se practique a sus hijas.

El derecho de asilo es una respuesta paliativa a la violación de los derechos fundamentales que se pone en marcha cuando se han violado los derechos de una persona o grupo o cuando existe un temor fundado de que se vaya a producir esta violación. Como respuesta paliativa debe ir de la mano de otras estrategias para el cambio, de manera que unas alimenten a otras y todas aporten a una transformación estructural del sistema patriarcal que elimine las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos. Así, la legislación española en materia de MGF puede ser leída desde dos ópticas que consideramos han de ser complementarias.

De las primeras sentencias en admitir a trámite la solicitud de asilo, que se recogen en la jurisprudencia del Consejo General del Poder Judicial, la de referencia ROJ SAN 62/2005, de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional, recoge el caso de una mujer nacional de Nigeria que solicita el derecho de asilo por motivo de MGF. En los considerados se recogen los informes que avalan en positivo la demanda por parte de ACNUR y de Cultura per la Pau UAB, y razona, donde anteriormente no se había recogido así en las sentencias precedentes, que si la administración duda de la verosimilitud de los hechos narrados por la persona solicitante, es la administración la que ha de aportar pruebas de esa falta de verosimilitud y no trasladar la carga de la prueba a la persona que demanda asilo. En este

caso consideró que el estado nigeriano no protegía a la mujer, y asimiló la MGF a la persecución sufrida por periodistas argelinos o homosexuales rumanos siguiendo el criterio del art. 1.2 de la Convención de Ginebra. Estableciendo que la solicitante es una persona perseguida y que queda amparada como grupo social, entendiendo como tal el de las mujeres y que el bien jurídico protegido son los Derechos Humanos.

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

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

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

Exposición de motivos de la Ley:

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

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

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

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

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

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

Rango: Ley Orgánica

Fecha de disposición: 13/03/2014

Fecha de publicación: 14/03/2014

Entrada en vigor el 15 de marzo de 2014.

B

BIBLIOGRAFIA

- Abdulkadir, J., Rodriguez, Ml., Say, L. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG*. 122 (3), 294-303. doi: 10.1111/1471-0528.13217.
- Abor, P. A. (2006). Female Genital Mutilation: Psychological and reproductive health consequences: The case of Kayoro traditional area in Ghana. *Gender and Behaviour*, 4 (1), 659-684. doi: 10.4314/gab.v4i1.23351.
- Ahmadi, K. (2015). *A comprehensive research study on Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Iran*. Recuperado de: <http://kameelahmady.com/wp-content/uploads/Kameel%20-%20EN%20Final.pdf>
- Ahmadu, F. (2000). Rites and Wrongs: An Insider/Outsider Reflects on Power and Excision. En Shell-Duncan, B., Hernlund, Y. (Eds.) (2000). *Female "circumcision" in Africa: Culture, Controversy, and Change* (pp. 283-312). Londres: Lynne Rienner Publishers.
- Al Hinai, H. (2014). *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman*. Recuperado de: <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habibaal-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>.
- Amnistia Internacional (1999). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Madrid: Editorial Amnistía Internacional. Recuperado de: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/12056.pdf>
- Andro, A., Cambois, E., Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science and Medicine*, 106, 177-184. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.02.003

- Armelle, A., Lesclingand, M. (2007). Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. *Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Etudes Démographiques*, 10 (438).
- Asociación Mujeres Entre Mundos (2016). *Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas*. Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/06/Guia_Mutilacion_Genital_Femenina_0.pdf
- Bedoya, M. H., Kaplan, A. (2004). Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica. En Lucas, J., García Añón, J. (Eds.) (2004). *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report*. Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Behrendt, A., Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1000-1002. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.1000.
- Berg, R. C., Denison, E., Fretheim, A. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies. *Norwegian Knowledge Centre for the Health Services*, 13.
- Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Vist, G.E. (2014b). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and Gynecology International*, 2014. doi: 10.1155/2014/542859.
- Bourdieu, P. (1991). Rites of Institution. En Thompson, J. (Ed.), *Language and Symbolic Power* (pp.117-126). Cambridge: Harvard University Press.
- Dahlui, M., Wong, Y.L., Choo, W.Y. (2012). Female Circumcision (FC) in Malaysia: Medicalization of a religious practice. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19 (1).
- Dawson, A.J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., Homer, C.S. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. *Women Birth*, 28 (3), 207-214. doi: 10.1016/j.wombi.2015.01.007.
- European Institute for Gender Equality (EIGE). (2015). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de: http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0215093ENN_Web.pdf

- Fondo de Población de las Naciones Unidas Naciones (FNUAP-Colombia). (2011). *Project Embera-wera: An experience of cultural change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America*. Recuperado de: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/proyectoembera.pdf>.
- García, M. C. (2011). El fenómeno de la inmigración en Andalucía y Granada. Cifras y reflejo en la educación. En García Castaño, F. J., Kressova, N. (Coords.) (2011) *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1659-1674). Granada: Instituto de Migraciones. ISBN: 978-84-921390-3-3
- Generalitat de Catalunya. Secretaria per a la Immigració (2007). *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Gobierno de Aragón (2006). *STOP mutilación genital femenina. Guía de prevención*. Aragón: Gobierno de Aragón.
- Gomaa, A. (2013). The Islamic view on female circumcision. *African Journal of Urology*, 19, 123-26. doi: 10.1016/j.afju.2013.02.007.
- Griaule, M. (1966). *Dieu d'eau, entretiens avec Ogotéméli*. Paris: Fayard.
- Hernlund, Y. (2000). Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting: Female 'Circumcision' and the Re-Ritualization of Initiation in the Gambia. En Shell-Duncan, B., & Hernlund, Y. (Eds.) *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, 235- 252. Londres: Lynne Rienner Publishers.
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (2016). Sevilla: Consejería de Economía y Conocimiento. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia>
- Inter-African Committee (2000). *Report on follow-up Symposium for Religious Leaders and Traditional Leaders on violence against women with emphasis on FGM*. Tanzania: Arusha.
- Istituto Piepoli. (2009). *Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni Genitali in Italia*. Recuperado de: http://ods.ars.marche.it/Portals/0/Materiale%20MGF/Valutazione%20Quantitativa%20e%20Qualitativa%20MGF%20Italia_2009.pdf
- IWPR (febrero, 2017). Georgia: FGM criminalised following IWPR investigation. *Institute for War & Peace Reporting –Global Voices*. Recuperado de: <https://iwpr.net/global-voices/georgia-fgm-criminalised-following-iwpr>

- Johnsdotter, S., Essén, B. (2010). Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications. *Reproductive Health Matters*, 18 (35), 29-37. doi: 10.1016/S0968-8080(10)35495-4.
- Kaplan, A. (2002). Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género. En Lucas, J. (2002). *Multiculturalidad y Justicia*. Cuadernos de derecho judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Kaplan, A. (2003). Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, 4, 23-30. Madrid.
- Kaplan, A. (2004). Informes de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña. *Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona*. Barcelona: Documento no publicado, presentado en el Parlament de Catalunya.
- Kaplan, A. (2007). Las migraciones Senegambianas en España: una mirada desde la perspectiva de género. En Iniesta, F. (Coord.) (2007). *África en diáspora: movimientos de población y políticas estatales* (pp.153-168).
- Kaplan, A., Cano, F., Moreno, J., Pérez, M.J. (2008). From Local to Global: Female Genital Mutilation in Diaspora. *Journal on Female Genital Mutilation and Other Harmful Traditional Practices*, 1, IAC, Geneva, Adiss Abeba (Documento no publicado).
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L., Seixas, A., Blanco, S., Utzet, M. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men. *Obstetrics and Gynecology International*, Vol. 2013. doi: 10.1155/2013/643780.
- Kaplan, A., Fernández, N., Moreno, J. et al. (2010). Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families. *BMC Public Health*, 10, 193. doi: 10.1186/1471-2458-10-193
- Kaplan, A., Forbes, M., Bonhoure, I., Utzet, M., Martín, M., Manneh, M., Ceesay, H. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in The Gambia: long-term Health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International Journal of Women's Health*, 5, 323-331. doi: 10.2147/IJWH.S42064
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in The Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8 (26). doi: 10.1186/1742-4755-8-26

- Kaplan, A., Hechavarría, S., Puppo, N. L. (2017). *Manual for the management and prevention of Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals in The Gambia*. España: UAB, Bellaterra (3ª edición).
- Kaplan, A., López, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. España: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions.
- Kaplan, A., Moreno, J., Pérez Jarauta, M. J. (Coords.) (2010). *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. ISBN: 978-84-693-0789-2.
- Kaplan, A., Nuño, L. (2017). Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina. Madrid: Dykinson. ISBN: 978-84-9148-100-3
- Kaplan, A., Perez Jarauta, M.J. (2006) (Coord.) *Mutilació Genital Femenina: Prevenció i Atenció. Guia per a professionals*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
- Kaplan, A., Riba, L., Laye, M., Secka, D., Utzet, M., Le-Charles, M. (2016). Female Genital Mutilation/Cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among Health care professionals in The Gambia. *International Journal of Women's Health*, 8. doi: 10.2147/IJWH.S102201 (pp. 103-111).
- Kaplan, A., Risler, S. (2004). *Iniciación sin Mutilación* [Vídeo documental – 26']. Barcelona: Ovideo Producciones.
- Kaplan, A., Salas, N., Mangas, A. (2015). La Mutilación Genital Femenina en España. *Delegación del Gobierno para la Violencia de Género*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de : <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/estudio/mutilacion.htm>
- Kaplan, A., Torán, P., Bedoya, M.H., Bermúdez, K., Moreno, J., Bolibar, B. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 38 (2), 122-126.
- Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K., Castany, M. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*, 19, 189-217. ISSN: 1138-5774-
- Kaplan, A., Torán, P., Moreno, J., Castany, M., Muñoz, L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9 (11). doi:10.1186/1472-6963-9-11

- Knight, M. (2001). Curing Cut or Ritual Mutilation?: Some Remarks on the Practice of Female and Male Circumcision in Graeco-Roman Egypt. *The University of Chicago Press on behalf of The History of Science Society*, Isis, 92 (2), 317-338.
- León-Larios, F., Casado-Mejía, R. (2012). Influencia del género en el conocimiento, percepción y abordaje de las prácticas tradicionales perjudiciales: Mutilación Genital femenina. *Evidentia*, 9 (40). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7898.php>.
- León-Larios, F., Casado-Mejía, R. (2014). Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre mutilación genital femenina. *Matronas Profesión*, 15 (2), 56-61.
- Machacek, D. y Wilcox, M. (2003). *Sexuality and the World's Religions*. California, Estados Unidos: ABC-CLIO.
- Mangas, A. (2010). El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas. *Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona*. [Tesina no publicada].
- Marzouqi, W. (Julio, 2011). Fatal traditions: female circumcision in the UAE. *The magazine of Dubai Women's College*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/48726435/DesertDawn22-1-January-2011>
- Medicus Mundi Andalucía (2008a). *Mutilación genital femenina: más que un problema de salud*. Granada: Medicus Mundi Andalucía.
- Medicus Mundi Andalucía (2008b). *Mutilación genital femenina: abordaje y prevención*. Granada: Medicus Mundi Andalucía.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Morison, L., Scherf, C., Ekpo, G., Paine, K., West, B., Coleman, R., Walraven, G. (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Tropical Medicine and International Health*, 6 (8), 643-653.
- Moritz, A. (2005). Post-traumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. *AM J Psychiatry*, 162, 1000-1002. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.1000

- Mulongo, P., Hollins, C. M., McAndrew, S. (2014). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32, 5, 469-485. doi: 10.1080/02646838.2014.949641.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario*. OMS/OPS.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>. ISBN 978-92-4-154964-6
- Parrinder, E. G. (1996). *Sexual Morality in the World's Religion*. London: Oneword publications.
- Pastor, M. B., Almansa, P. M., Jiménez, I. R., Pastor, J. R. (2015). Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: Una revisión videográfica. *Index Enferm*, 24 (3). doi: 10.4321/S1132-12962015000200009
- Pereda, M. N., Arch, M., Pérez-González, A. (2012). A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32 (6), 560-565. doi: 10.3109/01443615.2012.689893
- Perez, M.J., Echaury, M., Ancizu, E., Chaocarro, J. (2006) *Manual de educación para la salud*. Pamplona, España: Gobierno de Navarra. ISBN: 84-235-2920-7
- Sahiyo (2016). *An Exploratory Study on the practice of Khatna (FGC) Amongst The Dawoodi Bohra community*. Recuperado de https://sahiyo.files.wordpress.com/2016/05/khatnaflyer_final_withbox_11-24-16.pdf
- Shell-Duncan, B., Hernlund, Y. (Eds.), (2000). *Female "circumcision" in Africa: Culture, controversy and change*. London, UK: Lynne Rienner publishers.
- Sherf, C. (2000). Women in Africa have many other problems besides FGM. *British Medical Journal (BMJ)*. 321.571. London, UK.
- Suárez Ramos, A. (Coord) (2015). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csulud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/violencia_genero_2015/protocolo_violencia_genero.pdf

- Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J., Essén, B. (2006). Swedish healthcare providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care Women Int*, 27, 709-22.
- UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. World Health Organization.
- UNFP (2008). *Global Consultation on FGM/C. Technical Report*, New York.
- UNICEF (2005). *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*. Siena: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- UNICEF (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nueva York: UNICEF
- UNICEF (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Recuperado de: [http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread\(2\).pdf](http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread(2).pdf).
- United States Agency for International Development (2013). Female Genital Cutting: The interpretation of recent DHS data. DHS comparative report, 33.
- United States Department of State (2001). *Yemen: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC)*. Recuperado de <http://www.refworld.org/docid/46d5787ec.html>
- Van Gennep, A. (1960). *The Rites of Passage*. Chicago: University of Chicago Press.
- Vloeberghs, E., Kwaak, A., Knipscheer, J., Muijsenbergh, M. (2013). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17, 6, 677-695. doi: 10.1080/13557858.2013.771148
- WADI (2010). *Female Genital Mutilation in Iraqi-Kurdistan*. An empirical study. Recuperado de http://www.stopfgmkurdistan.org/study_fgm_iraqi_kurdistan_en.pdf
- Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C., Browne, M. (2007). *Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals*. *J Obstet Gynaecol*, 27, 161–164. doi: 10.1080/01443610601124257
- Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A., Elliott, E. (2015). Female Genital mutilation and cutting: a systematic literature review of health professionals. *BMC International Health and Human Rights*, 15 (32). doi: 10.1186/s12914-015-0070-y.

