

PROTOCOLO
PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN
MUTILACIÓN
GENITAL FEMENINA
DE EXTREMADURA

JUNTA DE EXTREMADURA

EQUIPO DE REDACCIÓN

JUNTA DE EXTREMADURA:

Elisa Barrientos Blanca.
Carmen Núñez Cumplido.

ASOCIACIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE EXTREMADURA -ADHEX-:

Beatriz Cercas García.
Flor Fondón Salomón.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. DEFINICIÓN.....	5
3. TIPOS.....	6
4. POR QUÉ SE PRACTICA.....	7
5. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LA MUJER.....	11
6. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO.....	13
7. PAÍSES DONDE SE PRACTICA.....	13
8. SITUACIÓN DE LA MGF EN ESPAÑA.....	17
ESTADÍSTICA DE RIESGO EN EXTREMADURA.....	18
9. MARCO JURÍDICO.....	21
NORMATIVA INTERNACIONAL.....	21
NORMATIVA EUROPEA.....	23
NORMATIVA NACIONAL.....	23
NORMATIVA AUTONÓMICA.....	24
10. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO.....	27
GENERALES.....	27
ESPECÍFICOS.....	27
11. DESTINATARIOS.....	27
12. RECOMENDACIONES GENERALES.....	28
13. INTERVENCIÓN DESDE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN.....	30
MOMENTOS DE LA INTERVENCIÓN.....	30
14. CIRCUITO DE INTERVENCIÓN:.....	40
15. ANEXOS.....	44
ANEXO I.....	44
ANEXO II.....	45
ANEXO III.....	48
ANEXO IV: NOTIFICACIÓN URGENTE.....	49
16. BIBLIOGRAFÍA.....	51

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

1. 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 reconoce que *“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...”*

Y *“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 los/as agentes principales, funcionarios/as públicos, incluidos el personal judicial y los/as agentes responsables de hacer cumplir la ley, personal funcionario de inmigración, proveedores/as de servicios de salud, líderes comunitarios y religiosos, docentes, empleadores/as, 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.

En agosto de 2016, la Unión Africana en votación del Parlamento Panafricano (órgano legislativo de la Unión) ha prohibido practicar la MGF en todo el continente.

El Gobierno de España coincidiendo con el Día Internacional, el 6 de febrero de 2015, presentó el **Protocolo común de actuación sanitaria en materia de Mutilación Genital Femenina**. El Protocolo se enmarca dentro de la Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016).

2. 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”.

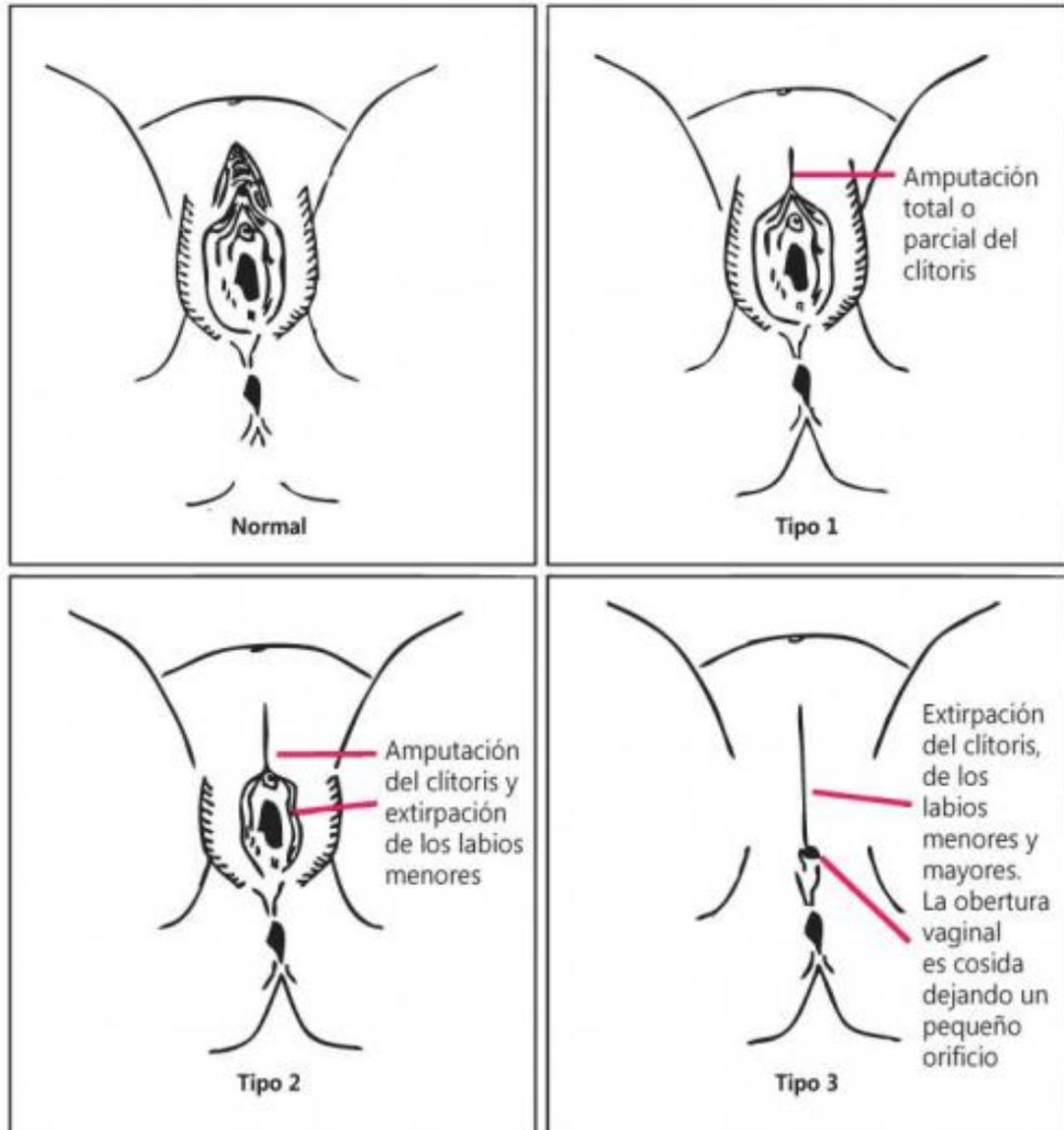
El término “mutilación” fue adoptado, en 1990, en la *III Conferencia del Comité Inter-africano sobre las prácticas que afectan a la salud de las mujeres*, celebrada en Addis Abbeba, para hacer referencia a todas las prácticas dañinas realizadas sobre los genitales femeninos, en contraposición con otros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

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.

3. TIPOS

- Tipo I o Clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris (órgano pequeño, sensible y eréctil de los genitales femeninos) y, en casos muy infrecuentes, solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
- Tipo II o Escisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- Tipo III o Infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal para crear un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- Tipo IV: amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables. Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.



4. POR QUÉ SE PRACTICA

El origen de esta práctica no puede situarse exactamente pero 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.

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 coptos¹ en Egipto, Etiopía y Sudán; o la 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.

Por lo tanto 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.

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, analizamos los motivos en los que se sustenta la MGF en cuatro grandes grupos.

a) 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

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

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.

mujer no demandará tantas relaciones sexuales al marido, pudiendo éste 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.

b) 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 e incluso, en determinadas comunidades, se les llega a prohibir la manipulación de alimentos y del agua.

c) 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.

d) Razones socioculturales:

El ritual del “corte”, “cosido”, “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 pueden que valoren 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 reciben dinero, o bienes en especie; son muy valoradas en la comunidad.

La MGF contribuye a establecer el rol de las niñas y mujeres de la comunidad; un rol de subordinación sobre el varón.

Los líderes espirituales y comunitarios son hombres que imponen un sistema de organización patriarcal.

5. 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).

	INMEDIATAS	DIFERIDAS O TARDÍAS
Generales	<p>Dolor Intenso</p> <p>Choque Hipovolémico</p> <p>Hemorragias</p> <p>Sepsias</p> <p>Abcesos</p> <p>Colapso</p> <p>MUERTE</p>	<p>Anemia Severa</p> <p>Infecciones Subagudas</p> <p>Quistes</p> <p>Queloides por crecimiento de tejido cicatricial</p> <p>Sufrimiento fetal o muerte por asfixia del feto</p>
Psicológicas	<p>Miedo, angustia</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Terror</p> <p>Depresión</p> <p>Estrés postraumático</p> <p>Desórdenes Mentales</p> <p>Fobia Sexual</p> <p>Síndrome de ansiedad depresión enfocada sexualmente⁴</p>
Obstétricas	<p>Llagas abiertas en región genital</p> <p>Lesiones en los tejidos genitales vecinos</p>	<p>Fístulas obstétricas</p> <p>Desgarro de cicatrices en TIPO I</p> <p>Dificultades en dilatación y expulsión en TIPOS II y III</p> <p>Retención de orina, hemorragias e infecciones urinarias</p> <p>Parto obstruido</p>
Sexuales		<p>Dispareunia (dolor en las relaciones)</p> <p>Disminución de deseo sexual</p> <p>Anorgasmia</p> <p>Modificación de la sensibilidad sexual</p> <p>Vaginismo</p>

⁴ "genitally focused anxiety depression", que se caracteriza por una constante preocupación por el estado de los genitales y el pánico a la infertilidad.

Genitourinarias	Retención de Orina	Dismenorrea (dolor menstrual)
		Hematocolpos ⁵
		Hematometra ⁶
		Infecciones del aparato reproductor
		Infecciones vaginales
		Infertilidad
		Infecciones urinarias de repetición secundaria
		Retenciones
		Incontinencia Micción dolorosa

En la mayoría de los casos, tanto las personas que la practican como las familias y las víctimas desconocen la relación entre MGF y sus consecuencias perjudiciales para la salud de las mujeres.

Por esto, es importante esgrimir como uno de los principales argumentos para erradicar esta práctica, las graves consecuencias que tiene para la salud, a corto y largo plazo, de las niñas y de las mujeres a las que se practica.

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

⁵Acumulación de sangre en la vagina que prolonga la duración de la regla hasta diez días o más y provoca mal olor.

⁶ Acumulación de sangre en la vagina

6. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO

- Probabilidad más elevada de una hospitalización prolongada.
- En los países de origen la tasa de mortalidad de los/as bebés durante el nacimiento es más elevada.
- La mortalidad perinatal es más alta en los hijos/as de madres con mutilaciones tipo II y III.
- El número de niños/as que precisan de reanimación al nacimiento es significativamente más elevado cuando la madre ha sufrido una mutilación genital.

7. PAÍSES DONDE SE PRACTICA

Según el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España,

“entre los 6 millones de personas extranjeras que residen en España, se encuentran más de 55.000 mujeres y niñas que provienen de países del África subsahariana, donde persiste la práctica ancestral de la mutilación genital femenina”.

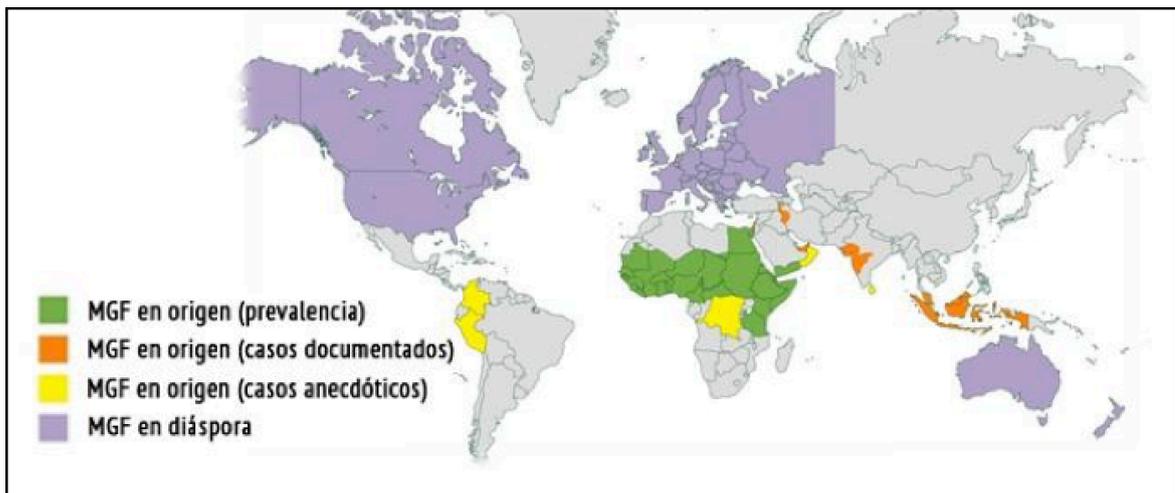
Algunas fuentes hablan hasta de 40 países donde la práctica es habitual; no obstante, en el cuadro adjunto resaltamos aquellos donde la incidencia es mayor, aunque la prevalencia varía mucho entre unos y otros. Los países donde más se practica la MGF pertenecen, principalmente, al África Subsahariana. 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.

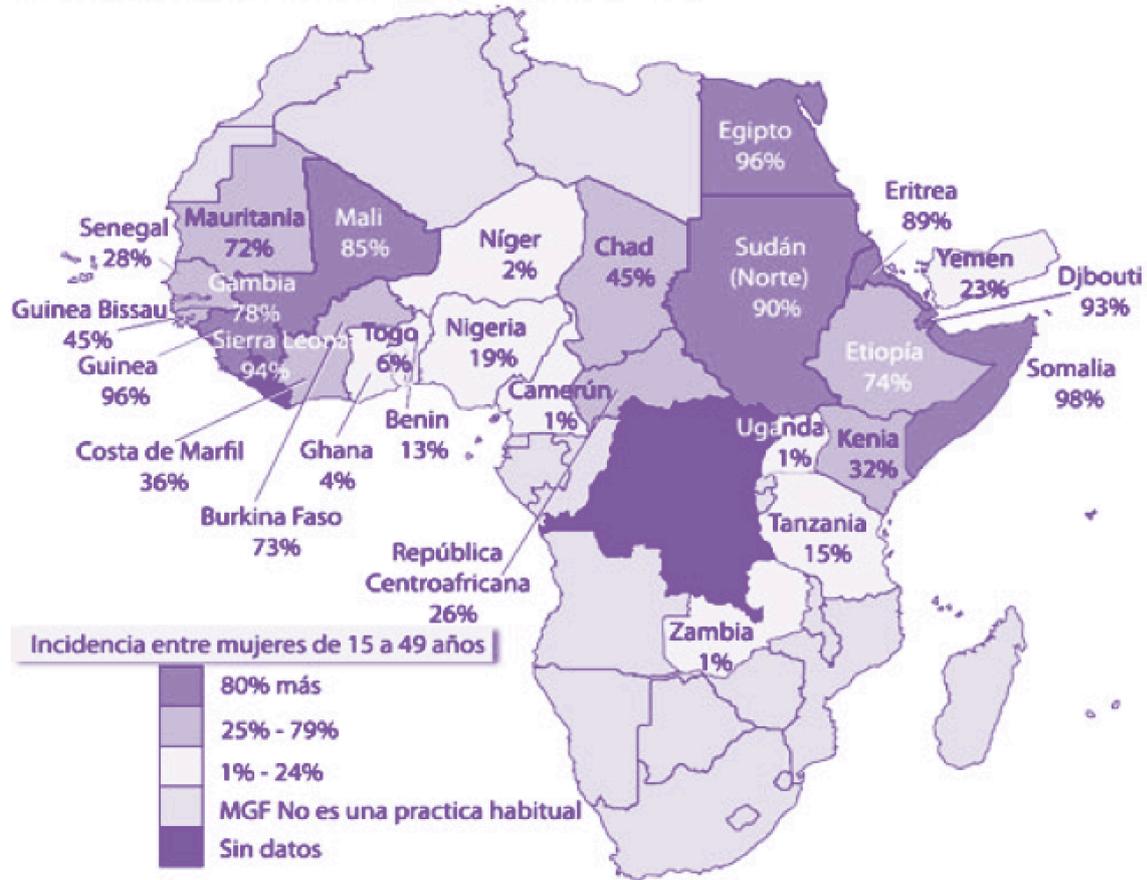
Benin	Liberia
Burkina Faso	Mali
Camerún	Mauritania
Chad	Níger
Costa de Marfil	Nigeria
Djibouti	Omán
Egipto	República Centroafricana
Eritrea	Tanzania
Etiopía	Senegal
Gambia	Sierra Leona
Ghana	Somalia
Guinea	Sudán
Guinea-Bissau	Togo
India	Uganda
Irak	Yemen
Kenia	

La tasa de mortalidad entre los/as bebés durante o tras el parto es mucho mayor entre los/as nacidos/as 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 Mujeres en Igualdad.



Mapa de la mutilación genital femenina



8. SITUACIÓN DE LA MGF EN ESPAÑA

España es un país de acogida de familias procedentes de países donde la práctica de la MGF es algo habitual.

Aunque en España se detectaron algunos casos de mutilación genital femenina practicados en Cataluña en el año 1993 y posteriormente en Palma de Mallorca en 1996, no existen pruebas fehacientes de que se hayan realizado más mutilaciones en nuestro país. No obstante, si se han detectado casos de inmigrantes mutiladas, especialmente en Cataluña y Andalucía.

No hay datos a nivel nacional de mujeres mutiladas que residan en España, sin perjuicio de los datos a nivel autonómico recogidos en alguno de los Protocolos sobre mutilación genital femenina de las Comunidades Autónomas, por ello, el desarrollo de este Protocolo Sanitario contribuirá a la obtención de datos sobre MGF, como un tipo más de violencia de género, a través de indicadores comunes en todo el territorio nacional.

El conocimiento de los países en los que se concentra la práctica de la MGF es fundamental para la detección y prevención de posibles casos, tanto de menores inmigrantes como de niñas nacidas en España, ya que uno de los factores de riesgo de esta práctica es proceder de un país donde se realiza.

Además del país de procedencia de las personas residentes en España, es preciso tener en cuenta otras circunstancias que determinan, en conjunto, la existencia de factores de riesgo. En este sentido, hay que considerar cuál es la etnia, el nivel de prevalencia de la MGF en el país de origen y la edad de la población (como se ha explicado, la edad a la que se practica la MGF varía mucho de una sociedad a otra pero, en general, oscila entre los 5 y los 14 años).

Por otra parte, el conocimiento de cuáles son las Comunidades Autónomas en las que residen la personas procedentes de estos países de riesgo, proporciona información de gran utilidad para identificar posibles personas/familias/grupos en riesgo y, por tanto, poder realizar actuaciones tendentes a la detección, atención y prevención de la MGF.

Estadística de Riesgo en Extremadura

Hombres	Mujeres	
PAÍS/PROVINCIA	Total	Total
Benin		
Badajoz	1	0
Cáceres	0	2
Burkina Faso		
Badajoz	1	0
Cáceres	1	2
Camerún		
Badajoz	9	7
Cáceres	7	2
Costa De Marfil		
Badajoz	15	1
Cáceres	2	3
Egipto		
Badajoz	9	5
Cáceres	7	0
Etiopía		
Badajoz	5	4
Cáceres	3	9
Gambia		
Badajoz	5	0
Cáceres	4	1
Ghana		
Badajoz	9	0
Cáceres	3	0
Guinea		
Badajoz	16	7
Cáceres	11	0
Guinea-Bissau		
Badajoz	9	3
Cáceres	4	0
Iraq		
Badajoz	4	6
Cáceres	1	0
India		
Badajoz	14	7
Cáceres	18	35
Indonesia		
Badajoz	0	0
Cáceres	0	1
Kenia		
Badajoz	0	20
Cáceres	2	32

Liberia		
Badajoz	2	1
Cáceres	0	1
Mali		
Badajoz	31	3
Cáceres	14	2
Mauritania		
Badajoz	11	5
Cáceres	4	1
Nigeria		
Badajoz	23	13
Cáceres	11	10
Senegal		
Badajoz	93	33
Cáceres	68	12
Sierra Leona		
Badajoz	3	0
Cáceres	2	0
Togo		
Badajoz	1	0
Cáceres	0	0
TOTAL	423	228
TOTAL AMBOS SEXOS	651	

En Extremadura, según cifras del padrón a 1 de enero de 2016; hay una población procedente de, al menos, 21 países donde se practica la Mutilación Genital Femenina, con distinta prevalencia.

En total son 651 personas, correspondiéndose con 423 hombres y 228 mujeres.

Teniendo en cuenta que la práctica de la Mutilación Genital Femenina, se transmite de igual modo tanto si es en la etnia de la madre o la del padre donde se practica, es necesario considerar también la población masculina como de riesgo y que además debe ser población objeto de sensibilización.

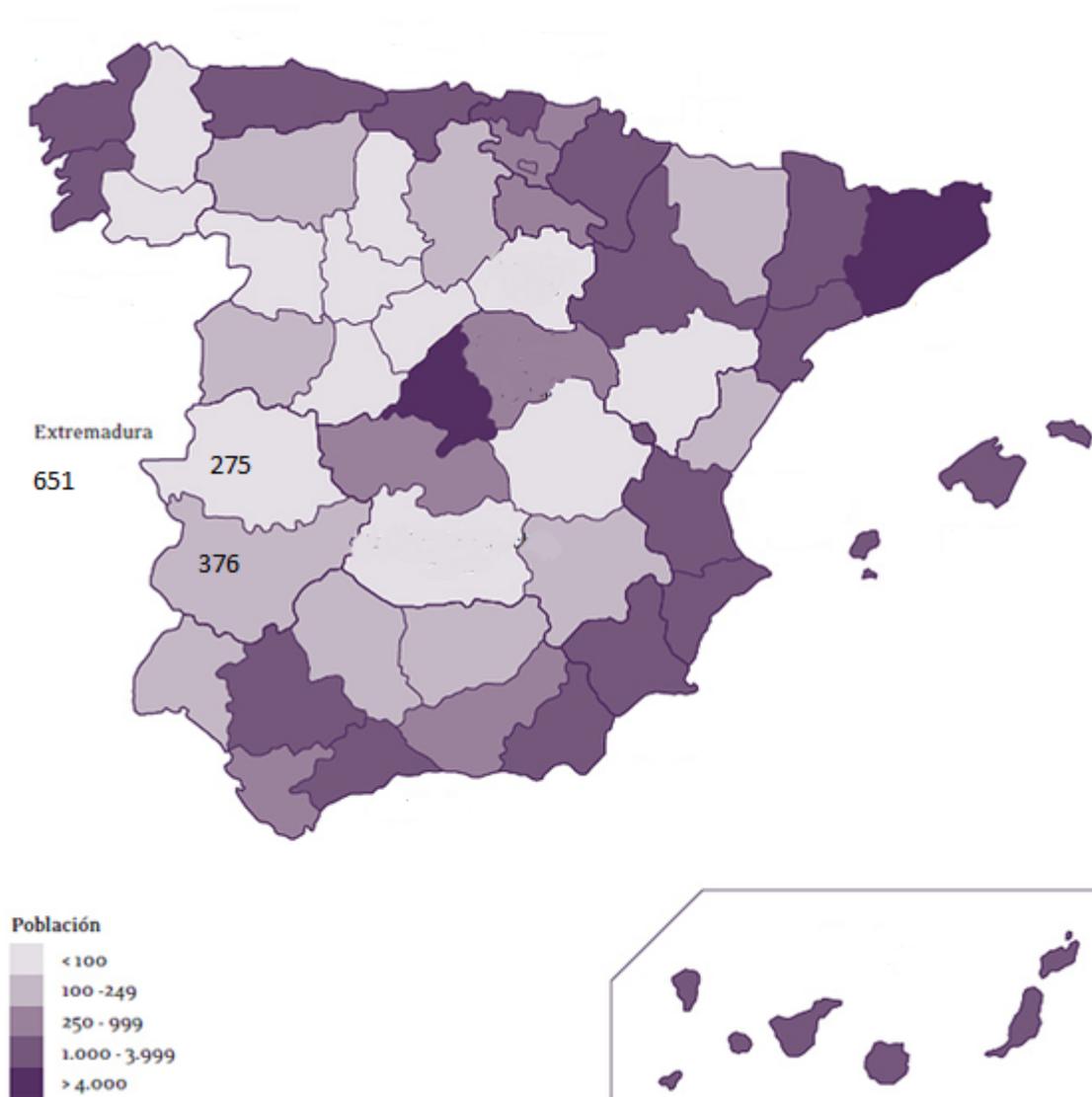


Gráfico de la prevalencia de la MGF en España. Fuente: "Mapa de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en España 2012". Fundación Wassu-UAB (Adaptado)

9. MARCO JURÍDICO

NORMATIVA INTERNACIONAL

A nivel Internacional la norma principal es la **Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)** que prohíben todas las formas de discriminación basadas en el sexo, aseguran el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de las personas así como el derecho a la protección ante cualquier violación de dicha Declaración.

De manera específica, las Naciones Unidas lucha para erradicar la MGF a través de distintas agencias y de manera transversal: La Organización mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Comisión sobre la Condición Jurídica de la Mujer (CSW).

A lo largo del tiempo, los diferentes organismos y agencias de la ONU, como la CEDAW **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres (1979)** han ido elaborando instrumentos para la erradicación de cualquier tipo de violencia contra las mujeres, entendiéndolo como una cuestión de derechos humanos. Hecho que fue decisivo, permitiendo así establecer normas vinculantes para los Estados estableciendo la obligación de prevenir, erradicar y castigar todo acto contra los derechos humanos de las mujeres.

Gracias a la presión de las asociaciones de las mujeres africanas la ONU en la **Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en 1980 en Copenhague**, pidió la adopción de medidas urgentes para combatir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de la mujer, creándose en 1984, el Grupo de Trabajo de la ONU sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños/as.

La **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing (1995)**, se considera una de las conferencias más influyentes y de mayor participación. En ella y a través de su Declaración y Plataforma de Acción, se contempla y se condena la MGF como forma de violencia contra la mujer, y afirma el deber de los Estados de tomar medidas para reducir este tipo de violencia.

La **Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño** (1989) fue el primer documento vinculante que aborda las prácticas tradicionales perniciosas como una violación de los derechos humanos. A través de la misma, se reconoce el papel de los progenitores y de la familia a la hora de tomar decisiones sobre los/as menores y responsabiliza y obliga a los gobiernos a «adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño/a contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el/la niño/a se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo/la tenga a su cargo.»

La Convención obliga a los Gobiernos a abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de las niñas y niños.

Con estos antecedentes, Naciones Unidas, a través de los Informes elaborados por el Secretario General y las propias Resoluciones se ha ido elaborando un compendio normativo siendo el más recientemente en 2014, el **Informe sobre intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina**, donde se exponen las cuestiones fundamentales sobre MGF proporcionando información sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros y además incluyendo recomendaciones sobre la base de la experiencia adquirida y las buenas prácticas.

Además de los esfuerzos de la ONU para erradicar la práctica de la MGF, cabe destacar, el **Protocolo de la Unión Africana a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos con relación a los Derechos de las Mujeres en África**, “Protocolo de Maputo”.(2003). Este instrumento resalta asuntos que no fueron cubiertos efectivamente en otros instrumentos pero que son de particular relevancia para las mujeres africanas, incluyendo el VIH y sida, la trata. Estipula que los Estados Parte deben tomar medidas para prohibir legalmente toda forma de mutilación genital femenina (MGF).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), junto UNICEF, promovió la celebración de **una Conferencia Internacional sobre MGF que tuvo lugar en Roma (2013)**. En esta Conferencia se alcanzó un compromiso político de alto además de implementar estrategias específicas que refuercen el movimiento social que persiguen erradicar la MGF y las prácticas discriminatorias relacionadas con la misma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a trabajar para la eliminación de la MGF a finales de los años setenta del pasado siglo, a través de sus recomendaciones impelía a los Estados a adoptar medidas y políticas claras contra esta práctica.

“La mutilación genital femenina es un problema de Salud Pública, todas las mujeres y las niñas tienen derecho a disfrutar del más alto grado posible de salud”

En la **67ª Asamblea Mundial de la Salud (2014)** se impulsó la adopción de la resolución A67/22 “Afrontar el problema mundial de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas” se aborda el papel del Sistema de Salud para afrontar esta cuestión. La MGF se contempla como una de las formas de violencia que debe ser estudiada desde el punto de vista del sistema sanitario.

NORMATIVA EUROPEA

El **Consejo de Europa** comenzó a ocuparse de la MGF en 1994, pero no fue hasta el 2001 a través de la Resolución 1247 (2001), sobre la Mutilación Genital Femenina, cuando se reconoce que esta práctica se ha convertido en algo común entre los Estados Miembros del Consejo de Europa en concreto, entre los inmigrantes.

El Consejo considera la MGF como un trato inhumano y degradante incluido en el Convenio Europeo de Derechos Humanos, concretamente en su artículo tercero. En este ámbito, destaca el **Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul)**, ratificado por España, publicado en el BOE el 6 de junio de 2014.

La importancia del convenio estriba en que es el primer instrumento de carácter vinculante en la Unión Europea en materia de violencia contra la mujer y violencia doméstica.

Tanto el Consejo como el Parlamento europea han ido avanzando en la prevención y la lucha contra la MGF, desde el punto de vista de los derechos humanos y como una forma execrable de violencia hacia las mujeres y niñas, siendo en el año 2001 cuando adoptó el Parlamento su primera Resolución sobre la Mutilación Genital Femenina.

Por su parte, el Consejo de la Unión Europea adoptó las Conclusiones sobre “Prevención y lucha frente a todas las formas de violencia contra la mujer y la niña, incluida la MGF” (2014). Mediante este documento se insta a los Estados Miembros y a la Comisión Europea a desarrollar y emprender acciones multidisciplinares efectivas para eliminar la MGF en aquellos lugares donde se practique, asegurando la participación de todos los/as agentes relevantes, especialmente en el ámbito de la justicia, policial, de la salud, servicios sociales, protección infantil, educación, inmigración y asilo y acción exterior.

NORMATIVA NACIONAL

El **Ordenamiento Jurídico Español** hace referencia al fenómeno de la Mutilación Genital Femenina tanto a nivel de normativa estatal como de algunas autonomías, bien a través de su legislación autonómica o a través de sus propios protocolos de actuación contra la violencia de género o específicos de MGF.

En España la mutilación genital, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones y así se establece en el **artículo 149.2 del Código Penal** que dispone *“El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.”*

A la hora de perseguir el delito España es competente para conocer la mutilación genital realizada por españoles o extranjeros, fuera del territorio nacional y así se establece en la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo).

En **La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor**, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en el artículo 13 se indica *“toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.”* Igualmente el artículo 14 establece la atención inmediata e indica: *“Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si*

corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del/la menor o, cuando sea necesario del Ministerio Fiscal”.

Además de la normativa, desde el año 2015 se cuenta con un Protocolo estatal el Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina.

NORMATIVA AUTONÓMICA

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.”*

INTERVENCIÓN INTERADMINISTRATIVA CONTRA LA MGF



10. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

Generales

- a) Prevenir y actuar ante la práctica de la MGF en Extremadura.

Específicos

- b) Sensibilizar, formar y capacitar a profesionales.
- c) Potenciar la coordinación interdisciplinar.
- d) Determinar la metodología de intervención a seguir desde los diferentes ámbitos de intervención.
- e) Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de las acciones completadas en el Protocolo.

11. DESTINATARIOS



12. RECOMENDACIONES GENERALES

- 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/la Niño/a: *“Todas las medidas respecto del/la niño/a 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, en la medida de lo posible, salvaguarden los factores sociales y culturales de la comunidad. Procurar que los y las profesionales implicados en este protocolo tengan los conocimientos necesarios para poder tratar los casos de mutilación con las herramientas y garantías de calidad que sean necesarias.
- Asegurar los canales que deben permitir que cualquier familia practicante conozca las consecuencias físicas y psicológicas que impliquen las mutilaciones y el marco legal que rige en el Estado español.
- El trabajo de sensibilización y la formación tendrán como objetivo que, en los núcleos familiares practicantes, tanto el padre como la madre abandonen la práctica por propio convencimiento y protejan a sus descendientes conjuntamente.
- El trabajo de reflexión y sensibilización que se promueva con los grupos practicantes incorporará, siempre que sea posible, agentes activos de la propia comunidad. Subrayando que la MGF es una de las distintas formas que adquiere la violencia machista, deberá promoverse la actuación de las mujeres africanas como principales protagonistas en el proceso de erradicación de las MGF, ya que son ellas las principales afectadas.
- La reflexión y la sensibilización se extenderán a partir de ellas a toda la comunidad, con especial interés para los hombres que la forman, por el hecho de ser ellos, en muchas ocasiones, los que disponen de la autoridad que debe hacer posible el cambio.
- En los casos de consumación se actuará según lo que establezcan las leyes, pero, cuando haya más menores que proteger, ya sea dentro del núcleo familiar directo o en el marco de la familia extensa, no se abandonará el trabajo preventivo.

- En los casos de consumación se tendrá especial cuidado con el soporte psicológico que puedan necesitar las víctimas, de manera inmediata o en otras etapas de su vida.
- Será necesario que los y las profesionales dispongan de información, traten los casos con confidencialidad y lleven el tema con sensibilidad, especialmente cuando se dirijan a los medios de comunicación.

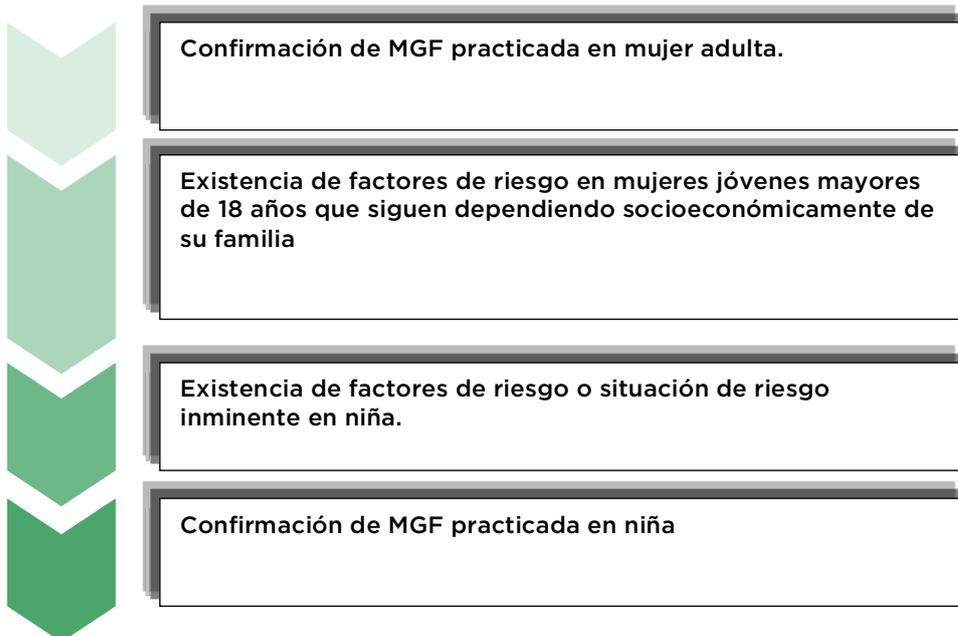
13. INTERVENCIÓN DESDE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN

Momentos de la intervención.

Los servicios de salud, educación y los servicios sociales; por sus características de proximidad, accesibilidad y universalidad, constituyen el espacio idóneo para permitir la aproximación a este reto intercultural. Las y los profesionales de los tres sistemas de protección ocupan un lugar clave en la detección, intervención y prevención de la MGF.

En este apartado consideraremos las diferentes actuaciones a realizar teniendo en cuenta la perspectiva integral en la intervención preventiva y terapéutica que requieren estas situaciones, así como la edad de la persona en situación de riesgo de sufrir una MGF o que ya la tenga practicada. Se adaptan los Momentos de la Intervención a los contemplados en el Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) Sistema Nacional de Salud 2015. Dichos Momentos no deben entenderse cronológicamente, sino como diferentes situaciones con las que nos podemos encontrar y que son susceptibles de intervención.

Para ello, podemos distinguir los siguientes momentos de intervención:



Momento 1: Detección e Intervención con mujeres adultas que han sufrido una MGF.

SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO SANITARIO	SISTEMA DE PROTECCIÓN : ÁMBITO EDUCACIÓN	SISTEMAS DE PROTECCIÓN ÁMBITO SOCIAL
Medicina de familia, enfermería, pediatría, matron@s, trabajo social, ginecología, urología.	Si el profesorado detecta que una mujer adulta tiene practicada la MGF y tiene hijas en el centro escolar:	Intervención Social con la Unidad Familiar con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF.
Después de establecer una relación de confianza, preguntar por la MGF y complicaciones sufridas.	Comunicar al Equipo Directivo y al Servicio de Orientación (Orientador/ a y/o Trabajador/a Social).	Informar de las repercusiones para la salud de la mujer y de las consecuencias legales para quienes la practiquen o cooperen en el delito.
Valorar consecuencias para, en caso necesario, tratarlas a diferentes niveles (físico y psicológico). Trabajar con la mujer la relación entre las consecuencias y la práctica de la MGF.	Comunicar al Centro de Salud (pediatra/médico/a de familia).	Coordinación con el Centro de Salud (pediatra/médico/a de familia).
Si la mujer tiene hijas menores de edad, se debe comunicar a pediatría e iniciar actividades preventivas reflejadas en el momento 3.	Comunicar a Servicios Sociales (si es usuaria y, en caso de no serlo, siempre que se considere necesario).	
	Realizar con la familia actividades preventivas.	

Momento 2: Detección e intervención con mujeres jóvenes, mayores de 18 años, en riesgo de Sufrir una MGF. Hijas que no tienen practicada la MGF, mayores de 18 años, que conviven con su familia y dependen de ella, que van a viajar al país de origen.

SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO SANITARIO	SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO EDUCACIÓN	SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO SERVICIOS SOCIALES
<p>1. Medicina de familia, matron/a, enfermería, trabajo social, vacunación internacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar actividad preventiva general (aunque no vaya a viajar). - Realizar actividad preventiva pre-viaje: <ul style="list-style-type: none"> * Citar a la joven a una consulta programada. * Ofrecer la información preventiva (consecuencias para la salud y legales). * Realizar exploración física, sólo en los casos que no hay constancia al respecto en la historia clínica. * Programar visita médica de la joven al regreso del viaje, si no acude o se niega a ser explorada (coordinación con el/la trabajador/a social del centro de salud). <p>2. Realizar actividad post-viaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Exploración física. * Si no tiene realizada la MGF refuerzo positivo. * Si tiene realizada la MGF, valorar las consecuencias y pautar tratamiento, emitir parte de lesiones. <ul style="list-style-type: none"> - Registrar en historia clínica todas las actuaciones realizadas. 	<p>Si el profesorado detecta que la familia, de la cual la joven es dependiente, va a viajar al país de origen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicar al Equipo Directivo y al Servicio de Orientación (orientador/a y/o trabajador/a social). - Comunicar al Centro de Salud. (Pediatra/médico/a de familia). - Comunicar a Servicios Sociales (si es usuaria y, en caso de no serlo, siempre que se considere necesario). - Realizar actividades preventivas dentro de la labor tutorial y de las funciones propias del Equipo Directivo: <ul style="list-style-type: none"> a) Informar a los padres y madres y a la joven de los riesgos para la salud e implicaciones legales. b) Orientar hacia el servicio de Mediación Intercultural (intervención individual y/o sesión formativa en el centro). 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención Social con la Unidad Familiar con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF. - Informar de las repercusiones para la salud de la mujer y de las consecuencias legales para quienes la practiquen o cooperen en el delito. - Coordinación con el Centro de Salud (Pediatra/médico/a de familia).

Momento 3: Detección e intervención con niñas en riesgo de sufrir una MGF: Niñas con factores de riesgo (pertenecen a una familia con madre o hermanas con la mutilación realizada, niñas originarias de países de riesgo). / Riesgo inminente: proximidad de viaje al país de origen; padres procedentes de zonas y etnias practicantes de MGF.

SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO SANITARIO	SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO EDUCACIÓN	SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO SERVICIOS SOCIALES
<p>1. Pediatría, enfermería, trabajo social, médico@ de familia, vacunación internacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niñas con factores de riesgo (pertenecen a una familia con madre o hermanas que tienen practicada la mutilación, niñas de países de riesgo). - Actividad preventiva general (dentro del Programa de Salud Infantil). - Importante registrar en historia clínica la integridad de sus genitales. - En los casos en los que se detecte riesgo comunicar al trabajador/a social del Centro de Salud. <p>2. RIESGO INMINENTE (Viaje al país de origen).</p> <p>Realizar actividad preventiva pre-viaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Citar a la niña a consulta programada. - Ofrecer la información preventiva a la familia. - Realizar exploración física y anotar en historia clínica. - Ofrecer firma del compromiso preventivo 	<p>Si el profesorado detecta cualquiera de estas dos situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicar al Equipo Directivo y al Servicio de Orientación (Orientador/a y/o Trabajador/a Social). - Comunicar al Centro de Salud (Pediatra /médico/a de familia). - Comunicar a Servicios Sociales en caso de que la niña pertenezca a una familia con madre o hermanas con la mutilación realizada o que esté en situación de riesgo inminente porque va a viajar al país de origen. La comunicación no es necesaria cuando el único factor de riesgo consista en ser niña originaria de países de riesgo. - Realizar actividades preventivas dentro de la labor tutorial y de las funciones propias del Equipo Directivo: <ul style="list-style-type: none"> a) Informar a los padres y madres de los riesgos para la salud e implicaciones legales. b) Orientar hacia el servicio de Mediación Intercultural 	<p>Niñas con factores de riesgo. - Intervención Social con la Unidad Familiar con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF.</p> <p>Riesgo Inminente.</p> <p>Coordinación/comunicación con el Centro de Salud (Pediatría / médico/a de familia). Y en caso de viaje a la firma del compromiso preventivo (Modelo Anexo I).</p> <ul style="list-style-type: none"> - En caso de no acudir al Centro de Salud, y existir riesgo inminente, notificar al Servicio Especializado de Menores (Modelo Anexo II del protocolo).

<p>(Modelo Anexo I).</p> <p>Notificar al servicio especializado de menores⁷ en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">- La familia no acude a las citas.- La familia no firma el compromiso preventivo. <p>3. Realizar actividad post-viaje:</p> <ul style="list-style-type: none">- Exploración física.- Si no tiene realizada la MGF, refuerzo positivo.- Si la familia no acude a la cita y no se les puede localizar comunicar al trabajador/a social del centro de salud, que coordinará el caso si se precisa con el ámbito educativo y los Servicios Sociales para su localización y comunicación de la necesidad de visita con pediatría.- Notificar al servicio especializado de menores si La familia no permite la exploración física de la Menor o si hay una negativa expresa a acudir al centro sanitario.⁸- En todos los casos se debe registrar en historia clínica todas las actuaciones realizadas.		
---	--	--

⁷ Modelo Anexo IV

⁸ Modelo Anexo IV

Momento 4: Detección e intervención con niñas menores de edad, con MGF practicada. / Niña nacida en país de riesgo recién llegada. / Niña que le han realizado la MGF en un viaje.

SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO SANITARIO	SISTEMA DE PROTECCIÓN: EDUCACIÓN	SISTEMA DE PROTECCIÓN: SERVICIOS SOCIALES
<p>Pediatría, enfermería, trabajo social y médicos de familia.</p> <p>Si se constata una MGF en una menor de edad:</p> <p>Si es una niña nacida en país de riesgo recién llegada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anotar en historia clínica, comunicar a protección de menores mediante hoja de notificación de maltrato infantil para coordinar el momento de enviar parte de lesiones. <p>Si es una niña que le han realizado la MGF en un viaje y su residencia habitual es en España:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notificar al servicio especializado de menores.⁹ - Realizar parte de lesiones. <p>En ambos casos se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar las posibles secuelas de la MGF practicada. Planificar desde este momento atenciones para paliar el daño en salud. - Realizar siempre una actividad preventiva comunitaria con la familia para prevenir en el futuro, mutilaciones en otras hijas. - Registrar en historia clínica todas las actuaciones realizadas. 	<p>Si el profesorado detecta cualquiera de estas dos situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicar al Equipo Directivo y al Servicio de Orientación (Orientador/ a y/o rabajador/a Social). - Comunicar al Centro de Salud (Pediatria/ médico/a de familia). - Comunicar a Servicios Sociales. - Realizar actividades preventivas dentro de la labor tutorial y de las funciones propias del Equipo Directivo: <p>a) Informar a los padres y madres de los riesgos para la salud e implicaciones legales.</p> <p>b) Orientar hacia el servicio de Mediación Intercultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con centro de salud (Pediatría/ médico/a de familia) y derivación a servicio especializado de menores a través del Anexo II de MGF.

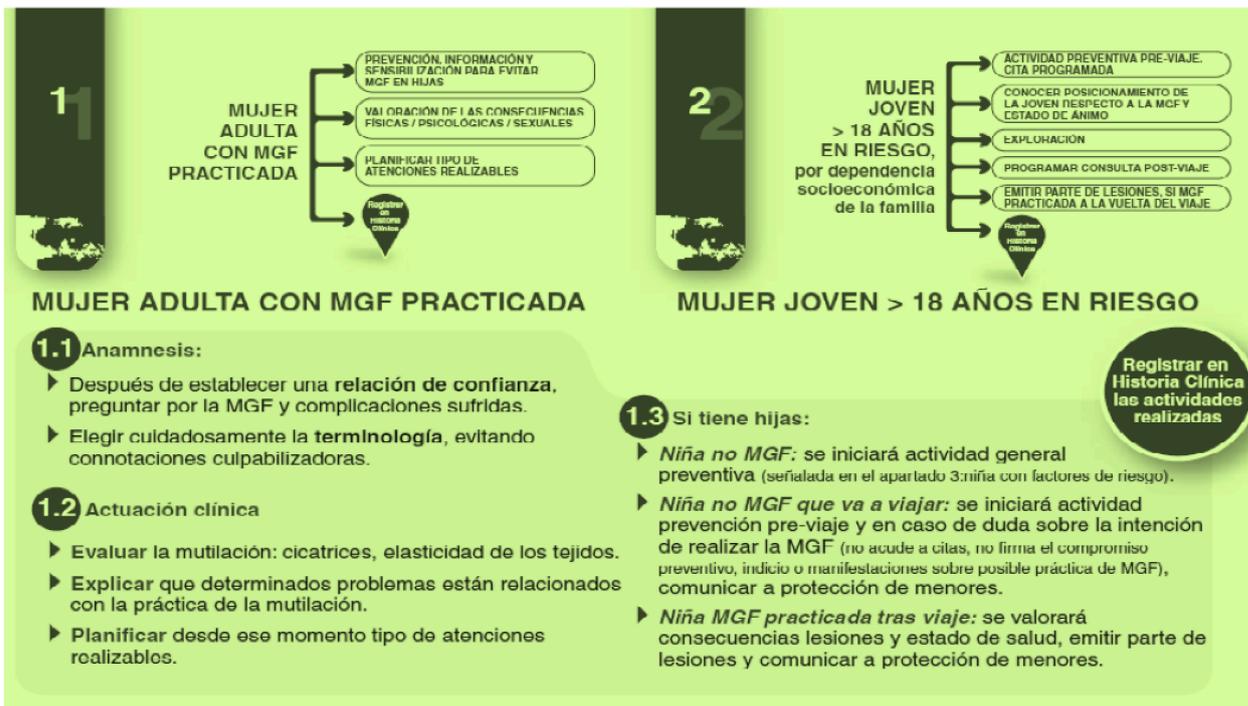
⁹ Modelo Anexo IV

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.

“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.

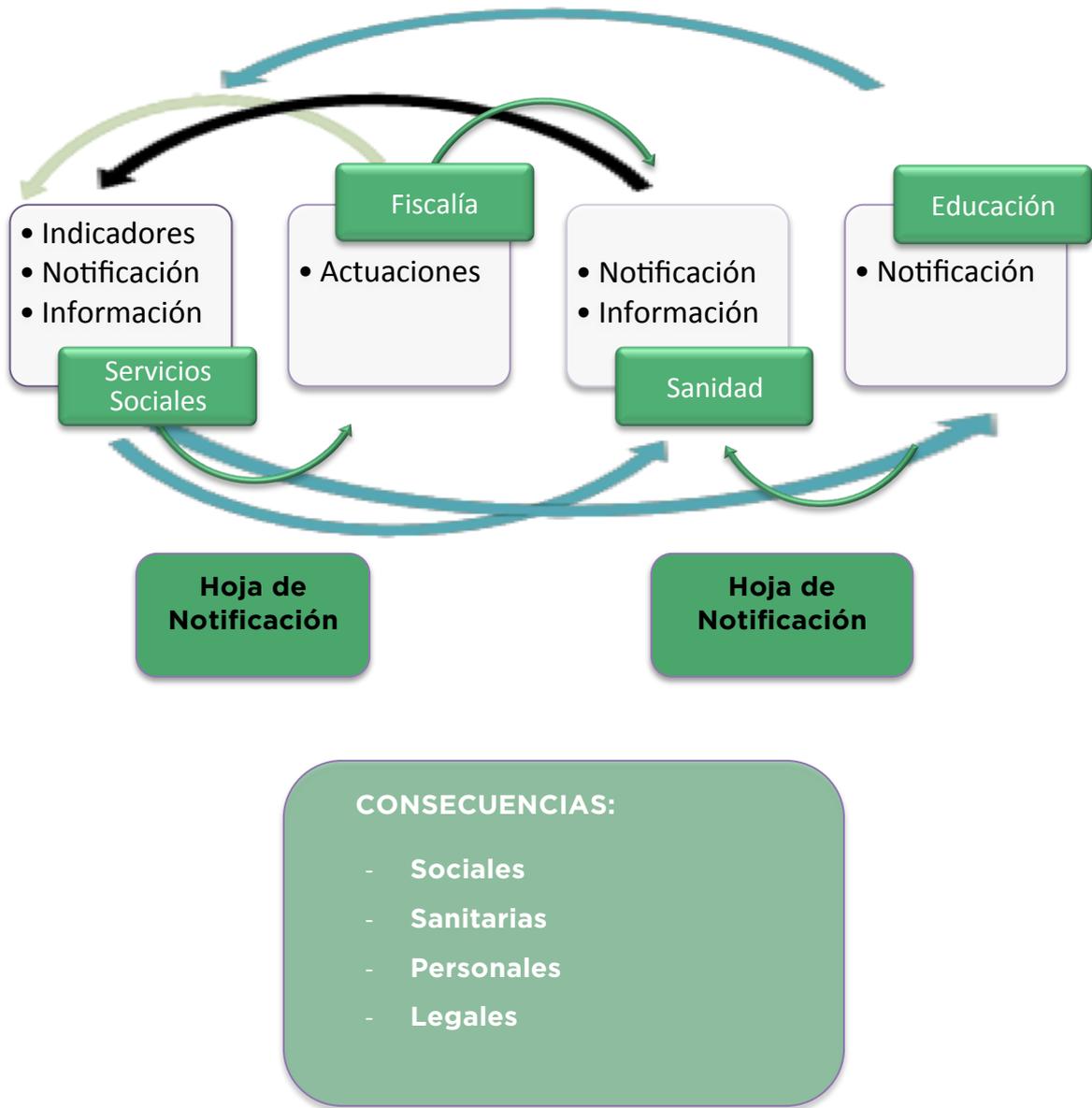
Es por ello que el uso del derecho penal como mecanismo sancionador no puede desvincularse de una adecuada labor de información y prevención a través de organismos como es la escuela, los servicios sociales, profesionales sanitarios, mediadores interculturales y educadores para llegar entre todos a una resolución efectiva del problema”.

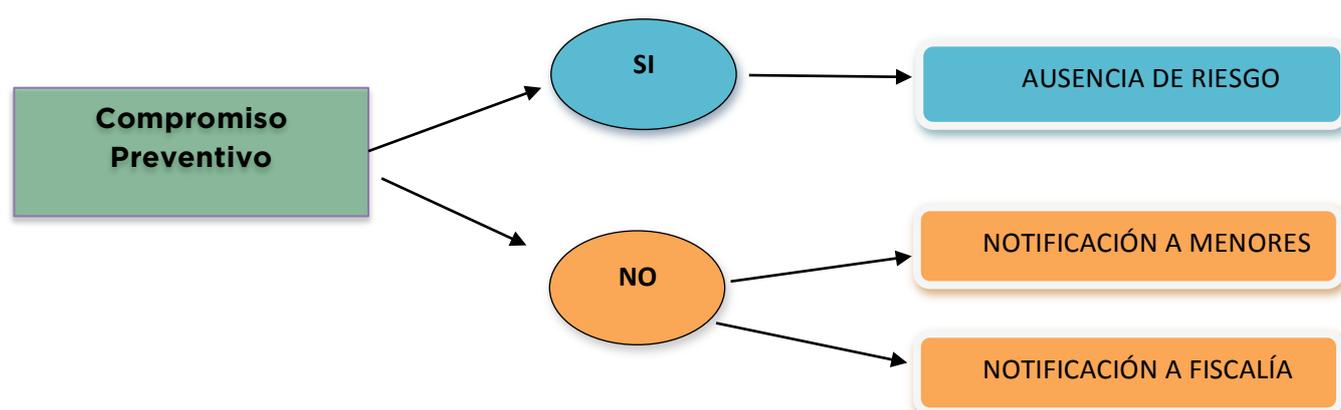
María Ángeles Gallego. Mutilación genital femenina. Revisión y aspectos de interés médico legal.

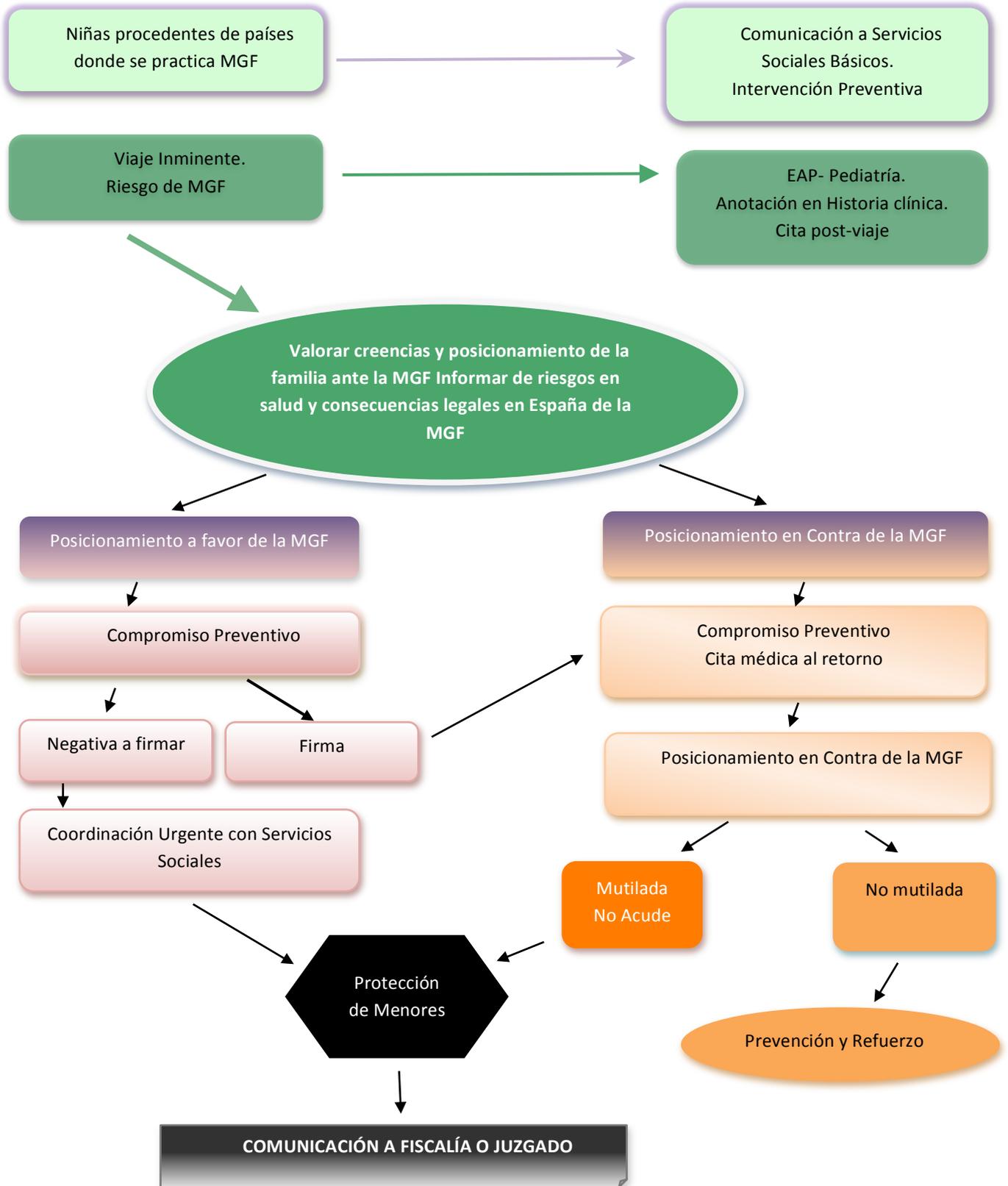




14. CIRCUITO DE INTERVENCIÓN









15. ANEXOS

ANEXO I

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

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, 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 (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.
- 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, 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)

Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma

(Nombre)

Pediatra/ Médico, Trabajador/a Social

Firma

ANEXO II:

HOJA INFORMATIVA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La Mutilación Genital Femenina es una grave violación de los Derechos Humanos que sufren millones de mujeres y niñas en todo el mundo.

El fenómeno de las migraciones hace posible que pueda ocurrir en cualquier país del mundo.

Es importante conocer las características de la población inmigrada del municipio, para hacer un diagnóstico de riesgo (países y etnias donde es más frecuente) y conocer los indicios.

INDICADORES

- 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 lo que ocurrirá) o entusiasmo porque le ha contado que sucederá algo especial para ella.
- Postura familiar a favor de la MGF.

¿CÓMO ACTUAR DESDE EL ÁMBITO SANITARIO?

- Entrevista con madre, padre o tutor-a de la niña.. Explicar los riesgos para la salud y las consecuencias penales.
- Firma del compromiso preventivo (Anexo I).

¿CÓMO ACTUAR DESDE EL ÁMBITO SANITARIO?

- Entrevista con madre, padre o tutor-a de la niña.. Explicar los riesgos para la salud y las consecuencias penales.
- Activar protocolo para comenzar trabajo en red.

INDICIOS DE MUTILACIÓN CONSUMADA

- Rechazo repentino de su cultura, manifestaciones de rabia.
- Cambios de carácter, tristeza, desinterés.
- Comportamientos extraños, como caminar con las piernas muy juntas o muy separada, 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.
- Cualquier otra manifestación que pudiera coincidir con las consecuencias inherentes a la MGF.

INFORMACIÓN A FACILITAR A MADRES Y PADRES

- Consecuencias para la salud de la niña en todos los aspectos.
- Consecuencias legales en España.
- En España, La Mutilación Genital Femenina se considera un delito de lesiones, y así lo dispone el art. 149.2 de Código Penal:

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

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

habitualmente en España; siempre que la persona a la que se imputa el delito de MGF resida en España.

Tener antecedentes penales en España puede conllevar la retirada del permiso de residencia y trabajo e incluso la expulsión del Territorio Schenguen.

En la mayor parte de los países de origen donde se practica también es delito.

Anexo III.

MGF						
Campo1	Datos de la Personas que realiza la MGF	Datos de la niña	Datos de la Madre	Datos del Padre	Otras Hijas	Centro Sanitario y Profesional
	Parentesco					
	Identificación					
	Dirección- Municipio					
	DNI/NIE/Pasaporte					
	Fecha de Nacimiento-edad					
	Pais de origen					
	Etnia					
	Estado Civil					
	Teléfono					
	Tiene Practicada una MGF					
	Tipo de Mutilación					

En un parte de lesiones por MGF los datos de interés varían algo con respecto a los datos mínimos básicos cumplimentados en un parte de lesiones por otro tipo de violencia contra las mujeres. En la tabla precedente se detallan los campos de datos básicos comunes que deberán contener cualquier modelo de parte de lesiones por MGF.

ANEXO IV: NOTIFICACIÓN

APELLIDOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN HABITUAL:

CALLE

Nº PISO

C.P. MUNICIPIO

PROVINCIA

TELÉFONO

LOCALIZACIÓN DE LA MENOR

CALLE

Nº PISO

C.P. MUNICIPIO

PROVINCIA

PADRE/TUTOR

MADRE/TUTORA

OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN

CENTRO ESCOLAR Y CURSO

INCIDENTE QUE ORIGINA
EL INFORME:

INSTITUCIÓN QUE
INFORMA

INDICADORES DE LA MENOR

FÍSICOS

CONDUCTUALES

OTROS

INDICADORES PADRE/MADRE, FAMILIA EXTENSA

Fecha:

Hora:

Remitir a:

Firma y sello:

16. BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de Intervención en Mutilación Genital Femenina del Gobierno de Aragón. (Febrero de 2016)
- ADHEX. Proyecto Hygia, curso de formación módulo 3 “La mutilación Genital Femenina”.
- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina de la Generalitat de Cataluña (2007).
- 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/lucasmemoire.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 Llevadors. 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/>
- Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra. (2013)

- PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACION SANITARIA ANTE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA (MGF) SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2015.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Nota descriptiva No: 241.
- Mutilación genital Femenina. Disponible en:
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/es/>
- UNICEF. (2013). “Mutilación / ablación genital femenina: Resumen Estadístico y exploración de la dinámica de cambio”. Disponible en:
http://www.unicef.org/esaro/FGM_Report_Summary_Spanish_17July2013.pdf
- KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB. Disponible en:
http://www.mgf.uab.cat/esp/publicaciones_cientificas.html
- Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. (2015). La Mutilación Genital Femenina en España. Disponible en:
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf
- UNAF. (2013). Guía para profesionales. La Mutilación Genital Femenina en España. Prevención e intervención. Disponible en: <http://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>
- Médicos del Mundo Aragón. (2011). Argumentos para desmontar mitos. En UNAF, La Mutilación Genital Femenina prevención e intervención. Disponible en http://www.sexualidadydiscapacidad.es/archivos/mutilacion_genital_femenina_en_espana.pdf