

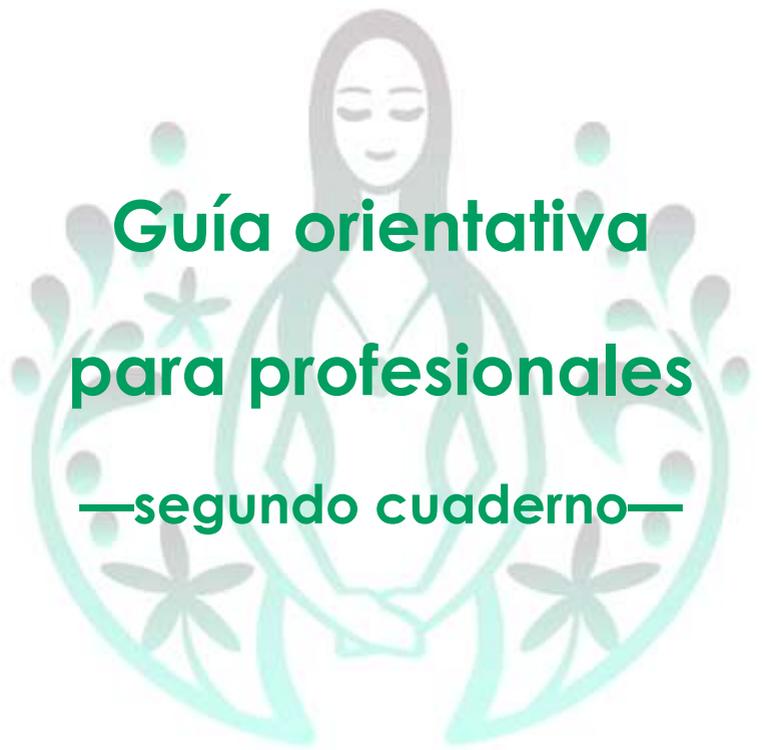
H Y G Í A

la salud de las mujeres inmigrantes



guía orientativa para profesionales
-segundo cuaderno-

— H Y G Í A —



Guía orientativa para profesionales —segundo cuaderno—

Proyecto “Hygía: la salud de las mujeres inmigrantes”

Asociación de Derechos Humanos de Extremadura

Autoras:

Beatriz Cercas García, Flor Fondón Salomón y Nardi Pérez Jorna

**Financiado por la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Junta
de Extremadura.**

Cáceres, mayo 2016.

“la mutilación genital femenina es un abuso irreparable e irreversible que repercute negativamente en los derechos humanos de las mujeres y las niñas, afectando aproximadamente a entre 100 millones y 140 millones de mujeres y niñas en todo el mundo, y que cada año se estima que otros 3 millones de niñas corren el riesgo de ser sometidas a esta práctica en todo el mundo...”

Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución **A/RES/67/146**

“...respeto mis raíces, aunque me rebele contra ciertas costumbres irracionales que denigran a la mujer. Ahí brego por cada centímetro de igualdad que puedo conquistar. Desde que me extirparon la mayor parte del clítoris y los labios menores de la vagina a los cuatro años, llevo la rebeldía en la sangre. Rebeldía, que no ira”.

Fátima Djarra Sani. Guinea Bissau, 1968. Activista y Mediadora de Médicos del Mundo Navarra en programas contra la Mutilación Genital Femenina.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| PRESENTACIÓN | 8 |
| INTRODUCCIÓN | 10 |
| ¿QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA-MGF? | 12 |
| ¿POR QUÉ SE PRACTICA? | 15 |
| A QUIÉNES SE PRACTICA. POR QUIÉNES. RITUALES. | 21 |
| CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LA MUJER..... | 25 |
| PAÍSES DONDE SE PRACTICA. CIFRAS | 31 |
| MARCO JURÍDICO | 36 |
| INFORMACIÓN. SENSIBILIZACIÓN. PREVENCIÓN. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN. | 44 |
| PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA. | 66 |
| RECURSOS ESPECÍFICOS SOBRE MGF | 67 |
| ANEXO.DOCUMENTO COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MGF | 68 |
| BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA | 70 |

PRESENTACIÓN

La presente *Guía orientativa para profesionales* — *segundo cuaderno*— forma parte del proyecto **Hygía: la salud de las mujeres inmigrantes** que realiza la Asociación de Derechos de Extremadura y financia la Junta de Extremadura a través de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

En el *primer cuaderno*, que se puede descargar online en nuestra web www.centroderechoshumanos.com, hablamos de mujer e inmigración, de los procesos de migración de las mujeres y los aspectos culturales y religiosos de la inmigración. Una aproximación a diferentes culturas y el rol que tienen las mujeres en ellas.

En este segundo cuaderno abordamos el tema de la Mutilación Genital Femenina. Les recomendamos que consulten el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)* presentado por el Gobierno de España en febrero de 2015. En él se establecen las pautas de actuación en materia de prevención e intervención que deberán ser conocidas y puestas en marcha por profesionales de distintas disciplinas, no solo desde el ámbito sanitario.

El objetivo fundamental del *Proyecto Hygía* es sensibilizar y formar a profesionales de los Centros de Atención Primaria y Centros Hospitalarios de Extremadura, en aspectos de la salud de las mujeres y niñas inmigrantes, haciendo hincapié en los factores culturales y religiosos y en los riesgos de la violencia de género, la trata de personas y la Mutilación Genital Femenina.

En el marco del proyecto se realizan jornadas formativas y un curso de formación online dirigido a profesionales de los ámbitos sanitarios, social, educación, igualdad y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Nuestra intención, con este segundo cuaderno, es sensibilizar sobre la grave violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas que supone la práctica de la Mutilación Genital. Y dar unas pinceladas sobre cómo abordar el tema ante una mujer mutilada o una niña en riesgo. Una respuesta abrupta, desde el desconocimiento, puede provocar una actitud de rechazo. Es imprescindible saber cómo hacerlo y trabajar en red con profesionales de otras disciplinas. El problema no es lejano. En cualquier momento tendremos la obligación de actuar.

INTRODUCCIÓN



La Mutilación Genital Femenina –MGF– supone una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas y es una manifestación más de las discriminaciones que sufren las mujeres solo por el hecho de serlo, es decir es una manifestación extrema de la Violencia de Género.

Esta práctica que se ejerce en diversas culturas y en numerosos países, atenta contra la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

El 20 de diciembre de 2012 la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la resolución A/RES/67/146. *Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina.*

En esta Resolución la ONU “Exhorta a los Estados a intensificar las actividades de concienciación y de educación y capacitación académica, no académica e informal, a fin de promover la participación directa de las niñas y los niños, las mujeres y los hombres, y a velar por que todos los agentes principales, los funcionarios públicos,

incluidos el personal judicial y los agentes encargados de hacer cumplir la ley, los funcionarios de inmigración, los proveedores de servicios de salud, los líderes comunitarios y religiosos, los docentes, los empleadores, los profesionales de los medios de comunicación y quienes trabajan directamente con las niñas, así como los padres, las familias y las comunidades, colaboren para erradicar las actitudes y las prácticas nocivas, en particular todas las formas de mutilación genital femenina, que afectan de forma negativa a las niñas...”

El 6 de febrero es el día acordado como ***Día Internacional de la Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina***, para hacer visible este problema y concienciar a la población sobre la gravedad del problema y la necesidad de su erradicación.



¿QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA-MGF-?

DEFINICIÓN



Según la Organización Mundial de la Salud -en adelante OMS-, la Mutilación Genital Femenina *“comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no*

médicos”.

El término “mutilación” fue adoptado, en 1990, en la III Conferencia del Comité Inter-africano sobre las prácticas que afectan a la salud de las mujeres, celebrada en Addis Abeba, para hacer referencia a todas las prácticas dañinas realizadas sobre los genitales femeninos, en contraposición con otros empleados hasta entonces como “ablación”, “escisión”, o “circuncisión femenina” ya que estos no englobaban las diferentes intervenciones realizadas. La terminología de “mutilación” fue posteriormente recomendada en 1991 por la OMS a la ONU que la utiliza desde entonces.

Guía orientativa para profesionales

Sin embargo, algunos/as autores/as defienden la utilización de “ablación genital femenina” porque consideran que se ajusta bastante a la realidad, ya que el término “mutilación” conlleva un juicio moral sobre una práctica que para quienes la realizan supone un acto de “purificación”. Además, sostienen, la palabra “ablación” es la más utilizada en los idiomas locales y resulta un término más neutro ya que las familias no son conscientes de que están mutilando a sus hijas.

A tener en cuenta:

Las personas que practican la MGF esgrimen una serie de motivos culturales, religiosos, etc. para justificar la intervención. No es considerada como una mutilación, sino más bien un beneficio para la niña y para la futura mujer. Esta cuestión es crucial a la hora de abordar el tema; es más conveniente, en los primeros acercamientos, utilizar terminología como “corte” o “cosido”.

TIPOS DE MGF

Según la clasificación de la OMS nos podemos encontrar con varios tipos de mutilación:

Tipo 1.- Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris y, en algunos raros casos, del prepucio.

Tipo 2.- Escisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.

Tipo 3.- Infibulación o ablación: reducción de la abertura vaginal mediante una cobertura a modo de sello formada cortando y recolocando los labios menores y mayores, con o sin resección del clítoris.

Tipo 4.- Otros: procedimientos lesivos de los genitales femeninos realizados con fines no médicos, tales como pinchazos, perforaciones, incisiones, raspados o cauterizaciones de la zona genital.



¿POR QUÉ SE PRACTICA?

El origen de esta práctica no puede situarse exactamente. Se sabe que hace 4000 años, en el antiguo Egipto, se realizaba la escisión, según algunas fuentes hay momias encontradas con señales de habersele practicado. A partir de Egipto se fue extendiendo hasta el resto del continente y del mundo.

Se considera un rito de iniciación a la edad adulta y se ha ejercido en diferentes sociedades de distintas épocas históricas.

LA MGF

- **No es una práctica que esté presente únicamente en el continente africano.**
- **No tiene fundamento religioso alguno.**
- **No es comparable con la circuncisión masculina.**

A pesar de lo que se cree, **no es un precepto musulmán**. No aparece ni en la Biblia ni en el Corán. La practican la mitad de las comunidades musulmanas y también los cristianos coptos ¹ en Egipto, Etiopía y Sudán; o la

¹ Descendientes de los antiguos egipcios, convertidos al cristianismo en el siglo I.

comunidad judía falasha² de Etiopía. Por el contrario, en países que siguen los principios y leyes islámicas como Marruecos, Jordania, Argelia, Siria, Libia, Túnez, Turquía o Arabia Saudí no la realizan.

Los sacerdotes españoles la llevaron a América en la época del descubrimiento y de la conquista. Los pueblos indígenas no concebían la impureza de la mujer y, sin embargo, estos sacerdotes católicos difundieron la práctica de la ablación. Aún hoy, comunidades como la Embera Chami³ la siguen realizando a las recién nacidas.

En contraposición con la circuncisión masculina que sí tiene fundamentos religiosos para la religión judía y musulmana; las consecuencias para la salud y la sexualidad no son comparables con la femenina (en Estados Unidos, por ejemplo, se realiza de forma profiláctica en los recién nacidos). No supone para los hombres una violación de sus derechos, ni una discriminación, ni un acto de violencia;

² *Falasha (forastero, exiliado) es como se conocen a los judíos procedentes de Etiopía.*

³ *Etnia indígena colombiana (también presente en otros países de la zona) con una población de algo más de 5.000 personas que se sitúa en el departamento de Risaralda, entre los municipios de Pueblo Rico y Mistrató.*

aunque en algunos casos se hace en condiciones inadecuadas e insalubres, son los más escasos.

Las razones sobre las que se sustenta la MGF son diversas. Una cuestión común para todos los grupos y etnias practicantes es el gran peso de la tradición; es una práctica arraigada social y culturalmente que, junto con el resto de costumbres, conforman la identidad cultural y fortalece el sentimiento de pertenencia al grupo.

Siguiendo el criterio de Bénédicte Lucas, vemos los motivos en los que se sustenta la MGF en cuatro grandes grupos.

1. Razones psicosexuales y reproductivas:



La sexualidad de la mujer tiene que ser controlada. Se cree que la MGF reduce el deseo sexual de la joven, manteniéndola virgen hasta el matrimonio (no ser virgen antes de casarse se considera una afrenta al honor familiar). En comunidades donde se practica la poligamia, se considera que de esta forma la mujer no demandará tantas relaciones sexuales al marido, pudiendo este dar satisfacción a todas

las esposas. Las madres creen que no conseguirán casar a sus hijas si no las someten al ritual de la ablación. Y los hombres no quieren casarse con jóvenes “sucias”.

En algunas culturas, se considera la MGF necesaria para mantener relaciones sexuales satisfactorias e, incluso, existe la creencia de que el marido puede estar en peligro si mantiene relaciones con una mujer no intervenida. Se supone que la mujer no debe sentir placer sexual.

También se cree que la intervención facilita el parto, que el clítoris puede dañar al bebé en el momento de nacer y que la MGF favorece la fertilidad.

2. Razones de higiene y estética:

Los genitales femeninos son considerados feos, sucios e incluso voluminosos y por eso hay que quitarlos. De hecho al ritual lo denominan “purificación”. Y existe la creencia de que si el clítoris no se corta crecerá hasta el tamaño de un pene.

La mujer que no ha pasado por este ritual se considera sucia y, en determinadas comunidades, se les llega a prohibir la manipulación de alimentos y del agua.

3. Razones religiosas y mitológicas:



Aunque el ritual forme parte de las prácticas religiosas de algunas comunidades, lo cierto es que la MGF no se debe asociar con ninguna religión. Como decíamos, ni el Corán, ni la Biblia recogen este precepto. No obstante, algunos líderes religiosos prohíben a las niñas no intervenidas participar en los rezos.

También existe el mito de que el clítoris se corresponde con el lado masculino de la mujer y que hay que extirparlo para que esta esté plena y en correspondencia con su verdadero sexo.

4. Razones socioculturales:

El ritual del “corte”, “cosido” o “purificación” es un componente esencial de la identidad cultural y sexual de las niñas; significa el paso de la niñez a la edad adulta y, sin conocer bien los detalles de la intervención, es un momento que esperan con impaciencia.

Para las niñas cumplir con el ritual es un sentimiento de orgullo, de ser mayor de edad, de pertenecer al grupo y asentar su identidad.

En el caso de las niñas que viven en el extranjero, valoran el proceso como una forma más de reafirmar su identidad cultural.

Para la familia supone la tranquilidad de que sus hijas están “purificadas”, de que pueden ser entregadas en matrimonio y que además su valor ha aumentado sustancialmente. Es una forma de mantener su estatus social. Aunque las familias, especialmente las madres, sean conscientes del daño que les infligen a sus hijas consideran que el no someterlas provocaría un daño mayor que les acarrearía vergüenza y la exclusión social.

Para la comunidad supone la aceptación de las niñas-adolescentes en el grupo. El cumplimiento y pervivencia de la tradición. Las personas que practican la MGF femenina reciben dinero o bienes en especie; son muy valoradas en su comunidad.



A QUIÉNES SE PRACTICA. POR QUIÉNES. RITUALES.



La edad en la que se consuma la mutilación varía de unas culturas a otras. Principalmente se practica en niñas y adolescentes de 4 a 14 años, aunque hay países donde se realiza antes de cumplir el año de vida o al nacimiento (forma parte del ritual de bautizo), o incluso justo antes del matrimonio o después del primer embarazo.

UNICEF en su informe *“Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina”* indica que ha disminuido la edad media de las niñas a las que se les ha practicado. Debido, por un lado, a las modificaciones legales que prohíben y penalizan las prácticas (rebajando la edad se eluden mejor los controles de las autoridades) y, por otro lado, quienes realizan y apoyan la MGF combaten la resistencia de las niñas a ser intervenidas.

La persona responsable de realizar la mutilación, en sus diversas formas, es normalmente una mujer que tiene cierta relevancia en la comunidad, como puede ser la

comadrona, la partera, una curandera o una anciana del grupo.

Lo habitual es que no tenga cualificación ni utilice los materiales adecuados. Los cortes los realizan con navajas, cuchillas de afeitado, incluso con trozos de vidrio y se emplea el mismo para todas las niñas.

Se contratan sus servicios bien para una niña, o para un grupo de niñas de la comunidad. Es una rentable forma de ganarse la vida ya que cobra el trabajo tanto en metálico como en especie.

Tal y como señala UNICEF, está aumentando la “medicalización” de la MGF, es decir, cada vez la realizan más profesionales de la salud en hospitales y clínicas, quizá debido a la presión que ejercen las campañas que alertan sobre los riesgos para la salud de las niñas.

“El hecho de que se sepa que algunos profesionales de la medicina o trabajadores sanitarios participan en esta práctica puede contribuir al error generalizado de que la A/MGF es de algún modo aceptable. La OMS ha declarado que sin lugar a dudas “cualquier forma de MFG no debe ser

Guía orientativa para profesionales

practicada por profesionales sanitarios en ningún lugar, incluidos los hospitales u otros establecimientos sanitarios”⁴.

En algunas comunidades la intervención se realiza en el ámbito privado, organizado por la madre y al que asisten solo las mujeres de la familia (madre, hermanas, abuela) que se encargan de preparar a la niña, sujetarla (son necesarias varias personas que mantienen separadas las piernas de las niñas, amarrados los brazos y con boca y ojos tapados) y evitar que se oigan sus gritos. Tras la intervención es la madre o alguna hermana quien se ocupa del cuidado de la niña.

En otras comunidades, son los padres quienes organizan el ritual, preparando una fiesta y la intervención se hace en grupo a las niñas de la comunidad que estén en edad para ello; aunque ellos no participan en el acto en sí.



⁴ *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. Innocenti DIGEST. UNICEF*

La intervención se realiza, comúnmente, en un lugar apartado ya que la ceremonia está rodeada de muchos



tabúes; de esta forma también se evita que las quejas de las niñas asusten a otras menores. El sitio donde se tumba

a la niña puede ser una piedra, en el suelo, un camastro...

Tras la operación, la niña se deja en el mismo lugar (en ocasiones se construye un rudimentario resguardo para protegerla del sol y de las alimañas). Se le cura la herida con hierbas, ungüentos, cenizas o estiércol y se les atan las piernas juntas para que cicatricen las heridas; realizándole curas periódicamente. El período de aislamiento puede llegar hasta los 40 días, dependiendo del tipo de intervención y de lo que tarde en curar la herida y durante ese tiempo solo es visitada por la persona encargada de su asistencia (madre o hermana).

A su vuelta a la comunidad, las niñas son agasajadas con regalos y se hace una fiesta, con cánticos y bailes. Es el momento donde quedan asignados definitivamente los roles de género y supone la aceptación por el grupo.

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LA MUJER



Tal y como destaca la Organización Mundial de la Salud, *“la MGF no aporta ningún beneficio a la salud de las mujeres y niñas, sino que la perjudica de formas muy variadas. Como implica la resección y daño del tejido genital femenino normal y sano, interfiere con la función natural del organismo femenino”*.

Las consecuencias para la salud de la niña y la mujer son graves, teniendo en cuenta en las condiciones en que se realiza. Como decíamos en el epígrafe anterior, el material utilizado para cortar es variado (navajas, hojas de afeitar, vidrio,...) y para suturar se utilizan fibras vegetales, hilo de pescar, alambres...) todo ello en condiciones sépticas y por personal sin formación alguna en salud o protección sobre enfermedades.

En la mayor parte de los casos, las complicaciones dependerán del tipo de mutilación realizada. La que más

complicación acarrea es la infibulación (extirpación del clítoris y de la totalidad de los labios mayores y menores y posterior sutura de ambos lados de la vulva, dejando solo un pequeño orificio para la orina y el flujo menstrual).

Consecuencias inmediatas:

- Dolor intenso.
- Choque hipovolémico.
- Hemorragia.
- Sepsias.
- Retención de orina.
- Llagas abiertas en la región genital.
- Lesiones de los tejidos genitales vecinos.
- Abscesos.
- Miedo, angustia.
- Colapso.
- Muerte.

Consecuencias tardías o diferidas:

Generales:

- Anemia severa.
- Infecciones subagudas (vulvares, urinarias, tétanos, hepatitis, VIH).
- Fístulas obstétricas.
- Quistes.

- Queloides por crecimiento exagerado del tejido cicatrizal.

Consecuencias psicológicas a medio y largo plazo:

- Ansiedad.
- Terror.
- Depresión.
- Estrés postraumático.
- Desórdenes mentales.
- Fobia sexual.
- Síndrome de la ansiedad-depresión enfocada genitalmente, “*genitally focused anxiety depression*”, que se caracteriza por una constante preocupación por el estado de los genitales y el pánico a la infertilidad.

Complicaciones obstétricas:

- Las complicaciones en el parto dependen del grado de mutilación.
- MGF Tipo I. Poco frecuentes pero se dan desgarros de la cicatriz.
- En los tipos II y III, al haber extirpación de tejidos y formación de queloides y quistes, la zona perineal apenas tiene elasticidad y presenta dificultades a la hora de la dilatación y expulsión.

- Retención de orina, infecciones urinarias y hemorragias.
- Parto obstruido.

Algunas de las complicaciones en el parto que se producen son sufrimiento fetal y pueden, incluso, ocasionar la muerte por asfixia al feto.

La tasa de mortalidad entre los bebés durante o tras el parto es mucho mayor entre los nacidos de madres con MGF. Un 55% superior en caso de MGF Tipo III. Un 32% en caso de MGF Tipo II y un 15% en caso de MGF Tipo I.

Fuente: Manual de prevención de la Mutilación Genital Femenina. Buenas Prácticas. Confederación Nacional

Complicaciones sexuales:

- Dispareunia (dolor al practicar el coito).
- Disminución del deseo sexual.
- Anorgasmia.
- Modificación de la sensibilidad sexual.
- Vaginismo.

Complicaciones genitourinarias:

- Dismenorrea (dolor menstrual).

Guía orientativa para profesionales

- Hematocolpos (acumulación de sangre en la vagina) que prolonga la duración de la regla hasta diez días o más y provoca mal olor.
- Hematometra (acumulación de sangre menstrual en el útero).
- Infecciones del aparato reproductor.
- Infecciones vaginales.
- Infertilidad.
- Infecciones urinarias de repetición secundaria, como consecuencia de la lentitud en la micción que puede llevar hasta quince minutos.
- Retenciones.
- Incontinencia.
- Micción dolorosa.



Estas complicaciones urinarias provocan que muchas mujeres se resistan a beber líquidos.

En muchos casos, las mujeres y las niñas que han quedado traumatizadas tras la A/MGF guardan silencio acerca de su experiencia. En algunas culturas no disponen de medios socialmente aceptables para expresar sus sentimientos de desasosiego o angustia psicológicos. En casos en los que no pueden o no quieren expresar abiertamente sus problemas psicológicos, las mujeres o niñas pueden mostrarlo en forma de dolencias físicas. También están apareciendo algunas evidencias de los efectos psicológicos de la A/MGF entre las comunidades inmigrantes de Europa, América, Australia y Nueva Zelanda. Las mujeres inmigrantes que han sido sometidas a la A/MGF a menudo se enfrentan a una carga psicológica adicional, ya que tanto los valores asociados a la A/MGF como su impacto físico y psicológico son mal entendidos por el país de acogida.

Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. Innocenti DIGEST. UNICEF

PAÍSES DONDE SE PRACTICA. CIFRAS



Algunas fuentes hablan hasta de 40 países donde la práctica es habitual; no obstante, en el mapa resaltamos aquellos donde la incidencia es mayor, aunque la prevalencia varía mucho entre unos y otros. Los países

donde más se practica la MGF pertenecen, principalmente, al África Subsahariana. También en países de Oriente Medio y Asia. Sin embargo, y debido a los flujos migratorios, se registran casos en todas las regiones del mundo.

Hay que tener en cuenta que no todas las etnias las practican. Sí la practican: Mandingas, Sarahules, Fulas (Pular, Fulbé), Bámbara, Dogón, Edos, Awusa, Djola y Manyaco procedentes principalmente de Gambia, Senegal, Malí, Mauritania, Nigeria, Camerún y Guinea Conakry. Y no la hacen las etnias Wolof y Serer. Se dan casos de mujeres intervenidas antes del matrimonio con un hombre de etnia donde sí se practica; aunque ella proceda de una etnia donde no se realiza.

No obstante, podemos encontrar a niñas y mujeres mutiladas en cualquier país del mundo debido al fenómeno de la inmigración. La población inmigrada intenta mantener sus tradiciones como forma de preservar su identidad cultural. Muchas personas las practican o bien en el país de destino, o en el país de origen cuando regresan temporalmente (por ejemplo, en vacaciones).

La tasa de mutilación y el tipo varía de unos países a otros.

Guía orientativa para profesionales

Según la OMS, se calcula que en el mundo hay alrededor de 140 millones de mujeres y niñas que han sufrido MGF en alguno de sus tipos. Solo en África unos 92 millones de niñas de 10 y más años.

Más de 30 millones de niñas están en riesgo de sufrir MGF en la próxima década.

En el continente africano, 2 millones de niñas son mutiladas cada año.

Medio millón de niñas que viven en Europa están en peligro de sufrir MGF, de ellas 17.000 en España.

En el cuadro de la página siguiente exponemos la prevalencia, la tipología por países, la población de cada país en el continente africano; así como si hay regulación al respecto.



| PAÍS | PREVALENCIA (en %) | TIPO | POBLACIÓN DEL PAÍS ⁵ | NORMATIVA ⁶ |
|-----------------|-----------------------|--------|------------------------------------|------------------------|
| Benín | 17 | I y II | 10.599.510 | 2003 |
| Burkina Faso | 72 | I y II | 17.419.615 | 1996 |
| Camerún | 1 | I y II | 22.818.632 | |
| Chad | 45 | I y II | 13.211.146 | ⁷ |
| Costa de Marfil | 42 | I y II | 20.804.774 | 1998 |
| Djibouti | 93 | III | 886.313 | 1995 |
| Egipto | 95 | I y II | 83.386.739 | 1996 |
| Eritrea | 98 | III | 6.536.176 | 2007 |
| Etiopía | 74 | I y II | 96.506.031 | 1994 |
| Gambia | 78 | I y II | 1.908.954 | |
| Ghana | 4 | I y II | 26.442.178 | 1994 |
| Guinea | 96 | I y II | 12.043.898 | 1965, 2002 |
| Guinea-Bissau | 44 | I y II | 1.745.798 | |

⁵ Datos del Banco Mundial.

⁶ Nos referimos aquí a aquellos países que han introducido legislaciones específicas en torno a la MGF ya sea por Ley o decreto. Indicamos el año.

⁷ Se trata en contexto de ley penal como una vulneración de derechos.

Guía orientativa para profesionales

| | | | | |
|--------------------------------|----|-------------|-------------|--------------|
| Kenia | 32 | I, II y III | 45.545.980 | 2001 |
| Liberia | 45 | I y II | 4.396.873 | 1984 |
| Malí | 92 | I y II | 15.768.227 | ⁸ |
| Mauritania | 71 | I y II | 3.984.457 | 2001 |
| Níger | 19 | I y II | 18.534.802 | 2003 |
| Nigeria | 19 | I y II | 178.516.904 | 2015 |
| Rep. Centroafricana | 26 | I y II | 4.709.203 | 1966 |
| Senegal | 28 | I y II | 14.548.171 | 1999 |
| Sierra Leona | 94 | I y II | 6.205.382 | 1953 |
| Somalia | 98 | III | 10.805.651 | 1978 |
| Sudán | 90 | III | 38.764.090 | 1941 |
| Tanzania | 15 | I y II | 50.757.459 | 1998 |
| Togo | 6 | I y II | 6.993.244 | 1998 |
| Yemen | 22 | III | 24.968.508 | |

⁸ Se trata en contexto de ley penal como una vulneración de derechos.

MARCO JURÍDICO



Las Naciones Unidas trabajan por la eliminación de la MGF desde diferentes agencias, tales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA), el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Comisión Jurídica de la Mujer (CSW).

El punto de partida podemos considerarlo en 1980 cuando las asociaciones de mujeres africanas, en la Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer, reclamaron medidas urgentes para combatir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las mujeres.

A partir de este momento la ONU elaboró Recomendaciones Generales, como la número 14 y la 19 de la CEDAW, donde se comenzó a extender el uso del término “mutilación” y dónde se incidía y se reconocía que unos de los factores determinantes en la práctica de la MGF era la desigualdad y la discriminación entre mujeres y hombres.

En diciembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó por unanimidad una Resolución prohibiendo la práctica de la MGF.

Todos los esfuerzos desde las diferentes agencias y organismos de la ONU han ido encaminados a fomentar el abandono de las prácticas de la MGF desvinculándolas de las tradiciones y culturas y manifestando que es violencia de género contra mujeres y niñas.

En octubre de 2013, se celebró la Conferencia Internacional sobre MGF en Roma, promovida por UNICEF y el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA). Uno de los objetivos principales fue la consolidación del compromiso político de todos los Estados a nivel mundial y la elaboración de estrategias específicas para reforzar el movimiento social que persigue erradicar la MGF.

La OMS entiende la MGF como un problema de Salud Pública en el que deben aunar esfuerzos los Estados, las organizaciones y trabajar con y desde las comunidades para un cambio de políticas públicas.

Para la eliminación de la MGF, la Organización Mundial de la Salud realiza investigaciones, fomenta la formación y elaboración de materiales y directrices sanitarios en la

atención a víctimas de mutilación y en la detección y prevención.

En mayo de 2014, en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó la resolución A67/22 en la que se contempla la MGF como una de las formas de violencia que debe ser estudiada desde el punto de vista del sistema sanitario.

El Consejo de Europa fue más tardío que los organismos internacionales, hasta 1994 no incluyeron en su agenda la MGF. La Mutilación Genital Femenina está considerada como un trato inhumano y degradante incluido en el Convenio Europeo de Derechos Humanos.

En este sentido cabe destacar, a nivel comunitario, el *Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y la lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, Convenio de Estambul*, ratificado por España el 11 de abril de 2014 y cuya entrada en vigor se produjo el 1 de agosto del mismo año.

Este Convenio marca un hito al ser el primer instrumento en materia de violencia contra las mujeres vinculante para Europa, además contempla como delito, todas las formas de violencia contra las mujeres, incluida la MGF.

No solo el Consejo Europeo ha regulado sobre MGF, el Parlamento Europeo, desde 2001, ha ido adoptando Resoluciones sobre la Mutilación Genital Femenina, considerando la erradicación de la MGF un objetivo alcanzable.

En la misma línea se trabaja en el Consejo de la Unión Europea. En junio de 2014, el Consejo adoptó las Conclusiones *“Prevención y lucha frente a todas las formas de violencia contra la mujer y la niña, incluida MGF”*.

En dichas conclusiones, el Consejo insta a los Estados Miembros y a la Comisión Europea a desarrollar mecanismos y acciones multidisciplinarias efectivas para eliminar la MGF en aquellos lugares donde se practique, además de formación a profesionales y recopilación de datos actualizados. El Consejo conmina a los Estados a que establezcan unas directrices comunes y claras para garantizar el beneficio de la protección internacional a las mujeres y niñas en riesgo de MGF.

La Comisión Europea elaboró en noviembre de 2013 el primer documento real y político de compromiso contra la MGF con medidas específicas para su erradicación en la UE.

A través de esta Comunicación de la Comisión al Parlamento y al Consejo, se promueve la prevención

efectiva dentro de la Unión Europea, el apoyo a las víctimas garantizando la protección de las mujeres en riesgo dentro del marco legislativo existente en la EU en materia de asilo y apoyo a los Estados miembros en a la elaboración de Leyes que prohíban la MGF.

A este respecto cabe destacar que sólo nueve países de la UE, incluida España, cuentan con una legislación específica para la MGF: Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Irlanda, Italia, Suecia y Reino Unido.

En España, la Mutilación Genital Femenina se considera un delito de lesiones, y así lo dispone el art. 149.2 del Código Penal.

Por otro lado, la jurisdicción española es competente para perseguir la mutilación genital realizada por españoles o extranjeros, fuera del territorio nacional cuando: el proceso penal se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España; cuando se hubiera practicado a una persona que, en el momento de su realización, tuviera nacionalidad española o residiera habitualmente en España; siempre que la persona a la que se le imputa el delito de MGF resida en España.

Al ser un delito tipificado en el Código Penal, la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece que aquellas personas

que por razón de su cargo, profesión u oficio, están obligados a denunciarlo al órgano competente, Ministerio Fiscal, tribunal competente, juzgado de guardia o instrucción y, en su defecto, al municipal o funcionario de policía más próximo, si se tratase de un delito flagrante.

Los profesionales de la medicina tienen la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad competente la existencia, o posible existencia, de un hecho delictivo y así lo establece específicamente el artículo 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Además de todo lo expuesto, al ser considerado delito, tienen la obligación de comunicación por parte del personal sanitario y de la persecución extraterritorial del delito en los casos contemplados en la legislación española. No podemos obviar la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor puesto que la Mutilación Genital Femenina se practica generalmente a menores de edad.

La Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, establece que los poderes públicos tienen la obligación de proteger a los menores de edad mediante la prevención y reparación de situaciones de riesgo. Se establece que toda persona o autoridad y especialmente aquellos por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, deberá comunicarlo a la

autoridad competente, sin perjuicio de prestarle auxilio inmediato.

Otros instrumentos con los que se cuenta son: *Protocolo para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género de 2012* en el que se incluye la MGF, contemplada como una forma más de violencia de género y el *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar* aprobado en junio de 2014, en el cual se incluye los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género y otras formas de violencia, como es la mutilación genital femenina.

Dicho Protocolo es susceptible de ampliación por parte de las Comunidades Autónomas. Por otro lado, los organismos implicados se comprometen a incorporar y utilizar las hojas de notificación y detección de maltrato infantil como un instrumento básico.

En el ámbito autonómico, las Comunidades autónomas que han incluido la Mutilación Genital Femenina en su legislación en materia de infancia son la Comunidad Valenciana y la Generalidad de Cataluña.

En cuanto a la Comunidad Autónoma de Extremadura la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura

recoge en su artículo 61.2 *“Igualmente, se establecerán las medidas que garanticen, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma, la integridad física y psíquica de las mujeres y niñas, impidiendo la realización de prácticas médicas o quirúrgicas que atenten contra dicha integridad”*.

De igual manera, dentro del Título IV. Violencia de Género, entre otros artículos del Capítulo II destacamos:

“Artículo 81. Derecho a la atención y la asistencia sanitarias específicas. Las mujeres que sufren cualquier forma de violencia de género tienen derecho a una atención y una asistencia sanitarias especializadas. Dicha atención contempla: a) La atención por parte del Servicio Extremeño de Salud mediante la aplicación de un protocolo de atención y asistencia en todas las manifestaciones de la violencia de género, en los diferentes niveles y servicios. b) La atención por parte de los dispositivos terapéuticos de la Red de Atención a Víctimas de la Violencia de Género. Dichos dispositivos prestarán atención psicológica especializada a las mujeres víctimas, a los hijos e hijas de ésta, así como a menores víctimas de la violencia de género.”

INFORMACIÓN. SENSIBILIZACIÓN. PREVENCIÓN. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN.



La erradicación de la MGF pasa por la sensibilización y la formación en los países de origen. No es suficiente, aunque sí imprescindible, con que haya una normativa específica que prohíba la práctica; es necesario informar a la población, sensibilizarla, instaurar programas de prevención y formación dirigidos a las comunidades y a los/as profesionales que intervengan.

Algunos conflictos que se pueden encontrar en el proceso social de integración?

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.

⁹ Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales. Associació Catalana de Llevadores, pág. 15.

La incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa en España.

Consideran que no se tienen en cuenta otros problemas que para ellas 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.

Debate entre estigmatización versus integración, que poco contribuye a un proceso de enculturación selectiva, que daría lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de sus hijas.

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.

Las recomendaciones a seguir son:

Información:

La información debe ir dirigida a cuantos grupos profesionales puedan intervenir, de una manera u otra, con los colectivos en riesgo: mujeres y niñas procedentes de países y etnias donde se practica.

En las oficinas de extranjería es recomendable tener información visible sobre la prohibición de la MGF en nuestro país. Haciendo saber que aquí es un delito y algún teléfono de contacto donde acudir para más información (puede facilitarse una pequeña guía de recursos).

En Centros de Salud y Centros Hospitalarios, especialmente en salas de espera y consultas médicas y de enfermería relacionadas con la salud de las mujeres y niñas (centros de planificación familiar, pediatría, obstetricia, ginecología...) se pueden colocar carteles con información detallada sobre la MGF que contengan al menos: Definición, tipos, consecuencias para la salud, teléfonos de interés y el ofrecimiento de *“aquí podemos ayudarle”*. Lo aconsejable es que se dispongan en varios idiomas (además de en español, en francés y en árabe).



En guarderías, centros educativos y en organizaciones que trabajen con población extranjera, como en el caso anterior, se pueden colocar carteles en varios idiomas con la información detallada.

Sensibilización:



En nuestro país y en nuestra región, de deben poner en marcha programas que, por una parte informen y sensibilicen sobre la situación y, que por otra, formen a profesionales sobre la actuación correcta a la hora de intervenir. Es importante establecer un trabajo en red entre los distintos agentes implicados (policía, servicios sociales, servicios sanitarios, centros educativos y de atención a la infancia, asociaciones, colectivos de población inmigrante, organizaciones de mujeres).

El tema de la MGF puede formar parte de programas más amplios relacionados con la salud sexual y reproductiva ya que, de entrada, plantear programas solo sobre la mutilación puede provocar rechazo en las comunidades destinatarias.



Prevención:



Dedicamos este epígrafe exclusivamente a la prevención destinada en los países de origen donde se practica la MGF, pues entendemos que las recomendaciones dadas en los epígrafes anteriores de información y sensibilización forman parte de la prevención en nuestro país.

Las organizaciones que se dedican a la cooperación en los países donde se realiza la práctica, deben formar a los y las cooperantes y establecer contactos con organizaciones locales. No hay que olvidar que, además de a las mujeres, se deben dirigir a los líderes comunitarios y religiosos;

Cualquier programa sobre MGF debe plantearse con la premisa de que es una tradición y se debe evitar la culpabilización de la familia.

Es necesario trabajar con un enfoque dirigido a todo el núcleo familiar y a la comunidad. Y con una estrategia multidisciplinar.

involucrar a los hombres y trabajar con grupos con el objetivo último de obtener un efecto multiplicador.

Las recomendaciones en este sentido son:

Informar sobre la situación legal de la MGF en el país de intervención, las consecuencias penales que puede acarrear el practicarla. Contextualizando que se trata de una vulneración de los derechos humanos y que por ello se persigue a quienes la practican y a quienes la promueven. Y que las víctimas son protegidas.

Abordar, enmendando las ideas erróneas sobre los beneficios de la MGF, los riesgos que acarrea para la salud de la mujer y de la niña. Es importante poner ejemplos de mujeres que no la hayan sufrido y, en la medida de lo posible, que sean ellas quienes cuenten como han sido sus partos, como son sus reglas y como no sufren las consecuencias de la intervención.

Hacer ver que lo más importante es el interés superior de la niña haciendo referencia al artículo 3 de la Convención de los Derechos del Niño: *“Todas las medidas respecto del niño deben estar basadas en la consideración de su interés superior. Corresponde al Estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando los padres y madres, u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo”*.

Buscar soluciones que salvaguarden los factores sociales y culturales de la comunidad. En este sentido recomendamos el visionado del documental “Iniciación sin mutilación” que *“nos adentra en un rito de paso de niñas a la edad adulta fuertemente arraigado, ofreciendo una alternativa respetuosa con la cultura: preservar el significado sociocultural de la práctica, que proporciona identidad étnica y de género, pero excluyendo la fase física”*¹⁰. El documental se puede visionar en la web de la Fundación WASSU UAB.

“Iniciación sin mutilación” plantea alterar la estructura ritual de la ceremonia que rodea la MGF (rito de paso a la edad adulta) en la que se suprime la primera fase de separación que es la parte física donde se practica la operación y se causa daño a la niña, y mantener los otros dos elementos: la fase de marginación (que cuando hay intervención depende del tiempo de cicatrización de las heridas) donde se transmiten a las niñas las enseñanzas de su pueblo, los saberes de las mujeres, el rol de género. Y la fase de agregación que supone la aceptación por parte de la comunidad y su nueva función social dentro del grupo.

¹⁰ *Reseña del documental extraída de la web de la Fundación WASSU UAB.*
<http://www.mgf.uab.cat/esp/index.html>

De esta forma se preserva la identidad del pueblo, su acervo cultural y se mantiene la integridad de las niñas.

Detección:

Para realizar un buen trabajo en este aspecto, es necesario que todos los grupos profesionales dispongan de información al respecto, formación para la intervención y se establezca una coordinación eficiente.

Es importante hacer un previo diagnóstico de situación en el ámbito en el que trabajamos (Centro de Salud, barrio, pueblo, Centro Educativo...) que nos permita conocer si hay población de riesgo (mujeres y niñas que procedan de los países y etnias donde se realiza la MGF).

Algunos indicadores que nos pueden guiar son:

- Procedencia de algún país donde se suele practicar la MGF en cualquiera de sus tipos.
- Antecedentes familiares de MGF.
- Regreso ocasional o asiduo al país de origen.
- Viaje previsto de la niña al país de origen de la familia ante el que muestra nerviosismo (puede saber qué le espera) o entusiasmo porque le han contado que acontecerá algo especial para ella.
- Postura familiar a favor de la MGF.

- Tras el regreso de la niña del país deben alertarnos comportamientos como:
- Rechazo repentino de su cultura, manifestaciones de rabia.
- Cambios de carácter, tristeza, desinterés.
- Comportamientos extraños como caminar con las piernas muy juntas o muy separadas, postura distinta al sentarse, negarse a realizar juegos con esfuerzo físico, deportes.
- Signos de anemia (palidez, cansancio).
- Absentismo escolar por cuestiones de salud.
- Pérdida de sangre.

Y cualquier otra manifestación que pudiera coincidir con las consecuencias que acarrea la MGF.

Intervención:

La intervención de los y las profesionales plantea una serie de dificultades que, por todos los medios, hay que intentar atajar para el abordaje de la problemática.

La comunicación y el diálogo con la mujer o niña en riesgo o afectada es fundamental, la primera intervención es facilitar información. Ante una situación de riesgo hay que informar a los servicios sociales, a menores y a la Fiscalía.

En cuanto a las dificultades que señalábamos estas pueden ser:

- De comunicación y comprensión por el idioma. En este caso, si es posible, nos ayudaremos de una mediadora intercultural, preferiblemente. También hay que tener en cuenta que las percepciones sobre salud y enfermedad son distintas, así como las realidades socioculturales y sanitarias entre el país de origen y el nuestro.
- La actitud del/la profesional al hablar de temas tan sensibles como son la sexualidad y la MGF que puede causar sentimientos incómodos.
- Rechazo a la pluralidad y diversidad cultural, estigmatización de las personas extranjeras. Este rechazo que puede darse en el/la profesional va a dificultar mucho la intervención. La aceptación de la diversidad cultural no significa, por el contrario, que deje de considerarse la MGF como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas.

Para abordar estas dificultades es necesario que se tengan ciertas habilidades en escucha activa, se disponga de apoyo psicológico y se hayan trabajado estrategias de prevención.

Toda intervención profesional tiene que tener en cuenta ciertas premisas que faciliten su trabajo y que ayude a la persona que tenemos enfrente:

- Mostrar respeto por la persona y por situación, al margen de nuestra postura personal ante la problemática.
- Animar a que la persona se exprese y manifieste cómo se siente.
- Asegurar la confidencialidad y que la mujer así lo entienda.
- Facilitar la información de forma comprensible.
- Mostrarnos receptivos/os ante costumbres que difieren de las nuestras.
- Informar y educar, motivando a que sean las propias mujeres quienes encuentren sus propios recursos y desarrollen las capacidades que permitan ayudar a sus hijas.

Intervención desde el ámbito sanitario:

Aunque la forma de proceder en el ámbito sanitario viene desarrollada en el *Protocolo* vamos a sintetizar aquí algunas pautas.

En este ámbito se pueden encontrar situaciones de MGF tanto en mujeres que la hayan sufrido, como niñas que la hayan sufrido o estén en riesgo.

Los y las profesionales implicados, dependiendo del caso, pueden ser:

- En Atención Primaria: Pediatras, enfermería de pediatría, matronas, profesional de medicina y enfermería de familia.
- En Atención Especializada: personal de los servicios de ginecología, obstetricia, pediatría, urgencias y urología.
- Otros: personal de los servicios de vacunación y de salud mental.

Hay que tener en cuenta que las mujeres no siempre van a achacar sus problemas de salud al hecho de habérseles practicado la mutilación. Ante la sospecha, hay que plantear algunas cuestiones como si se padecen trastornos relacionados con la menstruación, la orina o el aparato genitourinario. Tras lo cual hay que realizarle una exploración, con mucha cautela (la experiencia para la mujer o la niña puede resultar traumática porque la puede retrotraer al momento en que se le practicó la intervención) y por personal femenino. En el caso de tratarse de una niña en pediatría.

Si se descubre que una mujer ha sufrido MGF se le debe ofrecer seguimiento médico y psicológico para tratar los efectos de la mutilación. Además, es el momento de averiguar si tiene hijas y qué intenciones tiene ella sobre la niña y el resto de la familia (el padre, los abuelos paternos...). Hay que explicarles las consecuencias para la salud de la niña y las consecuencias legales y penales que puede acarrear la práctica.

A la niña que ha sufrido MGF se le debe hacer un seguimiento médico y psicológico.

Cuando la mujer o la niña han sufrido MGF, se les debe plantear la posibilidad de una reparación física mediante la cirugía.¹¹

Intervención desde el ámbito educativo:

Profesionales que puedan estar implicados:

- Profesorado (cualquier profesional que le imparta clase a la niña, incluidos/as quienes imparten educación física).



¹¹ En el Protocolo se detallan las diferentes intervenciones dependiendo del tipo de MGF.

- Tutor/a.
- Educador/a social.
- Orientador/a.
- Dirección del centro.

Algunos indicadores de que la niña puede estar en riesgo o ha sufrido MGF, van a ser detectados en el centro educativo. El profesorado debe estar atento a cualquier manifestación de la niña o a cambios de comportamiento.

El profesor o profesora, ante cualquier indicio de los señalados, debe informar a la tutora o tutor de la niña. Será esta la persona encargada de hablar del tema con la madre y el padre, exponiéndole las consecuencias para la salud de la niña y las consecuencias legales para ellos, tanto en su país de origen como en España.

En caso de que los progenitores se muestren de acuerdo con la práctica, se debe poner en conocimiento con los servicios sociales del municipio donde residan y establecer un trabajo en red donde también se implique el/la profesional de pediatría que asiste a la niña para hacerle un seguimiento.

En el ámbito de la educación social (ludotecas, centros de ocio,...) el contacto con la niña es más fluido, si cabe, porque se da en un contexto más informal. Con la familia

puede ser más complicado, de todas formas se intentará hablar con el padre y/o la madre y establecer una relación de confianza para, en cuanto se tenga ocasión, hablarle de los riesgos y consecuencias de la MGF en todos los aspectos.

Recuerda: La utilización del término “Mutilación” puede resultar agresivo para la persona que la ha sufrido o que tiene intención de que se le practique a su hija. Hay que buscar términos que se entiendan como “corte” o “cosido” pero que no ofendan a la persona; al menos en las primeras entrevistas. Muchas prácticas de otras culturas también, cuando menos, son cuestionables.

Si no es posible establecer el contacto con la familia, o esta muestra reticencias, también se pondrá en conocimiento de los servicios sociales.

Tanto si se tienen la sospecha de un peligro inminente de que se le vaya a practicar a la niña la MGF, o indicios de que se le ha realizado, hay que actuar con mucha cautela, ya que una actuación precipitada y poco profesional puede dificultar la intervención.

Intervención desde el ámbito de los servicios sociales:

La intervención de los y las profesionales de los servicios sociales va a estar marcada por el momento de la intervención (es decir antes –con factores de riesgo inminente o no- y después de que se haya producido la MGF).

Información y sensibilización en familias procedentes de países en riesgo:

- Fomentar la información y sensibilización de los grupos profesionales implicados.
- Informar a las familias implicadas sobre las consecuencias para la salud de las niñas y las implicaciones legales que tiene en nuestro país.
- Colaborar con las asociaciones que aglutinen a personas procedentes de países en riesgo (asociaciones de personas inmigrantes, asociaciones de atención a personas inmigrantes,...).

Algunas de las actividades que se pueden realizar:

- Difusión de material divulgativo dirigido a las familias en riesgos, con información sobre la MGF y con alternativas, como la que hemos visto anteriormente “iniciación sin mutilación”.

- Realización de sesiones informativas dirigidas a profesionales de los servicios sociales, sanitarios, educativos, policía, asociaciones.
- Formación de agentes de salud de la comunidad inmigrante subsahariana.
- Información, sensibilización y orientación a las familias tanto a nivel individual como comunitario; siempre que se disponga de la posibilidad, con mediadores interculturales.

Prevención específica en familias que plantean un posible viaje al país de origen:

La intervención en este nivel se planteará cuando se tenga conocimiento de que la niña va a viajar al país de origen.

- Se realizará una entrevista con la familia donde se le debe informar de todas las consecuencias (especialmente legales) si se le practica la MGF a la niña. Se le debe proponer la firma del compromiso preventivo¹² y la programación de revisión pediátrica antes del viaje y a la vuelta del mismo.
- En este momento es imprescindible establecer la conexión con otros servicios implicados en la atención

¹² Al final de la Guía, como anexo, se encuentra un modelo de documento.

a la niña desde todos los ámbitos (atención primaria, atención especializada, educación).

Intervención en caso de sospecha:

- Esta intervención debe plantearse en el caso de que la familia rechace o no se muestra colaboradora en la intervención planteada en el nivel anterior, o hay indicios suficientes para pensar que los padres van a practicar la MGF a la niña, aprovechando el viaje.
- En este caso se informará a la fiscalía de menores o al juzgado de guardia sobre la situación de riesgo de la niña, para que se tomen las medidas oportunas de protección de la niña. Del mismo modo hay que denunciar en el caso de que la sospecha sea a la vuelta del viaje de la familia.

Intervención en caso de MGF practicada:

- El/la profesional tiene la obligación de poner en conocimiento de la justicia los hechos (como en cualquier caso de maltrato). La omisión puede acarrear consecuencias legales.
- Es importante realizar una intervención a nivel psicológico, tanto con las niñas como con las madres. Tan importante es atajar las consecuencias físicas para la salud como las consecuencias psicológicas,

que muchas veces están soterradas bajo la apariencia de aceptación de las normas culturales.

Algunos argumentos útiles para la intervención:

Como hemos visto la práctica de la MGF se sustenta en la creencia de que es beneficiosa para la mujer y la niña. Cuando nos encontremos ante el caso de una persona o un núcleo familiar defiende la MGF, debemos informarnos bien sobre el tema y tras ello preparar un argumentario que nos permita abordar de forma eficaz y respetuosa el conflicto.

Cuando se hace por tradición:

Hacer una reflexión sobre el hecho de que todas las costumbres no son buenas ni beneficiosas. Algunas costumbres, como esta, son poco saludables para las personas y no porque se hayan mantenido durante generaciones se deben seguir practicando.



Es importante poner ejemplos de costumbres que se han erradicado o no, tanto de nuestra cultura como de otras, para no ofender las suyas (flagelación con cilicios, vendado de pies en China, “mujeres jirafa”, “derecho

de pernada") que sean también lesivas para las personas.

También hay que conocer otras costumbres de su cultura y la nuestra que no sean perjudiciales o dañinas y resaltar sus beneficios.

Cuando se hace por motivos higiénicos o de estética:

Explicar que los genitales femeninos son limpios y bonitos. Al contrario, el corte o el "cosido" pueden acarrear infecciones, mal olor, sangrado, deformación, heridas que pueden perdurar en el tiempo.

El clítoris no sigue creciendo si no se corta. Ni produce daño a la pareja, ni al feto, ni al bebé cuando nace.

Exponer que a las mujeres, africanas o no, que no sufren la extirpación del clítoris no les ocurre esto.

El clítoris lo ha puesto Dios ahí por algo, así que no puede ser malo (este argumento puede resultar muy útil para las personas con creencias religiosas).

Además la conservación del clítoris va a favorecer el placer en las relaciones sexuales tanto en la mujer como en el hombre, y no va a resultar dolorosa la penetración.

Si se acompañan las explicaciones de documentación gráfica, resultará más fácil la explicación por la profesional.

Cuando se hace para mejorar la fertilidad:

Aclarar que la MGF, al contrario de lo que creen, acarrea problemas de infertilidad y produce muchas muertes de bebés en el momento del parto, por el sufrimiento al que son expuestos y de madres que mueren como consecuencia de habersele practicado la MGF.

Cuando se hace por motivos religiosos:

Argumentar que ninguna religión (ni la musulmana, ni la católica, ni la judía...) recoge ningún precepto que contemple la MGF. El Corán sí obliga a las madres y los padres a cuidar de las hijas y a no causarles daño.

En países musulmanes como Marruecos, Arabia Saudí o Turquía, no se realiza esta práctica.

Y hay comunidades no musulmanas que también la practican.



Cuando se hace por controlar la sexualidad de la mujer, su deseo sexual y la fidelidad:

Conversar sobre los valores de la fidelidad, argumentando que para la transmisión a las hijas de estos valores no es necesario pasar por la MGF. Estos valores se transmiten a través de la educación y no con prácticas dolorosas que pueden provocar rechazo en las niñas, “enfadándose” incluso con su cultura. Mujeres africanas y no que no han sido mutiladas son fieles a sus parejas, tienen un deseo saludable y disfrutan de las relaciones en pareja.

“Nos encontramos ante una realidad muy compleja, que merece un enfoque integral por parte de las administraciones implicadas. Es un problema de salud que trasciende el marco puramente asistencial y judicial, en el que confluyen la vulneración de los derechos humanos, la necesidad de un abordaje transcultural de cuestiones íntimamente ligadas a la identidad de las personas, y el compromiso de evitar unas prácticas tradicionales que implican el trato discriminatorio, violento, degradante y doloroso hacia las mujeres.

Es por ello que el uso del derecho penal como mecanismo sancionador no puede desvincularse de una adecuada labor de información y prevención a través de organismos como es la escuela, los servicios sociales, profesionales sanitarios, mediadores interculturales y educadores para llegar entre todos a una resolución efectiva del problema” María Ángeles Gallego. *Mutilación genital femenina. Revisión y aspectos de interés médico legal.*

PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA.

El *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la mutilación genital femenina* fue aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el día 14 de enero de 2015. Es el primer protocolo de ámbito nacional. Comunidades Autónomas como Aragón, Cataluña y Navarra ya disponían de protocolo propio.

El *Protocolo* tiene una primera parte conceptual de acercamiento al tema que, en líneas generales, coincide con lo expuesto en esta guía; un epígrafe dedicado a la situación de la MGF, el marco jurídico y el último apartado dedicado a las actuaciones sanitarias ante la MGF.

En cuanto a las actuaciones de los y las profesionales sanitarios, esta se contemplan desde una perspectiva integral, multi e interdisciplinar, tanto en atención primaria, como en la atención especializada y servicios de urgencia.

En las "Actuaciones sanitarias ante la MGF" se promueve el abordaje preventivo y terapéutico, así como las intervenciones de reparación del daño causado.

Guía orientativa para profesionales

Se da por supuesto que el mismo es conocido por los y las profesionales del ámbito sanitario pero, no obstante, recomendamos que el mismo sea divulgado entre el resto de profesionales de la comunidad (ámbito educativo, social, policial...) para, de esta forma, garantizar una atención integral, multidisciplinar y coordinada.

RECURSOS ESPECÍFICOS SOBRE MGF

- Fundación Dexeus Salud de la Mujer. Programa gratuito de Reconstrucción Genital Post-Ablación. Tfnos.: 93 227 47 09 - 93 227 47 15 <http://campus.dexeus.com/quienes-somos/fundacion-dexeus/accion-social>
- Fundación Kirira. Sensibilización y educación para el desarrollo. Tfnos.: 926 51 30 76 / 628 196 385 <http://www.fundacionkirira.es/>
- Fundación Wassu-UAB organización científica de ámbito internacional, que actúa en la prevención de la MGF a través de la investigación antropológica y médica. Tfno.: 93 5868799 http://www.mgf.uab.cat/esp/fundaci%C3%B3n_wassu.html
- Médicos del Mundo. Trabajan en prevención a través de talleres con población inmigrante africana. Tfno.: 902 286 286. www.medicosdelmundo.org
- Medicus Mundi. Cooperación para el desarrollo. 902 101065 <http://www.medicusmundi.es/>
- Proyecto MGF de Fundación Mujeres Felices. En países de origen, operaciones de cirugía reconstructiva del clítoris y para la solución de los problemas de salud y dolor surgidos a consecuencia de la MGF. Tfnos.: 606 607 304 - 933 488 918 <http://mujeresfelices.org/proyectos/proyecto-mgf>
- UNAF. La Unión de Asociaciones Familiares trabajan en el ámbito de la prevención. Realizan varias actividades y tienen numeroso material disponible. Tfno.: 91 44631.62/ 50 www.unaf.org

Hygía: la salud de las mujeres inmigrantes

ANEXO.DOCUMENTO COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MGF¹³

Desde el Centro de Salud/Servicios Sociales de: _____ se informa a los familiares/responsables de la niña:

Nombre: **Fecha de nacimiento:** **País al que viaja**

Acerca de:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países africanos, y del delito que supone la práctica para los Derechos Humanos.
- El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la operación haya sido realizada fuera del país de (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), según modificación de la LOPJ 3/2005.
- La pena de prisión es de 6 a 12 años para los padres, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de Protección de Menores.

¹³ Modelo extraído de “Mutilación Genital Femenina. Prevención e intervención”. Unión de Asociaciones Familiares.

Guía orientativa para profesionales

- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/ la Pediatra /Médico de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud.
- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

El/la Pediatra/Médico certifica que, en los exámenes de salud realizados a la niña hasta ese momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Por todo ello:

DECLARO haber sido informado/a, por el profesional sanitario responsable de la salud de la niña sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.

CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

ME COMPROMETO a cuidar la salud de la menor de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En..., a...de.... de 20.....

Nombre y Firma

Madre/Padre/Responsable de la niña

Nombre y Firma

Pediatra/Médico/Trabajador/a Social

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Banco Mundial. Tablas de población. Consultado el 31 de agosto de 2015 en

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>

Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. Innocenti DIGEST. UNICEF

Documental "Iniciación sin mutilación". Dirección Adriana Kaplan. OVIDEO TV. 2004.

Flor del desierto. Waris Dirie y Cathleen Miller. Maeva. 2003

Guía para profesionales. Claves para aproximarse a la sexualidad de las personas inmigrantes. Unión de Asociaciones Familiares. 2013.

La Ablación Genital Femenina: una práctica inaceptable desde la perspectiva de los Derechos Humanos. Bénédicte Lucas. Descargado el 18 de agosto de 2015 en <http://www.dhdi.free.fr/recherches/droithomme/memoires/ucasmemoire.pdf>

La Ablación o Mutilación Genital Femenina en Colombia. QUITIAN VALENZUELA, Leonardo. Descargado el 18 de agosto de 2015 en <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10834/1/>

QuitianValenzuelaLeonardo2013.pdf

La MGF en España. Prevención e intervención. Unión de Asociaciones Familiares.

La Mutilación Genital Femenina en España. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Las mutilaciones genitales femeninas en España: Una visión antropológica, demográfica y jurídica. Adriana Kaplan y María Helena Bedoya.

Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura. BOE nº 88 de 13 de abril de 2011.

Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina. Buenas prácticas. Confederación Nacional de Mujeres en Igualdad. 2014.

Mundo cooperante. Pulseras contra la MGF. Consultado el 1 de agosto de 2015 en <http://www.mundocooperante.org>

Mutilación genital femenina. Revisión y aspectos de interés médico legal. MA Gallego y MI. López.

Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales. Associació Catalana de Llevadores. Enero, 2004.

Nuevas estrategias y buenas prácticas para la prevención de las mutilaciones genitales femeninas: la iniciación sin mutilación (un abordaje circular Gambia-España). Adriana Kaplan Marcusán, Pere Torán Monserrat, Juana Moreno Navarro.

OMS. Mutilación genital femenina. Nota descriptiva nº 241. Febrero 2012. Consultada el 29 de julio de 2015 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/#content>

Organización Mundial de la Salud. Mutilación genital femenina y otras prácticas lesivas. Consultado el 15 de julio de 2015 en http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/fgm_trends/es/

Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal. Bénédicte Lucas.

Stop Ablación. World Vision. Consultado el 26 de agosto de 2015 en <http://dona.worldvision.es/stopablacion/>

H Y G I A

la salud de las mujeres inmigrantes



Asociación de Derechos Humanos de Extremadura
-Adhex-
www.centroderechoshumanos.com

C/Amberes, 10-5ºB 10005 Cáceres. Tfno.: 927629370



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales