

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)

Este documento debe citarse como: Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.



Edita y Distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18, 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-15-027-5

Imprime: Cia. Europea Digital Press, S.L.

El copyright y otros derechos de la propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para su uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución

Catálogo general de publicaciones oficiales

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Índice

Presentación	6
1. Marco conceptual	
1.1 Definición	9
1.2 Causas	11
1.3 Tipos	17
1.4 Consecuencias en la salud	20
2. Epidemiología	20
3. Situación de la práctica de la MGF en España	20
4. Marco jurídico	40
4.1 Marco jurídico internacional	40
4.2 Marco jurídico nacional	54
4.3 Marco jurídico autonómico	57
5. Actuaciones sanitarias ante la Mutilación Genital Femenina	60
5.1 Momentos de intervención	60
5.2 Prevención, formación y coordinación	62
5.3 Detección e intervención con mujeres que han sufrido una MGF: abordaje preventivo y terapéutico	68
5.4 Detección e intervención en mujeres jóvenes, mayores de 18 años, en riesgo de sufrir una MGF	87
5.5 Detección e intervención con niñas en riesgo de sufrir una MGF	89
5.6 Detección e intervención con niñas que han sufrido una MGF: aspectos éticos y legales	101
6. Guía de recursos	112
7. Anexos	115
8. Bibliografía	117

Coordinación Técnica del documento

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
Subdirección General de Calidad y Cohesión

López Rodríguez, Rosa María

Han participado en la elaboración de este documento con sus aportaciones:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia
Subdirección General de Infancia
Observatorio de Infancia
Pérez Uria, M^a Asunción

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género
Palomo Díaz, Rebeca
García Martínez, Mario

Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria ante la VG y Grupo de Aspectos Éticos y Legales

Representantes de Comunidades Autónomas

Andalucía

Sagrario Llosa, Julia
Vizuite Rebollo, Elisa
Suárez Ramos, Amalia

Aragón

Amorín Calzada, M^a José
Cisneros Izquierdo, Asunción

Asturias

Rodríguez-Maribona Trabanco,
Borja
Martín Rodríguez, M^a Dolores

Canarias

Sánchez Janáriz, Hilda

Castilla y León

Fernández Alonso, Carmen

Castilla-La Mancha

Modesto González, Rosa
Zamorano Encinas, Sagrario

Cataluña

Rubio i Cillan, Anna

Comunidad Valenciana

Escribá Agüir, Vicenta
Lluch Rodrigo, José Antonio

Extremadura

Séller Rodríguez, Ildefonso J.
García Ortiz, Jesús Miguel

Galicia

Graña Garrido, M^a Isabel

Madrid

Díaz Laglera, Miguel Ángel
Dongil Garralón, Margarita
De Borbón Y Cruz, Milagros
Abad Revilla, Ángel

Murcia

Tourné García, Marina

Navarra

Garde Garde, Carmen

País Vasco

Ziarrusta, Miren Josune

Rioja (La)

González Fernández, Jorge
Aretio Romero, M^a Antonia

Ingesa

Ruiz de la Sierra, Asunción

Ceuta

González Ramírez, Ángel F.

Melilla

Montoro Robles, M^a Isabel

Otras personas expertas del Sistema Nacional de Salud

Personas expertas en Mutilación Genital Femenina y Salud

H. Universitario San Cecilio. Especialista en Obstetricia y Ginecología
Caño Aguilar, África

Red Activas. Matrona
Velasco Juez, M^a Casilda

Equipo de Atención Primària de Santa Coloma de Farners. Pediatra
Sau i Giralt, Imma

Personas expertas de otros sectores diferentes al Sistema Nacional de Salud

Castilla y León. Juez Decano
Hernáiz Gómez, Oscar

Ayuntamiento de Salamanca. Policía Local
Velasco Riego, Luisa

Representantes de asociaciones profesionales y organizaciones civiles

Asociacion Española de Pediatría
Martín Álvarez, Luis

Medicos del Mundo
Moreno Sánchez, Julia

UNICEF
Collantes, Sara
Olaguibel Echevarria-Torres, Almudena

Save the Children
González Sánchez, Romina
Orjuela López, Liliana

UNAF
Crespo Elvira, Nieves

Fuerzas y Cuerpos de Seguridad Autonómicos

Mossos d'Esquadra
Galindo, Lucía
Escudé Serra, Monserrat

Presentación

“La mutilación no sólo extirpa el sexo de la mujer, sino también una parte del cerebro que hace de ella una mujer sumisa, porque cuando una niña es mutilada se están vulnerando sus derechos y eso la acompaña a lo largo de toda su vida.”

(Presidenta de la Red Europea contra las Mutilaciones Sexuales)

La mutilación genital femenina es una práctica especialmente dañina para la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Es una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, una forma de violencia contra la mujer, es decir, una manifestación especialmente cruel de la discriminación por razón de género ya que es un acto de violencia que se ejerce contra las mujeres y las niñas por el hecho de serlo. Es, en definitiva, un desafío global a los derechos humanos, individuales y colectivos.

España, en consonancia con las orientaciones internacionales en esta materia, ha promovido a lo largo de los últimos años distintas reformas legislativas orientadas a promover la sanción y la persecución de la mutilación genital femenina, desde la consideración de que el respeto a las tradiciones culturales debe tener como límite infranqueable el respeto a los derechos humanos, por lo que prácticas como ésta no pueden, en ningún caso, contar con amparo o legitimación por tales motivos.

La Asamblea General de la ONU aprobó por primera vez, el 20 de diciembre de 2012, una resolución que condena la mutilación genital femenina. La Resolución 67/146, “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina”, insta a los Estados Miembros a su prohibición y castigo bajo la consideración de que se trata “*de un abuso irreparable e irreversible que repercute negativamente en los derechos humanos de las mujeres y niñas*”. Asimismo, ***se insiste en que es una práctica nociva que constituye*** “una grave amenaza para la salud de las mujeres y las niñas, incluida su salud mental, sexual y reproductiva y puede incrementar su vulnerabilidad al VIH y tener resultados adversos desde el punto de vista obstétrico y prenatal, así como consecuencias fatales para la madre y el recién nacido”.

La Asamblea General de la ONU exhortó a los Estados “a fortalecer los programas de concienciación y la participación de los líderes comunitarios y religiosos, las instituciones de enseñanza, los medios de difusión y las familias”. También acordó pedir que “**el 6 de febrero** fuera declarado el

Día Internacional de la Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina”.

En el año 2013, la iniciativa de UNICEF exhortó a todos los países a poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. El Informe de 2013 de UNICEF “Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica de cambio”, señaló que 125 millones de mujeres y niñas han sufrido mutilación genital en 29 países de África y Oriente Medio. En la mitad de estos países, la mutilación genital tiene lugar antes de los cinco años de edad. En el resto, oscila entre los 5 y los 14 años, formando parte de un ritual de paso a la edad adulta.

Por otra parte, el trabajo realizado por la sociedad civil, profesionales y organizaciones especializadas públicas y privadas, sensibilizando acerca de la existencia y la gravedad de la mutilación genital femenina y promoviendo la detección y el trabajo cooperativo con las comunidades con mayores tasas de prevalencia de esta práctica, son valiosas aportaciones en la imprescindible toma de conciencia de la sociedad acerca de ella.

En este marco, uno de los rasgos característicos de la sociedad española actual es su interculturalidad, fruto de la inmigración y de la adopción internacional, que conduce a la integración y convivencia de diferentes culturas y realidades en España. Esta pluralidad trae consigo nuevos retos, como la práctica de la mutilación genital femenina que, al mismo tiempo, nos brinda la oportunidad de seguir realizando esfuerzos dirigidos a prevenir, detectar, atender a las mujeres y a las niñas mutiladas y, en definitiva, contribuir a erradicar esta práctica.

A este respecto, en febrero de 2014, durante las Jornadas Internacionales sobre mutilación genital femenina que se celebraron en este Ministerio, se alertaba de que casi 17.000 niñas corren riesgo dentro de España de ser víctimas de mutilación genital¹, mientras que en Europa la cifra ronda el medio millón, según estimaciones del Parlamento Europeo. Se trata de una cuestión que afecta a todo el mundo, pues cada vez son mayores los flujos migratorios.

Por ello, la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, aprobada por el Consejo de Ministros del 26 de julio de 2013, contiene un eje específico denominado “visibilización de otras formas de violencia sobre la mujer”, dado que, junto a la violencia de género, los malos tratos sufridos por las mujeres a manos de sus parejas o ex parejas, es importante avanzar también en el afrontamiento de otras formas de violencia sobre la mujer para, progresivamente, visibilizarlas y conocerlas, y actuar así eficazmente contra ellas.

¹ KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

Para lograrlo, se está trabajando en colaboración con organizaciones especializadas, en promover acciones que den a conocer a la sociedad la gravedad de la mutilación genital femenina y permitan a los profesionales, en el ámbito de sus funciones, incidir, desde una perspectiva interdisciplinar, en la prevención, detección y tratamiento de la misma. Asimismo, se trabaja en su formación especializada con el fin de mejorar la respuesta profesional, poniendo a su disposición instrumentos que faciliten su labor.

En este sentido, este Protocolo Común Sanitario responde específicamente a la medida 185 de la Estrategia Nacional, y está dirigido a los profesionales de los servicios sanitarios. Tiene como objetivo fundamental constituirse en herramienta básica para la sensibilización y formación de profesionales en la lucha contra la MGF y para orientar actuaciones homogéneas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permitan mejorar la salud de las mujeres y niñas a las que se ha practicado la mutilación genital femenina en su país de origen, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica en niñas que, por su contexto familiar, están en una situación de especial vulnerabilidad.

Criterios como el seguimiento personalizado y el acompañamiento de la familia en las acciones preventivas, así como la atención multi e interdisciplinar por parte del equipo sanitario en coordinación y colaboración con otros sectores (educación, fiscalía, forenses, fuerzas y cuerpos de seguridad, recursos locales, etc.), orientan las actuaciones sanitarias de forma transversal a lo largo del mismo.

Alfonso Alonso Aranegui
Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

1. Marco conceptual

1.1 Definición

La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos de ablación parcial o total de los genitales externos de la mujer, así como en otras lesiones de los órganos genitales femeninos, causados por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos.

La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los “*Derechos Humanos*” y de los “*Derechos de la Infancia*”- CDN atentando explícitamente contra los **derechos de las mujeres y las niñas**, siendo practicada con mayor frecuencia en niñas menores de 18 años y en algún momento entre la lactancia y los 15 años. Refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer.

Asimismo, la MGF viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho de la persona a no ser sometida a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte².

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Resolución 48/104, 20 de diciembre de 1993), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, define la violencia contra la mujer como (...) “*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener por resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.*” Y señala que esta violencia incluye (...) “*la violencia física, psicológica y sexual que se produce en la familia incluidos los malos tratos, la violación por el marido, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia referida a la explotación; la violencia física, psicológica y sexual perpetrada dentro de la comunidad en*

² OMS. Nota descriptiva N°241. Febrero de 2012. Consultado el 22 de enero de 2014 en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN, 1990)

<http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

END FGM EUROPEAN CAMPAIGN –Amnesty International NGOs

<http://www.endfgm.eu/en/female-genital-mutilation/a-human-rights-violation/fgm-violates-childrens-rights/>

general: la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo o en instituciones educacionales, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, psicológica o sexual perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.”. En la Declaración se reconoce asimismo que la violencia contra la mujer (...) “es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, a la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo y que (...) es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto al hombre.”.

En este sentido, la MGF es una manifestación de **la violencia y la desigualdad de género**, basada en una serie de convicciones y percepciones profundamente arraigadas en las estructuras sociales, económicas, políticas y, en algunas ocasiones, religiosas, de algunas comunidades.

En la mayor parte de los casos la MGF es realizada por una mujer de edad avanzada, muy respetada en la comunidad, y que habitualmente suele ser la partera o la que ejerce la medicina tradicional (curandera) en el grupo; en algunos países o etnias, pueden efectuarla hombres, aunque es lo menos frecuente. Esta práctica se desarrolla en condiciones higiénicas deficientes y los utensilios empleados son muy diversos, desde un cuchillo a una lata, un cristal roto o cualquier otro instrumento cortante; posteriormente, se aplican ungüentos, hierbas, leche, ceniza, etc. En los casos de infibulación, para coser, suelen utilizarse espinas de acacia y se colocan palos a lo largo de las piernas para que al moverse la niña no se le claven las espinas y la herida pueda cicatrizar.

Actualmente se conoce que en zonas urbanas y en familias de nivel económico alto, la MGF es realizada por personal sanitario cualificado, en buenas condiciones higiénicas y con anestesia local o general.

Más del 18%³ de las MGF son practicadas por dispensadores de atención de salud en los países de origen, y esta tendencia va en aumento.

1.2 Causas

La etiología de la MGF responde a un conjunto de factores culturales, religiosos, sociales y comunitarios. La vinculación con la tradición **depende más de la identidad étnica** que del país al cual se pertenece. Dependiendo de la etnia a la cual se pertenece, tiene justificaciones distintas:

- La *costumbre y la tradición*, que determinan el papel de la mujer dentro de la comunidad.
- El *control de la sexualidad* y el *fomento de la castidad*. Se cree que mitiga el deseo sexual, garantiza la fidelidad e incrementa el placer sexual masculino.

³ OMS. Nota descriptiva N°241. Febrero de 2012

- *Funciones reproductoras.* Existe la creencia de que las mujeres no mutiladas no pueden concebir, o que la MGF mejora y facilita el parto. También se piensa que se puede arriesgar la vida del recién nacido si éste, en el momento del parto, toca el clítoris.
- *Razones de higiene.* La mujer no mutilada es considerada sucia y por lo tanto la comunidad le prohíbe la manipulación del agua y de los alimentos.
- *Razones estéticas,* ya que se consideran los genitales como una parte carente de belleza y excesivamente voluminosa.
- *Motivos religiosos.* A menudo se justifica la MGF amparándose en la religión, con la falsa creencia de que se trata de un precepto islámico emanado del Corán.

La mutilación genital femenina se practica en 29⁴ países africanos y en algunos de Asia. Se desconoce su origen, pero se considera que podría ser una práctica milenaria salida del antiguo Egipto, previa al nacimiento y expansión del Islam, que se difundió a través de la influencia de la civilización egipcia.

En África subsahariana, la ablación se practica en toda la franja de Sahel y va perdiendo fuerza hacia la zona ecuatorial. A partir de este punto ya no se practica, excepto en los países de la zona de los Grandes Lagos.

Aunque algunas comunidades musulmanas, y de alguna otra religión, la practican, se puede afirmar que **no es un precepto islámico, ni tampoco de ninguna de las principales religiones.** Aunque no hay escritos religiosos que prescriban la práctica, quienes la llevan a cabo suelen creer que tiene un respaldo religioso. Los líderes religiosos adoptan diferentes posiciones con respecto a la MGF: algunos la fomentan, otros la consideran irrelevante para la religión, y otros contribuyen a su eliminación. La práctica de la MGF es anterior al Islam y no es habitual entre la mayoría de los países musulmanes, pero ha adquirido una dimensión religiosa en algunos de estos países donde se practica, como en Egipto, donde existe enfrentamiento entre los diferentes responsables religiosos sobre si es un mandato del Corán o no. El Corán no contiene ningún llamamiento a favor de la MGF, pero algunos proverbios atribuidos al profeta (Hadith) se refieren a ella diciendo: «Reduce pero no destruyas». La MGF no es una práctica islámica⁵ aunque algunos líderes religiosos afirmen que es una obligación del Islam. Por otra parte, en Egipto⁶ la practican tanto musulmanes como cristianos coptos.

⁴ OMS. Nota descriptiva N°241. Febrero de 2012

⁵ Abd Amal El Hadi. A step forward for opponents of female genital mutilation en Egipt. Lancet 1997; 349: 11

⁶ Kandela Peter. Cour ruling means that Egypt embraces female circumcision again. Lancet 1997; 350: 5.

En la mayoría de las sociedades **la MGF se considera una tradición cultural**, argumento que se utiliza a menudo para mantener su práctica. Al tener un carácter de convención social, su práctica tiende a perpetuarse por la presión social de adaptarse a lo que hacen los demás y a lo que se ha venido haciendo tradicionalmente. En las zonas donde tradicionalmente se practica, la mutilación genital obedece a una cuestión de coherencia de grupo.

Las estructuras locales de poder y autoridad, como los líderes comunitarios y religiosos, las personas encargadas tradicionalmente de la práctica de la mutilación e incluso parte del personal médico autóctono, contribuyen en algunos casos al mantenimiento de la práctica.

En algunas sociedades, la adopción reciente de esta práctica está relacionada con la imitación de las tradiciones de grupos vecinos y se está introduciendo en nuevos grupos desplazados hacia zonas donde la población local la practica. A veces, ha comenzado como parte de un movimiento más amplio de resurgimiento religioso o tradicional.

La mutilación suele producirse en un entorno en el que el individuo se supedita a los designios, las necesidades y las decisiones de la comunidad.

La MGF se considera a menudo parte necesaria de la buena crianza de la niña y una forma de prepararla para la vida adulta y el matrimonio. Puede ser un requisito ineludible para poder casarse, para conseguir una determinada posición o simplemente para ser aceptada en la comunidad, ya que con la intervención se cree que la mujer consigue limpieza y pureza. Se concibe que la ablación del clítoris y de los labios, incrementa la feminidad y a veces es sinónimo de docilidad y obediencia. Por otra parte, sería el momento en que la mujer comienza a tomar parte en el mundo de los adultos (por ejemplo, en Burkina, a una niña que ha sido mutilada se la llama de forma diferente que antes de serlo). En otras partes, parece que la MGF sería el aprendizaje para el momento del parto, una forma de aprender el sufrimiento que le espera en su edad adulta. No obstante, la tendencia es que cada vez se efectúa a edades más tempranas y no va unida a ningún tipo de iniciación. La MGF suele estar motivada por creencias acerca de lo que se considera como un comportamiento sexual adecuado, relacionándose los procedimientos con la virginidad prematrimonial y la fidelidad matrimonial.

En múltiples comunidades se considera que la MGF reduce la libido femenina, ayudando a la mujer a resistirse a los actos sexuales “ilícitos”. Por ejemplo, cuando se estrecha o cubre la abertura vaginal (procedimiento tipo 3), se dificulta físicamente que la mujer tenga relaciones sexuales prematrimoniales. Se cree que el miedo al dolor si se reabre o el miedo a ser descubiertas desalientan aún más las relaciones sexuales «ilícitas» en las mujeres a las que se les ha aplicado ese tipo de MGF. Posteriormente se necesita un doloroso procedimiento para reabrir la vagina y permitir el coito.

Existen otras muchas creencias en relación con la MGF; por ejemplo, se cree que es más estético estar mutilada, ya que el clítoris se considera la parte masculina de la mujer, podría crecer y colgar entre las piernas y esto no sería estético. En algunas lenguas, mutilación es sinónimo de limpieza, purificación, etc.; otra creencia dice que el clítoris mataría al niño al nacer si lo toca con la cabeza, si toca el pene del hombre, éste morirá o será impotente; se dice que una mujer es más fértil, que el parto será más sencillo, aunque sabemos que es todo lo contrario.

Las ideas acerca de los efectos beneficiosos que tiene la mutilación genital femenina en la salud no se dan solamente en África. En la Inglaterra del siglo XIX hubo debates sobre que la clitoridectomía podría curar a la mujer de enfermedades como la histeria y la masturbación excesiva; en Estados Unidos, la clitoridectomía siguió practicándose por estas razones hasta bien entrado el siglo XX⁷.

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.

Por otro lado, en algunos países donde se practica son origen de emigración hacia otros países más desarrollados económicamente. En este marco, **la persona que emigra** es la elegida por la extensa familia como responsable de lograr los objetivos de la migración y, por lo tanto, los vínculos se mantienen tanto en el ámbito material como en el emocional.

En relación con la práctica de la MGF, **la familia** que se queda en el país de origen suele ejercer una fuerte presión social sobre los emigrados, que llega al punto más álgido en el momento en que estos vuelven a casa, ya sea de manera definitiva o en periodo vacacional. Este viaje que implica la estancia en el país de origen durante las vacaciones, o el viaje del retorno definitivo de algún o algunos miembros de la familia incluyendo a niñas que no han sido mutiladas, puede suponer un momento de riesgo real para ellas.

Por ello, es de importancia capital que **la estancia de la familia en el nuevo país** de residencia haya permitido iniciar un camino en el ámbito que

⁷ Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Female Genital Mutilation. JAMA 1995; Dec 6;274(21):1714-6

nos ocupa y que los padres de la niña hayan abandonado la práctica por convencimiento propio, más allá de la imposición legal, y de esta manera velen por la integridad física de sus hijas de manera definitiva, aquí y allí, hoy y en cualquier momento, hasta el punto de enfrentarse, llegado el caso, a los designios de la comunidad.

Es una realidad que hay familias que por distintas razones todavía la defienden y por tanto es necesario llevar a cabo tareas de **sensibilización** y **tomar las medidas más oportunas en función de cada situación** que se plantee, para no dejar sin protección de sus derechos a las posibles víctimas.

Aproximadamente en la mitad de los países en los que se realiza la MGF prohíben su práctica pero la convención social que la rodea es tan fuerte que, aun cuando individualmente una mujer o una familia estén en contra de realizársela a sus hijas, es muy posible que continúen haciéndolo para protegerlas y salvaguardar su estatus en la comunidad.

Por ello, se debe buscar el compromiso de las mujeres y las niñas, adolescentes y jóvenes afectadas, de sus familiares y de sus comunidades y perseguir un **cambio en la percepción** de estas prácticas. La **prevención** de la MGF necesita tener muy presente los patrones de comportamiento social y cultural que son la causa enraizada de la MGF que han de ser eliminados⁸.

La mutilación genital femenina es, pues, **una práctica cultural** que se realiza en el contexto de una **comunidad** y de un **grupo**, que la justifica por **creencias** desde distintos ámbitos: costumbre y tradición, control de la sexualidad, funciones reproductivas, de higiene, estéticas, religiosas. La mutilación suele producirse en un entorno en el que el individuo se supedita a los designios, las necesidades y las decisiones de la comunidad.

“Unos 140 millones de mujeres y niñas sufren en la actualidad las consecuencias de la MGF”.

“Se calcula que en África hay 92 millones de mujeres y niñas de más de 10 años que han sido objeto de MGF”.

“Estas prácticas son más frecuentes en las regiones occidental, oriental y nororiental de África, en algunos países de Asia y del Oriente Medio”⁹.

⁸ En el Reino Unido se ha desarrollado una campaña encaminada a cambiar el comportamiento de las comunidades que practican la MGF. Es un ejemplo novedoso de la búsqueda de **participación**.

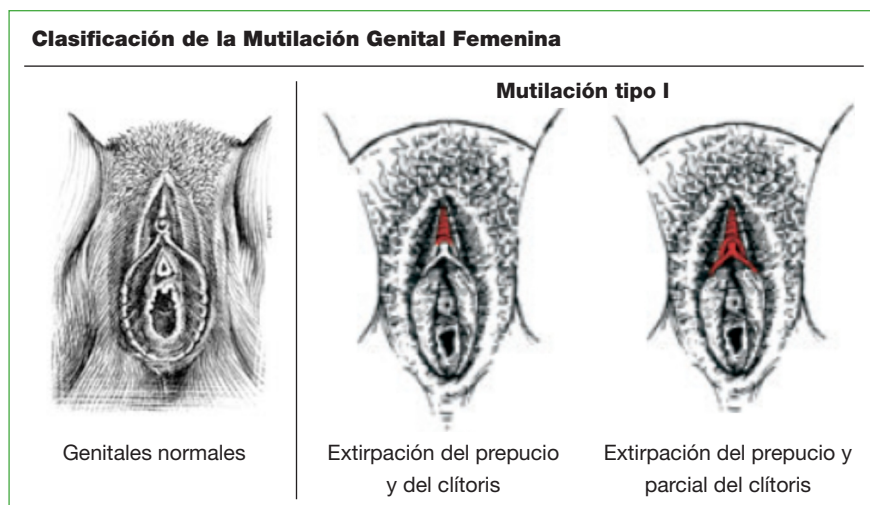
⁹ OMS. Nota descriptiva N° 241. Febrero de 2012

1.3 Tipos

La Mutilación Genital Femenina, según la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰, comprende todos los procedimientos consistentes en la ablación parcial o total de los órganos genitales femeninos externos o cualquier daño a los genitales femeninos, causados por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos.

La mutilación genital femenina se clasifica en **cuatro tipos principales**:

- **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.



¹⁰ OMS. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina. Washington, DC.

Clasificación de la Mutilación Genital Femenina

Mutilación tipo II



Extirpación del prepucio,
clítoris y labios menores

Mutilación tipo III



Infibulación

Mutilación tipo IV

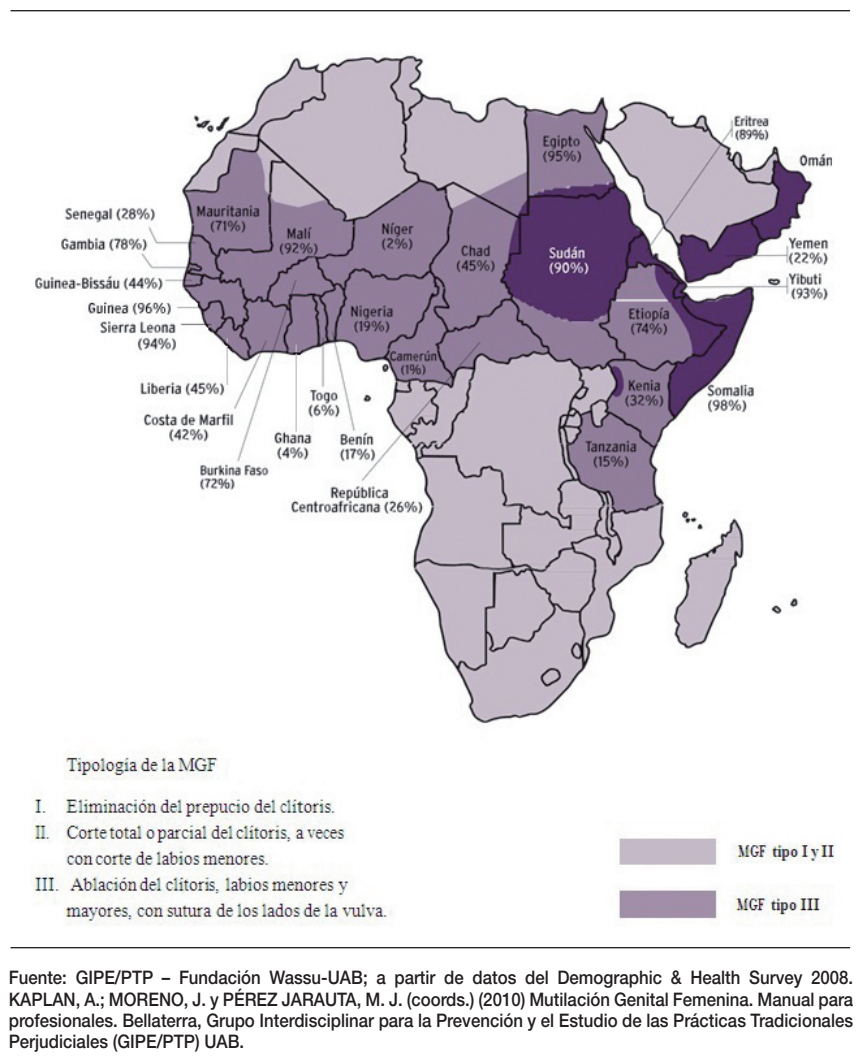


Estiramiento de los labios
menores

Los tipos I y II son los más comunes, representan alrededor de un 90% de los casos, mientras que el tipo III representa alrededor de un 10% de los casos, según la OMS.

Los tipos I y II son predominantes en los países del África subsahariana occidental, mientras que el tipo III es la MGF más habitual en África oriental, principalmente en Sudán, Somalia, Eritrea y algunas zonas de Etiopía. En Djibouti, Eritrea, el Níger, Senegal y Somalia, más de una de cada cinco niñas ha sufrido la forma más radical de la práctica, conocida como infibulación, que consiste en el corte y cosido de los genitales.

Gráfico: Distribución geográfica, tipología de la MGF y prevalencia en países africanos.



En todo caso, el tipo de mutilación, la edad a la que se realiza y la manera cómo se practica varían de un país a otro, de una etnia a otra, e incluso dentro de una etnia, de una familia a otra, y también cambia en función de si se efectúa en zona urbana o rural.

En general, **se han observado pocos cambios en el tipo de mutilación/ablación realizada a lo largo de generaciones**. Una tendencia hacia una mutilación menos grave es discernible en algunos países, entre ellos Djibouti, donde el 83% de las mujeres de 45 a 49 años de edad informó

que les habían cerrado mediante el cosido frente al 42% entre las niñas de 15 a 19 años¹¹.

1.4 Consecuencias en la salud¹²

La MGF, además de ser un grave atentado contra los derechos humanos de la persona, entraña con frecuencia consecuencias físicas y psicológicas para ellas, en ocasiones tan graves, que pueden llevarlas a la muerte o a la marginación de por vida.

La MGF no aporta ningún beneficio a la salud de las mujeres y las niñas, sino que las daña de formas muy variadas porque implica la ablación y daño del tejido genital femenino normal y sano.

Las complicaciones que aparecen tras una MGF pueden ocurrir inmediatamente o bien a medio o largo plazo, sin olvidar las complicaciones obstétricas.

A corto plazo

Hay que tener en cuenta que, en general, las personas que realizan las intervenciones del rito de la ablación en los países de origen, no tienen conocimientos de cirugía, los instrumentos que se utilizan no están esterilizados y se realizan sin anestesia, por ello pueden existir complicaciones y consecuencias inmediatas como:

- **Dolor intenso.** Es una práctica muy dolorosa que tiene varias consecuencias inmediatas, como llagas abiertas en la región genital y dolor como consecuencia de las heridas que quedaran tras la mutilación, ansiedad y shock.
- **Hemorragias.** Al ser una zona muy vascularizada, la incisión puede producir un sangrado importante que si no es bien controlado, puede ocasionar un shock hemorrágico que podría conducir a la muerte de la niña.
- **Infecciones.** Tanto, infección de la herida por la falta de higiene y esterilización del material, como infección urinaria por retención o por daño de la uretra (imposibilidad de micción o micción dificultosa, oliguria) e incluso septicemia y tétanos (si la niña está vacunada, este riesgo desaparece). También se incrementa la exposición y el riesgo

¹¹ UNICEF. (2013). Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica de cambio. p111

¹² Velasco Juez, Casilda. "Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas". Federación de Asociaciones de Matronas de España. Revista Matronas Prof. 2000;1 (2): 10-18. Consultado el 13 de enero de 2014 en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7660/173/practicas-tradicionales-que-vulneran-los-derechos-de-las-mujeres-mutilaciones-sexuales-femeninas>

de infección por VIH al utilizarse los mismos instrumentos cortantes en todas las niñas iniciadas.

- **Lesión de órganos y estructuras anatómicas de la zona:** uretra, vagina, perineo y/o recto.
- **Fracturas**, en algunos casos, dependiendo de la resistencia que oponga la niña.

A medio plazo

Pueden producirse **anemias severas** provocadas por las hemorragias unidas, en su caso, a problemas de **malnutrición**. También pueden aparecer otras complicaciones como la *infección pélvica, menstruaciones dolorosas y formación de cicatrices queloides*.

A largo plazo

Las consecuencias a largo plazo pueden consistir en complicaciones:

Psicológicas

Las complicaciones psicológicas pueden aparecer, sobre todo, en mujeres que recuerdan su MGF. Si la práctica se ha realizado en edades tempranas (antes de los 12 años) y aunque es muy probable que existan en la niña y afecten a su desarrollo físico y emocional, son difíciles de detectar y medir. Algunas consecuencias que se pueden observar son:

- **Depresión, terror** (terrores nocturnos), **miedo**.
- **Confusión y sentimientos de contradicción** por la diferencia de valores de la sociedad de origen y la sociedad en la que viven, en el caso de mujeres inmigrantes.
- **Miedo al rechazo de su grupo social o étnico** si no acceden a la práctica de la mutilación genital. Sentimientos de humillación, vergüenza.
- Incertidumbre y temor de las niñas y adolescentes que ahora viven en otro país diferente al de origen habiendo sido mutiladas, toman conciencia de su situación.
- **Miedo a las primeras relaciones sexuales o al parto** en las chicas y mujeres que han sido mutiladas.
- **Sentimiento de culpa de madres mutiladas** que han aceptado o incluso promovido la práctica de la mutilación a sus hijas.

Existen pocas investigaciones sobre los efectos psicológicos de la MGF, pero sí relatos de mujeres que refieren ansiedad antes del proceso y terror durante el mismo. La experiencia de la MGF se ha asociado a una serie de **trastornos mentales y psicosomáticos**, como **alteraciones del apetito y del sueño**, pesadillas, ataques de pánico y dificultades para la concentración y

el aprendizaje.

Al crecer, pueden experimentar sentimientos de pérdida de **autoestima, depresión, ansiedad crónica, fobias, pánico e incluso alteraciones psicóticas**. La deformación de los genitales, producida por quistes dermoides o por cicatrices queloides, les causan ansiedad, vergüenza y miedo al pensar que sus genitales están creciendo de nuevo de forma monstruosa o al temer que se trate de un cáncer. Muchas mujeres padecen sus problemas en silencio, incapaces de expresar su dolor y su miedo, y la memoria del hecho las acompaña durante toda su vida. Además, las mujeres inmigrantes que han sido mutiladas, pueden presentar problemas añadidos relacionados con su identidad sexual, frente a las mujeres no mutiladas y a la fuerte oposición a la MGF en el país de acogida.

Físicas

- **Infecciones** génito-urinarias (vesicales) recurrentes.
- **Exposición y riesgo de infecciones** como el VIH, la hepatitis o el tétanos, si se utilizaron instrumentos no esterilizados para practicarla.
- **Problemas genitourinarios:** dolores menstruales, hematomos (retención del contenido menstrual en la vagina), fístulas genitourinarias, retención, incontinencia, quistes, dependiendo del tipo de mutilación practicada.
- Aumento del riesgo de **complicaciones del parto y muerte del recién nacido**, sobre todo en los países de origen.

Además de las consecuencias citadas anteriormente, las mujeres que tienen practicada la *mutilación tipo III* sufren problemas adicionales algunos de los cuales ya se han nombrado anteriormente, como por ejemplo:

- **Inflamaciones e infecciones frecuentes**, lesiones producidas al abrir el orificio (o descoserlo) para mantener relaciones coitales o para el parto.
- **Incontinencia urinaria e infecciones recurrentes, alteraciones del ciclo menstrual**, lesiones producidas al volver a cerrar el orificio, esterilidad y grandes dificultades durante el parto, imposibilidad de realizar el coito.
- **Necesidad de la desinfibulación parcial** como parte del rito de matrimonio para permitir la penetración, y en ocasiones implicará **necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas**, cuando el procedimiento de sellado o estrechamiento de la abertura vaginal se debe corregir quirúrgicamente para permitir el parto. A veces se cierra nuevamente, incluso después de haber dado a luz, con lo que la mujer se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, aumentándose los riesgos inmediatos y a largo plazo.

Sexuales

Existe mayor probabilidad de sufrir problemas relacionados con la sexualidad, como por ejemplo:

- **Disminución de la sensibilidad sexual (placer, excitación, lubricación, orgasmo)**, ausencia de satisfacción y placer en las relaciones coitales.
- Disminución o ausencia de deseo erótico, fobia al coito, frigidez, etc.
- Dolor en el coito (dispareunia).
- Vaginismo.
- Anorgasmia debida a la amputación del glande del clítoris.
- Miedo y rechazo.

Consecuencias para terceras personas

No obstante, no sólo las mujeres padecen perjuicios con la práctica de la mutilación.

En relación con las consecuencias de la MGF **en los hombres** y aunque menos documentadas, se han descrito problemas de alcoholismo y abuso de drogas secundarios a la imposibilidad de realizar el coito, impotencia por el miedo a causar dolor a su pareja con la penetración, búsqueda de placer sexual fuera de la pareja con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión, etc.

Por otra parte, como consecuencia de las complicaciones durante el parto, **en los países de origen, la tasa de mortalidad de los bebés durante el nacimiento es más elevada**. También se producen una serie de complicaciones que pueden dañar al bebé, como la retención en el canal del parto mayor tiempo del debido, lo que puede ocasionar falta de oxígeno durante el parto, sufrimiento fetal. Estos problemas se dan principalmente en los casos de mutilación del tipo II y III. Aunque en nuestro entorno este tipo de problemas pueden ser controlados, conviene conocerlos y tenerlos presentes como riesgos en caso de mujeres que hayan sufrido este tipo de mutilación y lleguen y a nuestros servicios sanitarios para proporcionarles la atención en el parto.

Complicaciones obstétricas y en el recién nacido

En los países de origen, en muchos de los estudios realizados sobre la MGF se había descrito la aparición de complicaciones durante y en el período inmediato al parto, tanto para la madre como para el recién nacido, especialmente en los casos de infibulación.

En el extenso estudio prospectivo, realizado por la OMS y publicado en The Lancet en 2006, sobre más de 28.000 mujeres de diferentes países y etnias africanas, se pudo constatar la mayor frecuencia de problemas durante

el parto en las mujeres que han sufrido una MGF comparadas con las que no la han sufrido, especialmente en los tipos II y III.

Entre estas complicaciones se encuentran:

- Mayor necesidad de cesárea y mayor incidencia de hemorragia postparto.
- Probabilidad más elevada de una hospitalización prolongada.
- Aumento del número de episiotomías, especialmente en las mutilaciones de tipo III.
- Mayor mortalidad materna.
- El número de niños que precisan de reanimación al nacimiento es significativamente más elevado cuando la madre ha sufrido una mutilación genital.

La mortalidad perinatal es más alta en los hijos de madres con mutilaciones tipo II y III, pudiéndosele atribuir un 22% de las muertes perinatales de niños nacidos de mujeres a las que se ha practicado la MGF.

“Los tres dolores de las mujeres” relacionados con la mutilación genital femenina, incluyen: los dolores del día en que se realiza la mutilación, la noche de bodas donde a la mujer hay que cortarla para tener relaciones y, finalmente, el día del parto, por cuanto el paso de la vagina es muy angosto para un parto seguro.

Fourcroy, J.L. “The Three Feminine Sorrows”, Hospital Practice 1998; 33; 15-21.

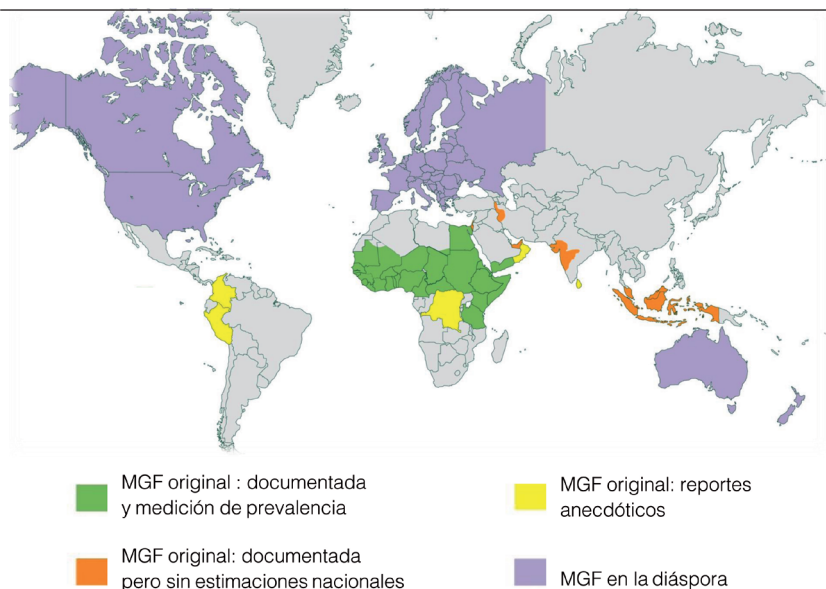
No obstante, en España y en otros países de nuestro entorno, este tipo de complicaciones en todo caso, serían las observadas si nos encontramos en caso de necesidad de desinfibulación intraparto o en caso de realización de episiotomía en tejidos dañados con en estos casos.

2. Epidemiología

De acuerdo con el Informe de UNICEF¹³ de 2013, más de 125 millones de niñas y mujeres vivas han sido sometidas a dicha práctica, y 30 millones de niñas pueden encontrarse en situación de riesgo de ser víctimas de la mutilación/ablación en la próxima década.

Según el Informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina, de 2014, *“los datos muestran que la práctica es más común en las regiones occidental, oriental y nororiental de África, en algunos países de Asia y el Oriente Medio y en todo el mundo en las comunidades de migrantes procedentes de esas zonas”*.

Gráfico: Mapa de la MGF en el mundo.

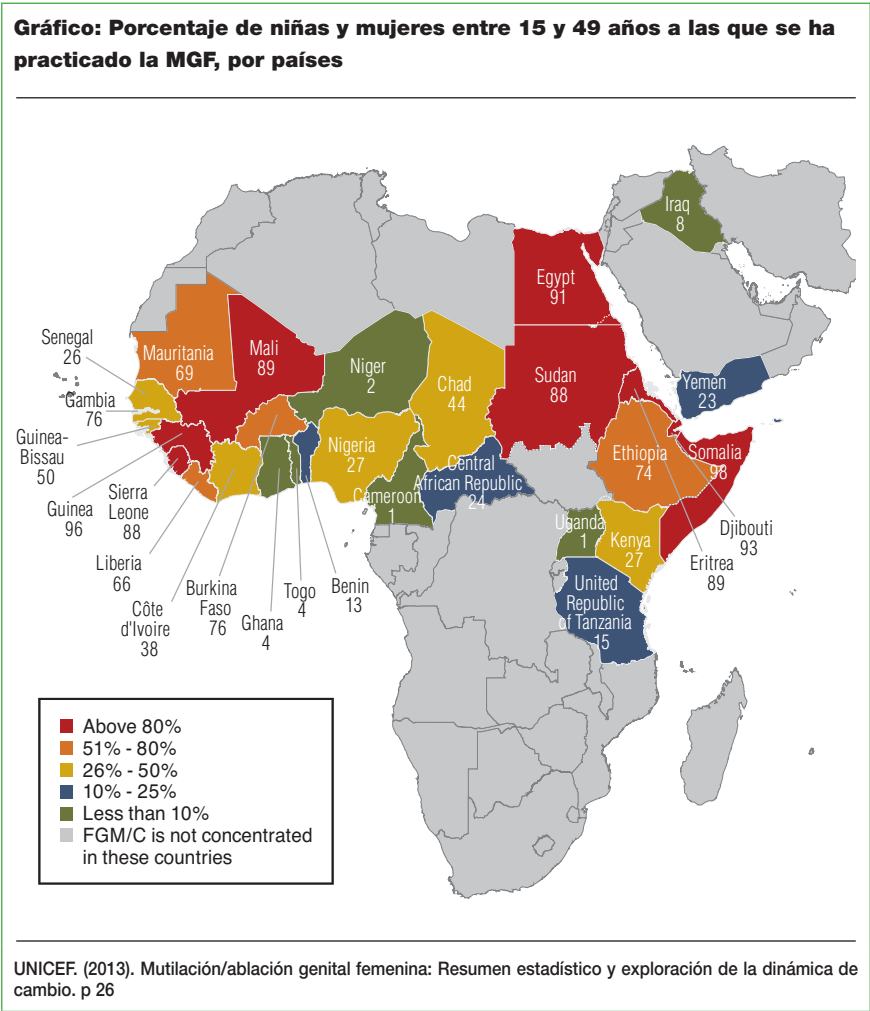


Fuente: GIPE/PTP-Fundación Wassu – UAB. 2012. KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.

¹³ UNICEF. (2013). Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica de cambio. p 2

A su vez, según la información recogida en la “Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención UNAF.”, la MGF se practica en “unos 28 países de África, primordialmente de la zona subsahariana, en algunos países de Oriente Medio como Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes y en determinadas comunidades de Asia: India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka. Se conocen casos en América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú).”.

Los 29 países donde esta práctica se concentra son: Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Irak, Kenia, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Uganda y Yemen.



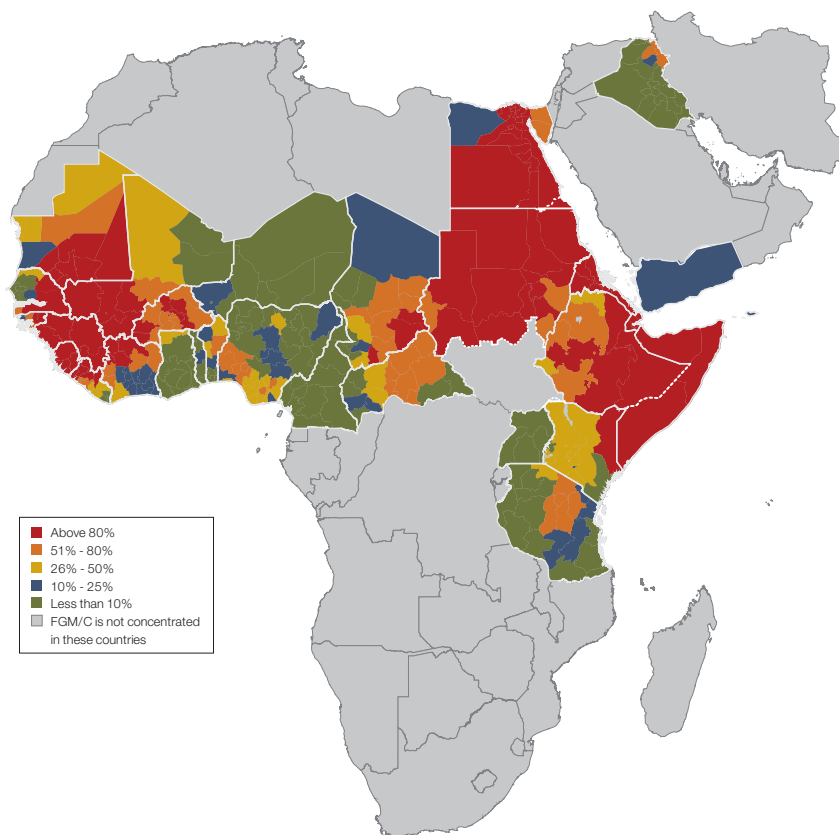
Según el Informe de UNICEF de 2013, mientras que la mutilación es casi universal en Djibouti, Egipto, Somalia y Guinea (este último con una prevalencia de un 96%), en Níger afecta al 2%, y en Camerún y Uganda sólo afecta al 1% de las niñas y las mujeres.

Incidencia de la mutilación entre las niñas y las mujeres de 15 a 49 años			
País	%	País	%
Somalia	98	Côte d' Ivoire	36
Guinea	96	Kenya	27
Djibouti	93	Nigeria	27
Egipto	91	Senegal	26
Eritrea	89	República Centroafricana	24
Malí	89	Yemen	23
Sierra Leona	88	República Unida de Tanzania	15
Sudán*	88	Benin	13
Burkina Faso	76	Iraq	8
Gambia	76	Ghana	4
Etiopía	74	Togo	4
Mauritania	69	Níger	2
Liberia	66	Camerun	1
Guinea-Bissau	50	Uganda	1
Chad	44		

*Los datos sobre la mutilación/ablación se recopilaban solamente en la parte norte de lo que se conocía como el Sudán antes de la cesión producida en julio de 2011 de la República de Sudán del Sur por la República del Sudán. En lo que actualmente es Sudán del Sur no se recopilaban datos, ya que en general se cree que la práctica no se realiza allí. Este informe, por tanto, se refiere exclusivamente a la República del Sudán.

En los países donde la mutilación no es generalizada, tiende a concentrarse en regiones específicas de un país y no está limitada por las fronteras nacionales.

Gráfico: Prevalencia. Porcentaje de niñas y mujeres entre 15-49 años a las que se ha practicado MGF, por regiones dentro de cada país



UNICEF. (2013). Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica de cambio. p 26.

Asimismo, la prevalencia de la mutilación genital femenina varía entre los distintos grupos étnicos. Así, algunas etnias en las que se realiza la MGF son: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé (Pular, Tuculer), Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa o Fante, procedentes principalmente de Gambia, Senegal, Malí, Mauritania, Nigeria, Camerún y Guinea Conakry. Algunas etnias que no la practican son: Wolof, Serer o Ndiago.

Conviene que precisemos que **ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni dentro de un mismo país la practican todos los grupos étnicos.**

Los factores socioeconómicos también influyen en la prevalencia de la mutilación genital femenina y en las actitudes con respecto a ella dentro de los países. Por otro lado, la prevalencia de la práctica entre las mujeres y niñas que viven fuera de sus países de origen debido al incremento de la migración también va en aumento. Aunque no se puede establecer una relación causal, parece que la práctica es más común en zonas rurales y está menos extendida entre las niñas de los hogares más ricos. Asimismo, el apoyo a la mutilación genital femenina es mayor entre las mujeres y las niñas de los hogares más pobres.¹⁴

La MGF se lleva a cabo en edades muy diversas. Según la OMS, cada vez se practica a edades más tempranas, y esto con el fin de que la niña, ya adulta, no recuerde el dolor sufrido y sea más fácil que lo realice a sus hijas; sin embargo, existen zonas en las que se efectúa justo antes de casarse o a niñas de meses¹⁵. Algunas niñas sufren la MGF en grupo, es decir, todas las niñas de la aldea que tienen la edad o todas las de la misma familia, etc.; pero, a veces, se hace de forma individual, sobre todo en las zonas urbanas. El lugar, en el medio rural, suele ser la casa de alguna de las niñas o se sale al campo, alejándose del centro del pueblo.

En la mitad de los países con datos disponibles, **la mayoría de las niñas sufren la mutilación/ablación antes de la edad de 5 años.**

La edad a la que gran parte de las niñas son sometidas a esta mutilación varía mucho de una sociedad a otra, y **oscila entre los 5 y los 14 años.** En el **Chad, Egipto, la República Centroafricana y Somalia**, al menos el 80% de las niñas son víctimas de la práctica entre las edades de 5 y 14 años, a veces en los rituales de mayoría de edad que marcan la **transición hacia la edad adulta.**

La media de edad a la que se practica la MGF ha disminuido considerablemente en Burkina Faso, Costa de Marfil, Egipto, Kenia y

¹⁴ “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina”. Informe del Secretario General Naciones Unidas. 2014

¹⁵ Velasco Juez, Casilda. “Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas”. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Revista Matronas Prof. 2000;1 (2): 10-18. Consultado el 13 de enero de 2014 en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7660/173/practicas-tradicionales-que-vulneran-los-derechos-de-las-mujeres-mutilaciones-sexuales-femeninas>

Mali. Esto puede deberse a que los padres desean ocultar la práctica a las autoridades gubernamentales o minimizar la resistencia de las propias niñas.

En cuanto a las tendencias, el Informe de UNICEF 2013 señala que **en más de la mitad de los 29 países** donde se concentra la mutilación genital, **las niñas tienen menos probabilidades de ser sometidas a ella hoy en día que sus madres.** En Kenia y la República Unida de Tanzania, las niñas entre los 15 y 19 años tienen tres veces menos probabilidades de haber sufrido esta experiencia que las mujeres de entre 45 a 49 años. En Benín, Irak, Liberia, Nigeria y la República Centroafricana, la prevalencia ha bajado casi a la mitad entre las niñas adolescentes.

3. Situación de la MGF en España¹⁶

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).

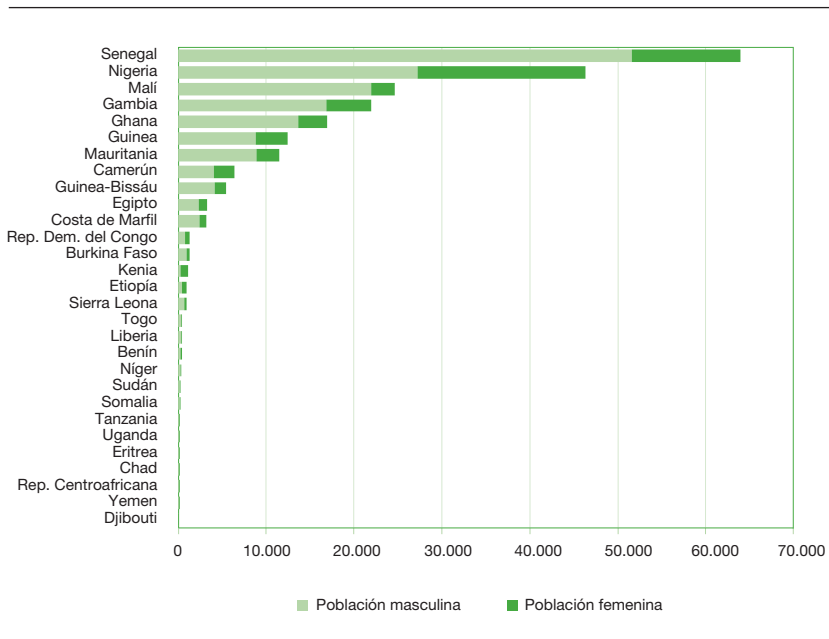
Por otra parte, el conocimiento de cuáles son las Comunidades Autónomas en las que residen la personas procedentes de estos países de riesgo, proporciona información de gran utilidad para identificar posibles personas/familias/grupos en riesgo y, por tanto, poder realizar actuaciones tendentes a la detección,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

La población residente en España procedente de los países donde se practica la MGF, es originaria fundamentalmente de Senegal, Nigeria, Mali y Gambia.

¹⁶ Todo este apartado del Protocolo basa su información y detalle, KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.

Agradecemos toda la información y la actualización que periódicamente -cada 4 años- realiza de la misma. Información más completa así como materiales educativos sobre MGF editados por esta Fundación pueden ser consultados en la dirección web: www.mgf.uab.es

Gráfico: Población total residente en España procedente de países donde se practica la MGF y sexo.

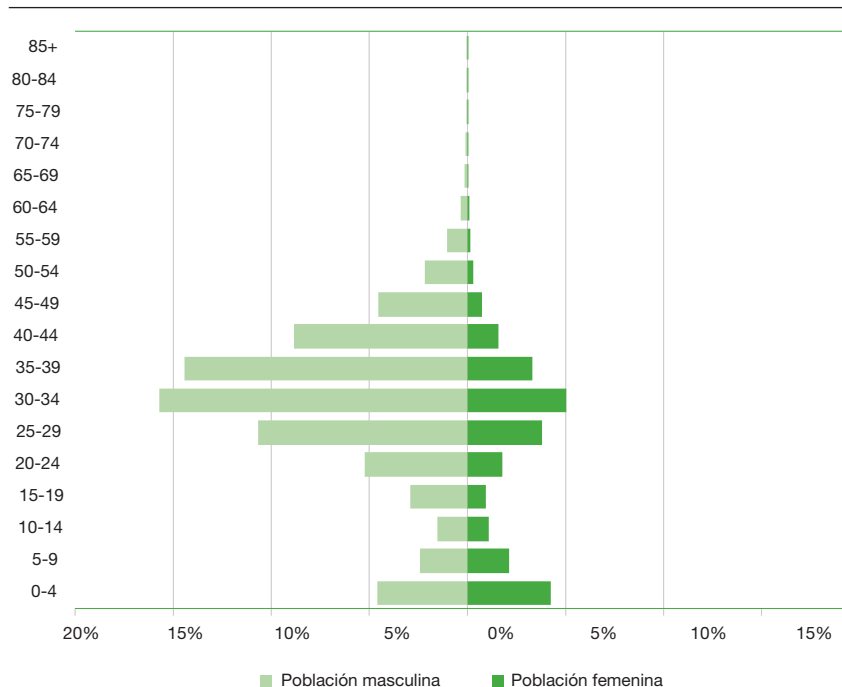


Otro hecho relevante que define el perfil demográfico de la población inmigrante y residente en España proveniente de países en los que se practica la MGF, es su masculinización. De todos los países en los que se practica la MGF —a excepción de Kenia y Etiopía— residen en España más hombres que mujeres. “En algunas nacionalidades, como Malí, Ghana o Senegal, la relación de masculinidad es especialmente elevada; en el caso de Malí, residen en España más de 8 hombres por cada mujer” (Kaplan & López, 2013:20)

Esta masculinización de la población procedente de países en los que se practica la MGF es un factor relevante de cara a la realización de actuaciones de prevención.

También es significativa la gran representación de la franja de edades adultas-jóvenes

Gráfico: Estructura demográfica del conjunto de la población residente en España procedente de países donde se practica la MGF, 2012



KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB

Casi el 60 % de la población tiene entre 20 y 39 años. Si bien esta proporción es elevada, ha ido en retroceso en los últimos años a favor de un aumento de la proporción de la población infantil, que consultando datos del padrón 2012 ya representa un 16 % del conjunto de estas nacionalidades¹⁷.

Por lo que respecta a las mujeres y niñas en riesgo, “entre los 6 millones de personas extranjeras que en 2012 residían en España, más de 55.000 mujeres provenían de países del África subsahariana, donde persiste la práctica de la MGF” (Kaplan & López, 2013:4).

Por su parte, “aproximadamente el 8 % de los residentes, unas 17.000 personas, son niñas de 0 a 14 años” (Kaplan & López, 2013:21), población diana en nuestro caso cuando estamos valorando el riesgo de sufrir MGF tanto si se ha nacido en España como en aquellos casos en que habiendo

¹⁷ KAPLAN A.; LÓPEZ GAY, A. 2012. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España. Fundación Wassu-UAB. p 21

nacido en otro país se trasladan a España. “El 60 % de esas niñas eran de nacionalidad nigeriana, senegalesa o gambiana, con unas 5.000, 3.500 y 2.100 niñas, respectivamente” (Kaplan & López, 2013:21).

Población residente en España, según censo, procedente de países donde se practica MGF					
	PREVALENCIA %	TOTAL	MUJERES	Niñas 14 años	CCAA RESIDENCIA
Benin	17	348	96	17	
Burkina Faso	72	1.122	290	66	
Camerun	1	5.826	2.134	514	Cataluña, Madrid Valencia , P. Vasco
Chad	45	73	21	7	
Costa de Marfil	42	2.869	714	162	
Djibouti	93	9	4	1	
Egipto	95	2.946	866	298	Cataluña Madrid, C. Valenciana, Andalucía
Eritrea	89	96	36	2	
Etiopía	74	781	402	114	
Gambia	78	20.640	5.064	2.084	Cataluña Aragón
Ghana	4	14.807	2.978	890	Cataluña, Aragón , Madrid, País Vasco
Guinea	96	10.960	3.285	501	Cataluña Madrid, Aragón, Canarias, C. Valendana, Andalucía
Guinea-Bissáu	44	4.998	1.183	222	Andalucía, Cataluña, Canarias, P. Vasco
Kenia	32	1.031	809	13	
Ubená	45	395	95	15	
Mali	92	23.459	2.701	1.098	Cataluña. Madrid, Aragón, C. Valenciana
Mauritania	71	10.767	2.447	772	Cataluña, Madrid; Andalucía, C. Valenciana
Níger	2	263	61	19	
Nigeria	19	43.253	17.806	4.680	Madrid, Cataluña, C. Valenciana, Andalucía

Población residente en España, según censo, procedente de países donde se practica MGF					
	PREVALENCIA %	TOTAL	MUJERES	Niñas 14 años	CCAA RESIDENCIA
República centroafricana	26	81	26	1	
Senegal	28	57.739	11.583	3.354	Cataluña, C. Valenciana, Andalucía, Aragón
Sierra Leona	94	846	247	64	
Somalia	98	215	77	6	
Sudán	90	249	96	24	
Tanzania	15	164	80	2	
Togo	6	433	134	24	
Yemen	22	64	16	7	
TOTAL		204.434	53.251	15.690	
KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.					

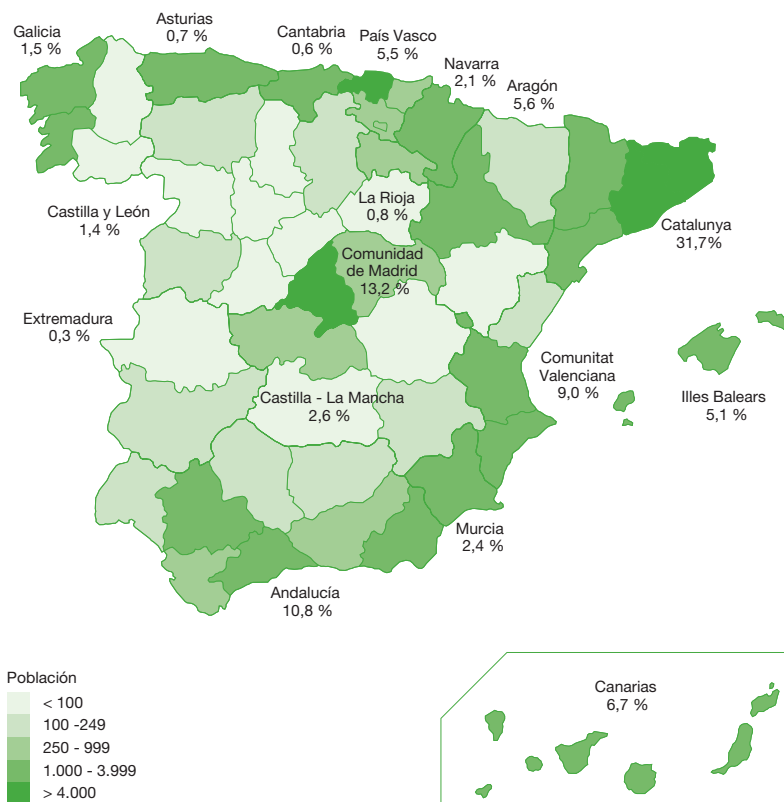
A la vista de los datos, la población residente en España procedente de los países donde se practica la MGF reside mayoritariamente en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid, Andalucía, C. Valenciana y Aragón.

En 2012, “un tercio de la población del grupo de nacionalidades en las que se practica la mutilación genital femenina residía en Cataluña. Con más de 70.000 residentes esta es, con diferencia, la región con más población de este origen. Esta proporción aumentaba hasta el 36,6 % al analizar exclusivamente el grupo de la población femenina menor de 15 años. Andalucía era el segundo territorio con más población de estas nacionalidades, aunque la Comunidad de Madrid le superaba en número de mujeres y de niñas. Comunidad Valenciana, Aragón, Canarias, País Vasco e Islas Baleares son el resto de regiones con más de 10.000 personas de este grupo de nacionalidades. Por provincias, la de Barcelona era la que albergaba más personas, casi 40.000; seguida de Madrid, unos 25.000; y Girona, Valencia, Almería, Lleida y Baleares, con más de 10.000” (Kaplan & López, 2013:27)

Gráfico: Población procedente de países donde se practica la MGF, según comunidad autónoma de residencia y sexo, 2008-2012									
	Población total MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina 0-14 MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)
Cataluña	71115	12998	22,40	18122	5133	39,5	6182	1826	41,9
Andalucía	33533	11983	55,60	6197	2285	58,4	1501	612	68,8
Comunidad de Madrid	24786	532	2,10	7558	784	11,6	2059	779	60,9
Comunitat Valenciana	19882	2131	12,00	5135	948	22,6	1477	633	75
Aragón	12245	1869	18,00	3195	726	29,4	1074	258	31,6
Canarias	11220	978	9,50	3860	813	26,7	1000	342	52
Pais Vasco	11066	5564	101,10	3171	1861	142,1	818	544	198,5
Balears (Illes)	10165	2291	29,10	2921	975	50,1	937	477	103,7
Región de Murcia	7831	964	14,00	1399	397	39,6	403	211	109,9
Castilla-La Mancha	5916	2386	67,60	1512	868	134,8	422	264	167,1
Galicia	4159	1407	51,10	832	331	66,1	168	82	95,3
Comunidad Foral de Navarra	3589	832	30,20	1185	427	56,3	321	148	85,5

Gráfico: Población procedente de países donde se practica la MGF, según comunidad autónoma de residencia y sexo, 2008-2012									
	Población total MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina 0-14 MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)
Castilla y Leon	2991	945	46,20	784	279	55,2	179	73	68,9
Principado de Asturias	2136	708	49,60	380	183	92,9	64	50	357,1
Rioja (La)	1438	148	11,50	459	137	42,5	156	60	62,5
Cantabria	1410	534	61,00	372	158	73,8	86	56	186,7
Extremadura	539	147	37,50	159	51	47,2	19	1	5,6
Ceuta y Melilla	119	105	750,00	10	5	100	3	2	200
Total general	224140	46522	25,40	57251	16361	40	16869	6418	61,4
KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Belaterra, Fundación Wassu-UAB.									

Gráfico: Distribución territorial de la población femenina procedente de países donde se practica la MGF



KAPLAN A.; LÓPEZ GAY, A. 2012. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España. Fundación Wassu-UAB. p 30

4. Marco jurídico

4.1 Marco jurídico internacional

ONU y otros organismos internacionales

Las Naciones Unidas promueven la eliminación de la mutilación genital femenina a través de diversas agencias de las que se debe destacar: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (*UNICEF*), la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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*). Es destacable el trabajo transversal de todas ellas.

En la **Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer celebrada en 1980** en Copenhague, se pidió la adopción de medidas urgentes para combatir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de la mujer, impulsado por la demanda cada vez mayor de las asociaciones de mujeres africanas para que se prestase más atención a estas prácticas.

En 1984 se crea el Grupo de Trabajo de la ONU sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños.

Las Naciones Unidas lanzaron una política sobre la MGF en 1990 a través de la **Recomendación General número 14 del Comité de CEDAW**. A partir de 1992, se extendió el uso del término ‘mutilación’ que apareció en la Recomendación 19 también de CEDAW sobre violencia contra la mujer¹⁸. Esta Recomendación incidía en los aspectos de salud pero señalaba que la desigualdad de mujeres y hombres y la discriminación eran factores determinantes para la MGF.

Fue en la **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer**, adoptada por las Naciones Unidas en diciembre de 1993 en Viena, cuando la comunidad internacional acepta la existencia de un fenómeno universal de violencia de género que afecta únicamente a las mujeres, y esta violencia la reconoce tanto en el ámbito público como en el privado, concepto importante para tratar el problema que nos ocupa. En su artículo

¹⁸ *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*

- Recomendación General, 14 (1990)

- Recomendación General, 19 (1993)

Comisión Jurídica y Social de la Mujer (CSW)

- Ending female genital mutilation (Resolution 51/2 of 2007, E/CN.6/2007/9)

- Ending female genital mutilation (Resolution 52/2 of 2008, E/CN.6/2008/11)

- Ending female genital mutilation (Resolution 54/7 of 2010, E/CN.6/2010/11)

4, esta declaración dispone que los estados no deben invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de eliminar la violencia contra la mujer.

La **Declaración y Plataforma de Acción de Pekín**, que surgió de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, contiene una condena clara a 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** fue el primer documento vinculante que trata las prácticas tradicionales perniciosas como una violación de los derechos humanos y obliga a los gobiernos a «adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.» (Artículo 19).

En febrero de 2008 se hizo pública una nueva declaración con el apoyo de más organismos de las Naciones Unidas en la que se abogaba por un aumento de las actividades de promoción del abandono de la MGF.

En la declaración de 2008 se documentan datos acerca de la práctica recopilados a lo largo de los últimos diez años, se destaca el reconocimiento cada vez más amplio de sus dimensiones legales y de su relación con los derechos humanos, y se aportan datos sobre su frecuencia y alcance. Asimismo, se resumen las investigaciones sobre las causas de su persistencia, la forma de detenerla y sus efectos perjudiciales para la salud de las mujeres, las niñas y los recién nacidos.

Los informes del Secretario General sobre erradicación de la mutilación genital femenina, elaborados de conformidad con las resoluciones 51/2 y 54/7 de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW), y más recientemente, en 2014, el Informe sobre intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina, exponen las cuestiones fundamentales sobre MGF examinadas por los órganos intergubernamentales y los órganos creados en virtud de los Tratados de Derechos Humanos, proporcionando información sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros y las actividades emprendidas por las entidades integrantes del sistema de las Naciones Unidas para poner fin a esta práctica, formulando asimismo recomendaciones sobre la base de la experiencia adquirida y las buenas prácticas en este ámbito para la adopción de medidas en el futuro.

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

En julio de 2013, UNICEF publica su Informe “Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del

cambio”¹⁹ es la más amplia recopilación de datos y análisis sobre esta cuestión hasta la fecha.

MARCO GENERAL INTERNACIONAL.

Principales declaraciones y resoluciones

- Declaración conjunta WHO/UNICEF/UNFPA (1997)
- La eliminación de la mutilación genital femenina. Una declaración interinstitucional de OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO (2008)

Asamblea General de la ONU

- 67/146 de 20 de diciembre de 2012 Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina
- 69/150, de 18 de diciembre de 2014. Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina

Informes Secretario General

- Erradicación de la mutilación genital femenina. Informe del Secretario General, 52º período de sesiones Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 25 de febrero a 7 de marzo de 2008.
- Erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Informe del Secretario General. **Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW) - 56º período de sesiones, 29 de febrero a 9 de marzo de 2012. (E/CN.6/2012/8).**
- Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. Informe del Secretario General. 2014. Asamblea General. 69 período de sesiones.

Estudio Alto Comisionado para los Derechos Humanos

- Estudio temático sobre el tema de la violencia contra las mujeres y las niñas y discapacidad. Informe de la oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los derechos humanos, 30 de marzo de 2012 (A/HRC/20/5)

Unión Africana

- 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”. de 11 de julio de 2003.

¹⁹ Los 29 países representados en el informe son: Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Yibuti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Irak, Kenia, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Uganda y Yemen.

Si bien determinados grupos y países han abandonado casi totalmente la mutilación genital femenina, sigue siendo común en muchos otros a pesar de los peligros que supone para la salud de las niñas, la existencia de leyes contra esta práctica y los esfuerzos de gobiernos y ONG dirigidos a persuadir a las comunidades de ponerle fin.

Aunque el nivel de apoyo se ha reducido, **millones de niñas siguen altamente expuestas a este riesgo**. El informe de UNICEF hace hincapié en la diferencia entre la opinión personal sobre la mutilación genital y el **arraigado sentido de obligación social** que favorece su continuación, agravada por la falta de una comunicación abierta sobre un tema tan sensible y privado como este.

El informe se basa en encuestas realizadas en los 29 países de África y Oriente Medio donde persiste la mutilación. Demuestran que, en la actualidad, las niñas tienen menos probabilidades de sufrir esta práctica que hace 30 años, y que el apoyo a la mutilación está disminuyendo incluso en países donde su incidencia es casi universal, como **Egipto y Sudán**.

Según las encuestas en las cuales se basó el informe de UNICEF, no solo las niñas y las mujeres están en contra de la práctica; de hecho, un número significativo de hombres y niños se oponen a ella. En tres países - Chad, Guinea y Sierra Leona- más hombres que mujeres desean que se ponga fin a la mutilación genital femenina.

Aunque el informe acoge con satisfacción las leyes contra la mutilación genital femenina que ha adoptado la gran mayoría de los países donde se practica, insta a tomar medidas que complementen la legislación y a aprovechar la dinámica social positiva en favor del cambio en las normas sociales.

El informe recomienda someter la práctica de la mutilación a un mayor escrutinio público y poner en tela de juicio la percepción errónea de que “todos los demás” la aprueban. También destaca la función que desempeña **la educación** en el cambio social, y hace notar que las hijas de madres con niveles educativos más altos corren un riesgo menor de ser víctimas de dicha práctica. Así mismo, destaca el hecho de que la escolarización contribuye a que las niñas establezcan vínculos con otras personas que se oponen a la mutilación genital.

En el informe se exponen varios **aspectos cruciales para eliminar la mutilación genital** femenina:

- *Trabajar con las tradiciones culturales locales*, y no contra ellas, reconociendo que las actitudes y la aceptación de esta práctica varían entre grupos dentro y fuera de las fronteras nacionales.
- *Procurar modificar las actitudes individuales* relacionadas con la mutilación genital y abordar, al mismo tiempo, las nociones arraigadas en torno a esta práctica que existen en grupos sociales más amplios.

- Encontrar formas de lograr que las actitudes ocultas que favorecen el abandono de la práctica sean más visibles, a fin de *que las familias sepan que no están solas* -un paso fundamental para crear un volumen decisivo y generar una reacción en cadena contra la mutilación genital.
- Incrementar la *exposición de los grupos que siguen practicando la mutilación* ante los grupos que ya la han abandonado.
- *Promover tanto la eliminación de la mutilación genital como la mejora de las condiciones de vida y las oportunidades para las niñas*, en vez de defender modalidades menos drásticas de esta práctica, como la circuncisión “simbólica”.
- *Seguir recopilando datos útiles para orientar las políticas públicas y programas*, como parte esencial de los esfuerzos dirigidos a erradicar la mutilación genital femenina.

En octubre de 2013, el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), conjuntamente con UNICEF, promovió la celebración de una Conferencia Internacional sobre MGF que tuvo lugar en Roma del 22 al 25 de octubre, que contó con la participación de España. El objetivo general de la Conferencia fue la consolidación del compromiso político mundial de alto nivel, el impulso de la acción nacional y la planificación de estrategias específicas para reforzar el movimiento social de amplia base que persiguen erradicar la MGF y las prácticas discriminatorias relacionadas con la misma en la próxima generación.

“La mutilación/ablación genital femenina constituye una violación de los derechos de las niñas a la salud, el bienestar y la autodeterminación.... Este informe muestra de manera clara que las leyes por sí solas no bastan.... Ahora, el desafío consiste en lograr que las niñas y las mujeres, los niños y los hombres opinen sin temor y hagan saber que desean que se erradique esta perjudicial práctica”.

(Geeta Rao Gupta, Directora Ejecutiva Adjunta de UNICEF)

OMS

En 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó un seminario en Jartum (Sudán), donde por primera vez se fijaron las pautas de las iniciativas internacionales en torno a la MGF. En sus recomendaciones, se

pedía la adopción de políticas nacionales claras, la creación de comisiones para coordinar las actividades de los distintos órganos oficiales, la aprobación de leyes y la organización de la educación pública y del trabajo con sectores específicos con la participación de profesionales de la salud y de curanderos tradicionales.

Desde hace tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda la mutilación genital femenina desde la perspectiva del derecho que las mujeres y las niñas a disfrutar del más alto grado posible de salud y establece que *“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 1997 la OMS publicó una declaración conjunta con el *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)* y el *Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)* contra la práctica de la MGF.

Desde 1997 se han hecho grandes esfuerzos para luchar contra la MGF a través de la investigación, del trabajo con las comunidades y del cambio de las políticas públicas.

En 2008, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una *resolución (WHA61.16)* sobre la eliminación de la MGF, en la que se subrayaba la necesidad de una acción concertada entre todos los sectores - salud, educación, finanzas, justicia y asuntos de la mujer.

En 2010 la OMS publicó en colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales una estrategia mundial, *Global Strategy to Stop Healthcare Providers from Performing Female Genital Mutilation*, para acabar con las mutilaciones genitales femeninas practicadas por dispensadores de atención de salud.

La OMS está especialmente preocupada por la tendencia creciente en la participación de personal con formación médica en las prácticas de MGF en los países de origen, debido en su mayoría a una respuesta equivocada como alternativa a que esta práctica tan nociva para la salud de las niñas y las mujeres, se haga en condiciones de falta total y absoluta de higiene y seguridad. La OMS insta encarecidamente a los profesionales sanitarios que no realicen estos procedimientos.

Los progresos realizados a nivel tanto internacional como local constan de:

- una participación internacional más amplia en la eliminación de la MGF;
- la creación de organismos internacionales de seguimiento y la adopción de resoluciones que condenan la práctica;
- la revisión de los marcos legislativos y un apoyo político creciente a su eliminación (destaca la aprobación de leyes contra la MGF en 22 países africanos y en varios estados de otros dos países, así como

- en 12 países industrializados con inmigrantes procedentes de países donde se practica la MGF);
- en la mayoría de los países, se registra la disminución de la práctica de la MGF y el aumento del número de mujeres y hombres de las comunidades afectadas que se declaran a favor de su eliminación.
- Las investigaciones revelan que si las comunidades afectadas decidieran abandonarla, la MGF podría eliminarse muy rápidamente.

Las actividades de la OMS para eliminar la MGF se centran en:

- *medidas de promoción*: publicaciones y creación de instrumentos que fomenten las actividades internacionales, regionales y locales destinadas a acabar con la MGF en una generación;
- *investigación*: adquisición de conocimientos sobre sus causas y consecuencias, la forma de eliminarla y la atención a quienes la han sufrido;
- *orientación a los sistemas de salud*: elaboración de materiales formativos y directrices para los profesionales sanitarios que los ayuden a tratar y aconsejar las mujeres que han sufrido estos procedimientos.

Llama la atención que haya un único ejemplo de guía para el tratamiento informativo que se elaboró en Austria en 2008.

El trabajo preventivo es, como establece CEDAW²⁰, una obligación para todos los Estados. Se puede concretar en iniciativas de sensibilización, en el desarrollo de materiales didácticos o en la formación de profesionales.

Actualmente los recursos son escasos y no se pueden poner en marcha proyectos a largo plazo. En algunos Estados como Suecia, los Países Bajos o Italia se apoya decididamente el trabajo de las ONG en este campo y en colaboración con ellas. Se necesita un compromiso serio de los Estado en el apoyo a la sociedad civil si se quiere combatir la MGF²¹.

En mayo de 2014 tuvo lugar la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, que contó con la participación de España. En particular, se impulsó la adopción de la resolución A67/22 “Afrontar el problema mundial de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas” que aborda el papel del Sistema de Salud para afrontar esta cuestión. En el proyecto de resolución se contempla la MGF como una de las formas de violencia que debe ser estudiada desde el punto de vista del sistema sanitario, aportando cifras, analizando las causas de esta práctica y su contexto normativo y destacando asimismo la importancia del desarrollo de la base empírica y de la acción transversal y multisectorial en este ámbito.

²⁰ La CEDAW es la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer aprobada el 18 de diciembre de 1979 Asamblea General de Naciones Unidas

²¹ Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia: Report. European Institute for Gender Equality, (EIGE, 2013)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es/

- **Resolución WHA61.16** sobre mutilación genital femenina, aprobada por la 61ª Asamblea Mundial de la Salud, del 24 de mayo de 2008.
- **Estrategia mundial para eliminar las distintas formas de mutilación genital femenina** practicadas por los dispensadores de atención de salud (2010).

Consejo de Europa

El Consejo de Europa²² incluyó la MGF en su agenda en 1994.

Con la Resolución 1247 (2001), sobre la Mutilación Genital Femenina²³, 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 de Europa 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), abierto a la firma desde el 11 de mayo de 2011. España ha depositado el Instrumento de Ratificación del Convenio en fecha 11 de abril de 2014, habiéndose publicado en el BOE el 6 de junio de 2014.²⁴

²² El Consejo de Europa es la organización internacional de ámbito regional destinada a promover, mediante la cooperación de los estados de Europa, la configuración de un espacio político y jurídico común, sustentado sobre los valores de la democracia, los derechos humanos y el Imperio de la ley. Su régimen jurídico se rige de conformidad con su Estatuto, aprobado por el Tratado fundacional de Londres, de 1949 y tiene su sede en la ciudad francesa de Estrasburgo.

²³ Entre 2007 y 2012, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos se ha pronunciado sobre cinco casos relacionados con solicitudes de asilo motivadas por la MGF. En todos los casos, las interesadas temían ser sometidas a MGF si eran enviadas a sus países de origen. Pero el Tribunal ha rechazado esta pretensión a pesar de reconocer en las sentencias que la MGF viola la protección establecida en el artículo 3 de la Convención Europea. Pero a pesar de todo, estas sentencias constituyen un paso adelante en la protección de mujeres y niñas que se enfrentan a la MGF. La Convención para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (CETS No. 210) en su artículo 38 habla concretamente de la MGF a la que se aplican todos los demás artículos de las mismas (medidas de prevención, protección y persecución de este delito, etc.)

²⁴ <http://www.boe.es/boe/dias/2014/06/06/pdfs/BOE-A-2014-5947.pdf>

La ratificación por España ha supuesto que el Convenio entrará en vigor con carácter general para todos los Estados firmantes y en particular para España el 1 de agosto de 2014, al haberse alcanzado el número mínimo de 10 Estados miembros del Consejo de Europa que lo han ratificado, tal y como estipula el artículo 75 del Convenio.

Los siguientes países han ratificado el Convenio **a fecha de 14 de enero de 2015**: Albania, Andorra, Austria, Bosnia y Herzegovina, Dinamarca, Francia, Italia, Malta, Mónaco, Montenegro, Portugal, Serbia, España, Suecia y Turquía.

La importancia del Convenio estriba en que supone el primer instrumento de carácter vinculante en la región europea /Consejo de Europa en materia de violencia contra la mujer y la violencia doméstica.

Por otra parte, el Convenio contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer, entre las que se encuentra la MGF.

Con respecto a las iniciativas relacionadas con la MGF y que han sido promovidas por el Consejo de Europa, destaca el lanzamiento, el 25 de noviembre de 2014, por parte del Consejo de Europa, en colaboración con Amnistía Internacional, de la guía “El Convenio de Estambul: una herramienta para poner fin a la mutilación genital femenina”²⁵. Esta guía se basa en el Convenio de Estambul y se ha concebido para situar la MGF en la agenda política y contribuir al diseño de políticas y medidas que aborden esta cuestión con una mayor eficacia.

Consejo de Europa

- Council of Europe Parliamentary Assembly. Resolution 1247 (2001) Female genital mutilation (22 May 2001)
- Convenio de Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica, “Convenio de Estambul” de 11 de mayo de 2011 (CETS 210). Ratificado por España en fecha 11 de abril de 2014 y publicado en el BOE en fecha 6 de junio de 2014.

²⁵ “The Istanbul Convention – A tool to end female genital mutilation”. Consultado en noviembre de 2014 en: <http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/brochures/IstanbulConventionFGM%20Guide%20EN.pdf>

Unión Europea²⁶

La **Unión Europea (UE)**, por el Tratado de Lisboa el área de Libertad, Seguridad y Justicia pasa a ser competente en la cooperación intergubernamental y el artículo 82 sienta las bases para desarrollar la Directiva sobre los Derechos de la Víctimas recientemente aprobada.

El **Parlamento Europeo** adoptó su primera Resolución sobre la Mutilación Genital Femenina en 2001 (2001/2035(INI)). En marzo de 2009, el Parlamento adoptó una nueva resolución específica sobre la lucha contra MGF en la UE (2008/2071(INI)). De nuevo el 14 de junio de 2012 el Parlamento incidió en el problema con una nueva Resolución en la que considera que la erradicación de la MGF es un objetivo alcanzable.

En el seno del **Consejo de la Unión Europea** se trabaja en la misma dirección. En marzo de 2010, se adoptaron unas Conclusiones del Consejo sobre la erradicación de la violencia contra la mujer en la Unión Europea en las que se urgía a establecer unas bases legales claras y a fijar un plan a nivel de la UE para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer.

Posteriormente, en 6 de diciembre de 2012, se adoptaron las Conclusiones del Consejo sobre lucha contra la violencia contra la mujer y prestación de los servicios de apoyo a las víctimas de la violencia doméstica, en las que se destacó expresamente con respecto a la MGF el apoyo de la UE a todas las iniciativas que establezcan medidas para hacer frente a esta práctica, en particular sobre sus aspectos transfronterizos y considerando asimismo los avances producidos a nivel internacional, como en el ámbito del Consejo de Europa.

Finalmente, el 5 y 6 de junio de 2014, 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”. En el documento mencionado, el Consejo ha instado 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 agentes relevantes, especialmente en el ámbito de la justicia, policial, de la salud, servicios sociales, protección infantil, educación, inmigración y asilo y acción exterior. Asimismo, se ha instado a la recopilación y difusión de datos fiables, comparables y periódicamente actualizados sobre la prevalencia de la MGF a nivel de la UE así como a nivel nacional allí donde la MGF se practica, a la promoción de las actividades formativas para los profesionales en la materia y a garantizar

²⁶ Basado en el Estudio-Informe realizado por EIGE en 2012 en un total de 27 Estados miembros (incluido España) y Croacia denominado: “*Female genital mutilation in the European Union and Croatia*”. Consultado durante 2013 y 2014 en: <http://eige.europa.eu/content/document/female-genital-mutilation-in-the-european-union-and-croatia-report>

el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de ayuda especializados. Por último, destacar la necesidad, puesta de manifiesto por el Consejo, de facilitar directrices claras a nivel nacional para garantizar el beneficio de la protección internacional a las mujeres y niñas en riesgo de MGF con el objetivo de establecer un estatus uniforme para las personas refugiadas o susceptibles de ser beneficiarias de protección subsidiaria²⁷.

En cuanto a la **Comisión Europea** hay que destacar la Comunicación de la propia Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo “hacia la eliminación de la mutilación genital femenina” (COM (2013) 833 final), presentada el 25 de noviembre de 2013. Este documento constituye el primer compromiso real y político de la Comisión Europea con medidas específicas para trabajar en la erradicación de la MGF en la UE. Como objetivos más destacados se mencionan un mejor conocimiento de la MGF en la UE, promover una prevención efectiva y medidas de apoyo a las víctimas, incluyendo las normas de cambio social y el “empoderamiento” de la mujer, apoyar la aplicación de las leyes que prohíben la MGF, garantizar la protección a las mujeres en riesgo dentro del marco legislativo existente de la UE en materia de asilo y, finalmente, promover la eliminación de la MGF en todo el mundo, mejorando la protección de las mujeres en riesgo en los países fuera de la UE.

En cuanto a la participación de España en iniciativas sobre MGF promovidas por la UE, destaca la intervención del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (DGVG), en el VIII Foro de los Derechos de la Infancia, organizado anualmente por la Comisión Europea (Bruselas – diciembre de 2013). En esta edición, se ha debatido el funcionamiento de los sistemas de protección infantil ante los casos, entre otros supuestos, de MGF. La DGVG expuso la política española en MGF durante la sesión denominada “El papel de los sistemas de protección en la infancia para proteger a los menores de la violencia – MGF”, destacando asimismo el intercambio de experiencias, información y buenas prácticas sobre esta materia.²⁸

En relación a la legislación de los países de la UE cabe destacar que *Suecia* fue el primer país europeo que adoptó una legislación específica para la MGF en 1982, seguida por el *Reino Unido* en 1985. En el otro extremo,

²⁷ Otras iniciativas del Consejo son el Plan Marco Estratégico de la UE y el Plan de Acción en Derechos Humanos y Democracia adoptado por el Consejo de Asuntos Exteriores en junio de 2012, menciona expresamente la MGF y exige desarrollar inactivas contra ella antes de 2014 y las directivas 2003/9/EC (sobre estándares mínimos ante la solicitud de asilo); la 2004/83/EC (sobre la condición de refugiados de los nacionales de terceros países o apátridas); la 2005/85/EC (sobre procedimientos para conceder o denegar la condición de refugiado); y la 2011/95/EU (sobre la protección internacional de ciudadanos de terceros países o apátridas).

²⁸ Puede consultarse más información sobre el VIII Foro en el siguiente enlace: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/laDelegacionInforma/pdfs/ForoInfancia.pdf>

Irlanda y Croacia son los que han desarrollado disposiciones específicas en sus códigos penales sobre la MGF.

Sólo nueve países de la Unión Europea, incluida España, poseen una legislación específica para la MGF (Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Irlanda, Italia, Suecia y Reino Unido).en fecha 11 de abril de 2014 y publicado en el BOE en fecha 6 de junio de 2014.

4.2 Marco jurídico nacional

En España la mutilación genital, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones. El artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (modificada por la Ley Orgánica 11/2003), dispone que *“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.”*.

La jurisdicción española es competente para perseguir la mutilación genital realizada tanto en territorio español, como fuera del territorio nacional (persecución extraterritorial). En este último caso, en virtud de lo previsto en el artículo 23.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo), la jurisdicción española es competente para conocer la mutilación genital realizada por españoles o extranjeros, fuera del territorio nacional, cuando se cumplan las condiciones especificadas en este artículo. En concreto, cuando el proceso penal se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España; cuando la MGF se hubiera practicado a una persona que, en el momento de su realización, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo (la MGF) se encuentre en España.

El plazo para poder perseguir penalmente este delito es de 15 años desde que se hubiera practicado la mutilación.

Como la mutilación genital femenina es un delito, ha de tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal:

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su

defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”.

Asimismo, el artículo 355 de esta Ley menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina en este sentido:

“Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado”.

En España, **el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo.**

Por otra parte, puesto que la MGF se practica generalmente a menores de edad, **es conveniente conocer las previsiones de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor** (Ley Orgánica 1/1996, de 15 enero, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil), que serían aplicables en situaciones de riesgo de la práctica de la MGF o cuando a una menor de edad ya se le hubiese practicado.

El artículo 12.1 dispone que la protección del menor por los poderes públicos se realizará mediante la prevención y reparación de situaciones de riesgo, con el establecimiento de los servicios adecuados para tal fin, el ejercicio de la guarda, y, en los casos de desamparo, la asunción de la tutela por ministerio de la Ley.

El artículo 13.1 prevé que 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.

Y el artículo 14 establece que 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 menor, o cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal.

Por otra parte, el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2012, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión del 20 de diciembre de 2012, que sustituye al aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en diciembre de 2006, incluye varias referencias a la

mutilación genital femenina. En concreto, contempla que, entre otras formas de violencia contra las mujeres que pueden llegar a la consulta sanitaria, está la mutilación genital femenina. Estas formas de violencia también son violencia de género, pero debido a sus especiales características requieren de un protocolo específico.

Por último, el Pleno del Observatorio de la Infancia, órgano dependiente de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, aprobó en su sesión de 9 de junio de 2014 el **Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar**, que actualiza el de 22 de noviembre de 2007, incluyendo los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género, y por tanto, otras formas de violencia contra las niñas tales como la mutilación genital femenina.

Manteniendo su identidad como protocolo marco de actuación conjunta e integral, es susceptible de desarrollo en cada Comunidad Autónoma.

En su virtud, los organismos implicados se comprometen, entre otras cuestiones, a “Incorporar y utilizar las hojas de notificación y detección de maltrato infantil como uno de sus instrumentos básicos para su aplicación. Estas hojas de notificación no sustituyen, sino que complementan, los procedimientos ya establecidos (partes de lesiones, diligencias policiales, denuncias, etc.)”.

4.3 Marco jurídico autonómico

En el ámbito autonómico son diversas las Comunidades Autónomas que han incluido la MGF, o bien, en sus normas relativas a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y contra la violencia sobre la mujer, o bien, en su legislación en materia de infancia.

Hasta el momento, dos Comunidades Autónomas, la Comunidad Valenciana y la Generalidad de Cataluña, han incluido referencias a la MGF en sus normas propias de protección a la infancia:

- La Ley de la Comunidad Valenciana 12/2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia, dispone en su artículo 9.1 que La Generalitat adoptará las medidas pertinentes para proteger la integridad física y psíquica del menor frente a situaciones de maltrato, abuso, violencia, amenaza, mutilación genital.
- La Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, regula en su artículo 76 la prevención de la ablación o la mutilación genital de las niñas y las adolescentes; y en su artículo 102.2 contempla como situaciones de riesgo, a los efectos de las actuaciones correspondientes por parte de la Comunidad Autónoma, el riesgo de sufrir mutilación genital.

A su vez, varias Comunidades Autónomas han incorporado referencias a la MGF en sus normas autonómicas en materia de igualdad de oportunidades y de violencia contra las mujeres:

- La Ley de la Comunidad Autónoma de Canarias 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género, incluye en su artículo 3, relativo a las formas de violencia de género, la MGF.
- La Ley de la Comunidad Autónoma de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, incluye también, en su artículo 3, relativo a las formas de violencia de género, la MGF.
- La Ley de la Comunidad de Madrid 5/2005, de 29 de septiembre, de Violencia de Género, incluye en su ámbito de aplicación la MGF en cualquiera de sus manifestaciones. Dispone en su artículo 7.4 que, a efectos de la detección y prevención de situaciones de riesgo de mutilación genital, la Comunidad de Madrid elaborará, en colaboración con los municipios de su ámbito territorial, un protocolo específico de actuación en esta materia. Además, dispone en el artículo 29 que la Comunidad de Madrid ejercerá la acción popular en los procedimientos penales por causa de mutilación genital.
- La Ley de la Comunidad Autónoma de Aragón 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón, se refiere en el artículo 2 sobre formas de violencia ejercida contra las mujeres, a la MGF.
- La Ley de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia, establece en su artículo 40 que se considera violencia de género, a los efectos de la ley, la MGF.
- La Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 5/2008, de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista, incluye la mutilación genital femenina o el riesgo de padecerla como una manifestación de la violencia en el ámbito social o comunitario (artículo 5). El artículo 57.3 prevé que los servicios de atención y acogimiento de urgencias se destinan, en todo caso, a las mujeres que sufren, entre otras formas de violencia, la MGF. Los servicios de acogida sustitutoria del hogar, regulados en el artículo 59.2, también se destinan a las mujeres que han sufrido MGF o están en riesgo de sufrirla. Y el artículo 75 enumera las medidas que debe adoptar el Gobierno autonómico.
- La Ley de la Comunidad Autónoma de La Rioja 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en

materia de violencia en La Rioja, incluye en su artículo 5 la MGF como una forma de violencia.

- La Ley de la Comunidad Valenciana 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana, contempla en su artículo 3 que la MGF es una manifestación de la violencia sobre la mujer.

Por último, cabe destacar que las Comunidades Autónomas de Cataluña, Aragón y Foral Navarra han elaborado protocolos de actuación ante la MGF:

- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina, de la Comunidad Autónoma de Cataluña de 2007.
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón, de la Comunidad Autónoma de Aragón de 2011.
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra, de la Comunidad Foral de Navarra de 2013.

En ellos se incluyen, acciones específicas en materia sanitaria junto con acciones educativas y de servicios sociales (coordinación intersectorial), y están dirigidos a contemplar tanto acciones en mujeres adultas con MGF practicada, como a niñas en riesgo, orientando las acciones pre-viaje y post-viaje. La Comunidad Autónoma de Aragón ha incorporado en la Historia Clínica de Atención Primaria (OMI), hospitales y urgencias, el protocolo de actuación a seguir ante la MGF, diferenciando cuando se trata de un caso de MGF en mujer adulta de aquellos otros relacionados con niñas en riesgo o ya mutiladas. Asimismo, en su parte sanitaria, incluye la mediación e intervención específica con la mujer con MGF durante su estancia hospitalaria por parto, para abordar posibles consecuencias de la mutilación que tenga practicada.

En la bibliografía de este Protocolo Común del SNS se encuentran recogidas las referencias a los Protocolos existentes en las Comunidades Autónomas de Cataluña y Aragón, y en la Comunidad Foral de Navarra, que han sido consultados para su redacción.

5. Actuaciones sanitarias ante la mutilación genital femenina

Momentos de Intervención

“Los servicios de salud y los servicios sociales, por sus características de proximidad, accesibilidad y universalidad, constituyen el espacio idóneo para permitir la aproximación a este reto intercultural que plantean las nuevas ciudadanías en el país”.²⁹

Las y los profesionales sanitarios ocupan un lugar clave en la **detección, intervención y prevención de la MGF**. Los servicios de salud y los servicios sociales, por sus características de proximidad, accesibilidad y universalidad, constituyen el espacio idóneo para permitir la aproximación a este reto intercultural que plantean las nuevas ciudadanías en el país. En este sentido, **las y los profesionales sanitarios trabajan directamente con la población de riesgo** (población procedente de países donde se practica la MGF) por lo que desempeñan un papel clave en la prevención de la MGF y, por tanto, pueden contribuir a su erradicación.

Las actuaciones de los profesionales sanitarios se deben realizar desde una **perspectiva integral, multi e interdisciplinar**, abarcando tanto la atención primaria como la atención especializada (pediatría y enfermería de pediatría, medicina de familia y enfermería de familia, matronas, trabajo social, ginecología y obstetricia, urología, psicología, psiquiatría, etc.), como en los servicios de urgencia, con la finalidad de procurar una **coordinación de acciones y garantizar la continuidad de cuidados** a la persona mutilada y a la familia. Asimismo, ha de tenerse en cuenta a otros profesionales del sector sanitario implicados, como el personal de admisión y citaciones.

En este apartado consideraremos las diferentes actuaciones sanitarias 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.

Para ello, podemos distinguir los siguientes momentos de intervención:

²⁹ KAPLAN, A.; TORAN, P.; BEDOYA, M. H. et al (2006) “Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales”, en Revista Migraciones 19, Madrid. pp. 189-217.

1. **Confirmación** de MGF practicada en mujer adulta
2. Existencia de factores de **riesgo en mujeres jóvenes mayores de 18 años** que siguen dependiendo socioeconómicamente de su familia.
3. Existencia de factores de riesgo o situación de **riesgo inminente en niña**
4. **Confirmación de MGF** practicada en niña

No obstante, deberemos tener en cuenta aspectos previos de prevención comunitaria, formación profesional y coordinación multiprofesional que debe tenerse en cuenta y llevarse a cabo siempre, independientemente de la situación o momento de la intervención en que luego haya que trabajar específicamente.

A continuación, se describen estos aspectos previos comunes para pasar posteriormente a los momentos específicos de intervención según el caso.

5.1 Aspectos previos: prevención, formación y coordinación³⁰

La Prevención específica e inespecífica debe ser una de las líneas estratégicas prioritarias de todos los sistemas de protección con el fin de erradicar la violencia contra la mujer en general y la MGF como una forma de violencia específica. Las acciones concretas a desarrollar incluyen un amplio abanico de opciones que pueden ir desde la sensibilización hasta la formación y capacitación de los profesionales y la sociedad en general.

Hay recomendaciones que pueden ser de utilidad para cualquier profesional, sea del ámbito que sea, y algunas otras más específicas, derivadas del tipo de servicio que se ofrece, por ejemplo los servicios de salud. Todas las intervenciones suman y son importantes para acompañar y orientar a las familias hacia un proceso de reflexión que les lleve a un cambio en su posicionamiento inicial. De esta manera, el resultado final dependerá del trabajo conjunto y coordinado, de carácter integral y multidisciplinar en la lucha contra la MGF.

La prevención está dirigida, por un lado, a **“informar-sensibilizar”** para procurar que las familias cambien de actitud ante la mutilación y, por tanto, a

³⁰ Las ideas fundamentales que se plasman en este apartado se han extraído de las recomendaciones ofrecidas en la Guía de UNAF 2013. “Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención.

evitar que en un futuro pueda producirse la mutilación de otra niña o mujer. Y, por otro lado, a “**anticipar**”, es decir, a actuar antes de que se practique la MGF para impedirla, para lo que resulta necesario detectar las situaciones de riesgo de MGF.

Por ello, la actividad preventiva se puede realizar en varios momentos:

- En las **actividades de educación sanitaria** que se desarrollan fundamentalmente en el ámbito atención primaria y salud comunitaria.
- Con carácter general, con ocasión de las **consultas programadas o protocolizadas existentes**, por ejemplo el programa /protocolo de promoción de la salud infantil.
- De una manera **puntual**, bien en la consulta programada o a demanda, antes del viaje de la niña al país de origen. El objetivo es que las madres y los padres conozcan las implicaciones de toda índole que supone esta práctica y puedan tomar decisiones en contra de la MGF.

Puesto que los servicios sanitarios se constituyen en uno de los lugares fundamentales para la detección precoz y prevención de la MGF o del riesgo de sufrirla, es básico y necesario el trabajo de **sensibilización y formación de sus profesionales** para que conozcan este grave problema de salud y capacitarles para el abordaje de las diferentes situaciones en que podrá encontrarse y conocer en cada momento que tipo de actuaciones está recomendado realizar.

Ámbito de actuación

Programas sanitarios

Atención Primaria

- Programa de la mujer
 - Embarazo
 - Detección del cáncer de cérvix
 - Planificación familiar
- Programa de salud infantil
- Programas comunitarios de colaboración con servicios sociales y escolares

En el caso de **Atención Primaria**, la sensibilización y formación debe abarcar al conjunto del equipo, tanto a profesionales que proveen la asistencia sanitaria como al personal administrativo o de admisión.

Es importante que los y las profesionales adopten un **rol facilitador**, de ayuda y apoyo, desde el primer contacto de la familia en riesgo, con la

red sanitaria y que garantice la universalidad y la continuidad de todas las intervenciones terapéuticas y de prevención. Este proceso debe tener en cuenta:

- **Un trabajo en red con otros profesionales y organizaciones** (*comunidad educativa, trabajo social / servicios Sociales comunitarios, departamentos de protección de Infancia/ Fiscalía / Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, mediadores culturales, asociaciones de personas inmigrantes, ONGs*)
- **El registro constante**, según los criterios y procedimientos propios de cada servicio, de todas las actuaciones propias y la derivadas de la coordinación con otros sectores /profesionales. Este registro, garantizando la confidencialidad debe facilitar el trabajo en red y la coordinación de las actuaciones realizadas con las personas (*contactos en consulta, exploraciones realizadas a las personas de riesgo, seguimiento e intervención con las niñas, mujeres o familias de riesgo, etc.*)

Recordar siempre que se puede recurrir a la mediación intercultural si tenemos problemas de entendimiento con las afectadas o las personas en riesgo, incluso podrán apoyar con la ayuda de intérpretes para la barrera idiomática.

En cualquiera de los momentos clave y tipo de intervención que haremos con la familia que procede de un país de riesgo, se perfilarán estrategias específicas, aunque todas ellas se articulan a través de dos pilares fundamentales:

- **La acción individual**, dirigida a la persona o familia de riesgo.
- **La acción en red**, coordinada con otros profesionales que tienen un papel destacado en el proceso preventivo.

En cualquier caso, serán objetivo prioritario en los Planes y programas de formación, como población diana para sensibilizar y capacitar:

- **Profesionales implicados en AP:** *pediatras y enfermeras de pediatría, matronas, medicina de familia y enfermería de familia así como trabajo social.*
- **Profesionales más implicados en AE:** *personal médico y de enfermería de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Urología, Pediatría salud mental, urgencias.*
- **Otros profesionales implicados:** *personal de los centros de vacunación internacional, Personal administrativo/admisión.*

El marco lógico de actuación ante la MGF debe vertebrarse a lo largo de los siguientes programas:

- Programa de Salud Infantil (PSI) / Programa de Salud Adolescencia-Juventud³¹

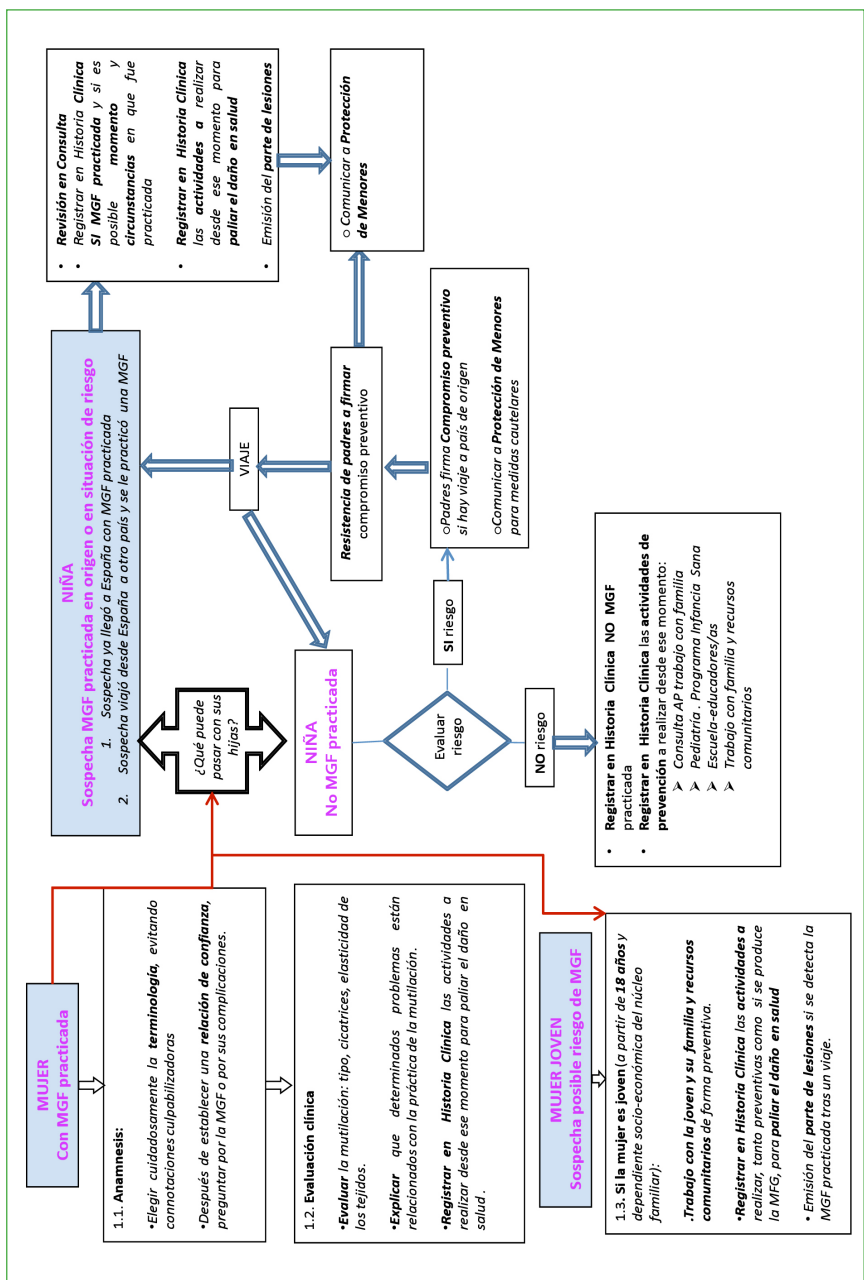
³¹ Programas de Salud Adolescencia-Juventud puede existir en algunas CCAA / Atención Primaria

- Programa de Actividades Preventivas en Salud Sexual y Reproductiva
- Programa de la Mujer
- Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix
- Programa de Vacunación Internacional

En las diferentes acciones necesarias a seguir desde la perspectiva de la prevención y detección precoz, los equipos profesionales del ámbito sanitario deben contar con información sobre la red de recursos comunitarios que faciliten la continuidad de la atención y cuidados de la paciente, así como en caso de existir situaciones de riesgo o que se haya producido la mutilación, conocer perfectamente las herramientas existentes para la notificación sanitaria y, en caso necesario, los canales establecidos para la comunicación del hecho al resto de sectores y agentes implicados (entidades públicas de protección de menores, fiscalía, órganos judiciales, etc.) para un adecuado seguimiento del caso, poner en marcha las medidas de protección necesarias o, si existiera delito, la persecución del mismo.

Insistir de nuevo en que la formación de las y los profesionales les capacita para poder informar y orientar a las mujeres en caso de que precisen cuidados y tratamientos específicos para ellas o sus hijas.

Por último, resulta necesaria la coordinación entre los distintos sistemas sociales de atención con la finalidad de poder adoptar actuaciones eficaces en la prevención y sensibilización ante la MGF.



5.2 Detección e intervención con mujeres que han sufrido una MGF: abordaje preventivo y terapéutico

Actividad preventiva general

Es la actividad que tiene por objeto prevenir la práctica de la MGF en una familia con factores de riesgo, en concreto, en aquella en la que está integrada la mujer que ha sufrido una MGF, que tiene hijas o niñas a su cargo, o que está embarazada. Esta actividad se desarrolla en atención primaria, en los servicios de salud sexual y reproductiva, durante los controles del embarazo y de planificación familiar, y en las consultas de la matrona. Uno de los momentos más idóneos para realizar esta actividad será el embarazo y después el parto.

La actuación que se realiza con ocasión de las consultas programadas o en consultas a demanda por algún tema relacionado como puede ser una vaginosis, infección del tracto urinario (ITU), etc., tanto por los profesionales de atención primaria como de atención especializada, facilitan a los profesionales sanitarios el establecimiento de una relación de confianza con la familia que, a su vez, facilitará el abordaje paulatino de la práctica de la MGF y permitirá crear un marco idóneo para la actividad preventiva general.

El personal médico y de enfermería puede ofrecer información sobre las consecuencias que esta práctica tienen en la salud física, psíquica y sexual, a corto, medio y largo plazo así como sobre las implicaciones legales.

Esta actividad se puede desarrollar de manera singular y especialmente oportuna cuando en los servicios de atención primaria y en los servicios de atención especializada se atiende a una mujer que ha sufrido MGF como consecuencia de una complicación derivada de ella.

Esta actividad se puede desarrollar de manera singular cuando en los servicios de atención primaria y en los servicios de atención especializada se atiende a una mujer que ha sufrido MGF como consecuencia de una complicación derivada de ella. Aunque siempre es mejor tratar el tema con tranquilidad y desde las consultas programadas.

Trabajo en consulta

Para poder identificar la existencia de una MGF, el personal sanitario, esencialmente el de **ginecología y obstetricia, así como las matronas, y los profesionales de medicina de familia y pediatría**, deberían conocer la existencia de esta práctica y sus consecuencias para la salud.

Aunque el primer contacto con el sistema sanitario se produce en muchas ocasiones por temas no relacionados con la MGF, las mujeres pueden acudir a la consulta por **secuelas de la MGF** como **infecciones urinarias de repetición, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras**. Aunque por lo general, el primer contacto entre las mujeres que han sufrido una MGF y el sistema sanitario se produce durante el **embarazo**, como trataremos más adelante.

No es conveniente hablar del tema en la primera consulta, sino esperar a que se haya creado una relación de confianza para orientar la historia clínica hacia la MGF, así como sus complicaciones y secuelas. Se debe elegir cuidadosamente la terminología, **evitando connotaciones que culpabilicen o que denoten rechazo**.

Lo más idóneo para abordar la cuestión de la MGF es **aprovechar las diferentes consultas**, tanto durante el embarazo como las efectuadas en **planificación familiar o ginecológicas**, así como en consultas dentro del **Programa de Salud Infantil**, o de manera oportunista, cuando las mujeres acuden a consulta a demanda por temas que pueden tener relación.

En AP, en las consultas de medicina de familia, ante mujeres procedentes de estos países o etnias, que consulten por síntomas o signos susceptibles de poder estar producidos por MGF, se debe introducir en la anamnesis las preguntas adecuadas.

Es muy importante trabajar con las mujeres que han sufrido MGF, puesto que:

- Las mujeres mutiladas pueden y deben beneficiarse **cuanto antes** y en la medida de lo posible de una **acción terapéutica reparadora del daño causado**, en la medida de lo posible en cada caso.
- **Ellas mismas son un indicador de posible riesgo** en caso de tener hijas propias o convivir con niñas de su misma familia o etnia.
- Pueden ser transmisoras de esta práctica, por lo que debe iniciarse un **abordaje educativo y preventivo** de nuevas situaciones.

Se trata de hacer una labor de **acompañamiento** de la mujer que ya ha sufrido la MGF así como de su familia, informando sobre los **impactos que en su salud** está teniendo este hecho y cómo poder paliarlo, incluyendo a **su pareja** por los impactos en sus relaciones, así como el gravísimo impacto en la **salud de sus hijas**, nacidas ya o por nacer, en caso de que se las sometiera a ello.

Respetando sus tiempos para el cambio de actitud y planteamientos y venciendo las presiones del resto de la **comunidad de origen**, se pueden elaborar **estrategias en colaboración con otros recursos y servicios de la zona**, adaptadas a su situación familiar y apoyando sus esfuerzos para tomar decisiones autónomas que puedan poner fin a esta práctica en su contexto familiar actual, proporcionando siempre **información acerca de recursos de apoyo** (ámbito educativo y entidades sociales especializadas) y sobre la **legislación vigente y las consecuencias del incumplimiento de la misma** si se practica la MGF a alguna niña de su familia, tanto dentro del territorio de nuestro país como en un viaje al país de origen de los progenitores.

Conviene insistir en la necesidad de establecer una relación clínica basada en el **respeto a la persona** y que asegure a la mujer la **confidencialidad** y la **intimidad**.

Ante una mujer de nacionalidad y/o etnia de riesgo y/o con síntomas o signos que nos hagan sospechar, se debe realizar una **anamnesis y exploración** que nos permita detectar la posible existencia de MGF. Se deberá realizar esta también a sus hijas.

Las preguntas deben realizarse, de forma natural, como se hace por cualquier otro problema de salud, eligiendo la terminología adecuada para evitar la culpa, los sentimientos de vergüenza, el miedo, etc.

Es esencial involucrar a los individuos de las comunidades afectadas. Las tareas de prevención suelen realizarlas organizaciones de la sociedad civil y, por ello, es esencial que se construyan fuertes lazos entre ellas y las administraciones públicas (sanitarias, sociales, etc.). El eje central dichas organizaciones lo toman tanto actividades de **apoyo**, como la **sensibilización** de la **ciudadanía** en general y de las **comunidades específicas** y la **formación** de profesionales.

En cualquier caso, cuando se constate que una mujer adulta tiene practicada la MGF:

- Se debe **registrar en la historia clínica**, de la manera más completa y exhaustiva posible, el **tipo** de MGF y las **secuelas** existentes, la **planificación y prevención** realizada y los **cuidados** que se precisen.
- **Si la mujer tiene hijas menores de edad**, o niñas menores a su cargo, **se debe comunicar a Pediatría AP/AE, e iniciar actividades preventivas**, explorando creencias/sentimientos y le informaremos de las consecuencias en la salud.

En la colaboración con recursos /servicios de la zona es muy importante la figura del trabajador/a social del recurso sanitario implicado (especializada o primariaC0) como recurso de enlace con los servicios sociales comunitarios y ONGs.

Mujeres

1.1 Anamnesis

- Elegir cuidadosamente la terminología, evitando connotaciones culpabilizadoras
- Después de establecer una relación de confianza, preguntar por la MGF o por sus complicaciones

1.2 Evaluación clínica

- Evaluar la mutilación: tipo, cicatrices, elasticidad de los tejidos
- Explicar que determinados problemas están relacionados con la práctica de la mutilación
- Registrar en la historia clínica

Atención ginecológica y planificación familiar

La asistencia ginecológica a las mujeres con mutilaciones genitales debe tener en cuenta no sólo los aspectos físicos específicos, sino también todas aquellas circunstancias que acompañan a esta situación y que ya han sido expuestas.

Cuidar la **privacidad, intimidad y confidencialidad**, realizar la exploración siempre con el **consentimiento de la mujer**.

Recordar el **valor de gráficos y modelos anatómicos** para explicar las pruebas a realizar, y la relación entre la mutilación y los problemas ginecológicos que puedan afectarla.

Extremar los cuidados en las exploraciones y adecuarlas a las circunstancias anatómicas.

Salvo los casos de MGF graves que impidan el acceso al cérvix uterino, estas mujeres deben realizarse las citologías cérvico-vaginales tal como esté contemplado en el **programa de cribado del cáncer de cérvix**.

Explicar paso a paso y con sensibilidad las exploraciones necesarias y los distintos tratamientos en caso de ser necesarios.

Las **opciones anticonceptivas** deben atenerse en términos sanitarios -como en cualquier otra mujer- a los **criterios de elegibilidad de la OMS**, es decir, respetando la elección de la mujer, y teniendo en cuenta sus valores con respecto a la fertilidad y la propia percepción de su cuerpo.

En casos de MGF importantes o con secuelas frecuentes o graves, la opción de los métodos barrera femeninos, tales como el condón femenino, el diafragma y el capuchón cervical no es apropiada, por la evidente dificultad en su colocación.

Planificar y definir los tratamientos quirúrgicos en caso de ser necesarios *(ver más adelante en este Protocolo, en el apartado correspondiente)*.

En cuanto al **DIU**, no está indicado en aquellos casos en los que la **visualización del cervix uterino sea difícil o imposible**, o si la mujer padece **infecciones vaginales frecuentes**. Puede ofrecerse tras la desinfibulación.

Los métodos naturales, tales como el sintotérmico y/o el método del moco cervical, pueden ser difíciles de cumplir, tanto por el entrenamiento y autoconocimiento que precisan como por la posibilidad de **modificación del flujo vaginal por el aumento de las vaginitis propias en estas mujeres**.

Atención durante el embarazo

Las consecuencias de la MGF son perjudiciales, y no sólo para la mujer, ya que causa la muerte durante el parto en dos de cada cien nacidos en sus países de origen.

El control de la gestación debe ser el establecido en **cada área sanitaria**.

Se realizarán las actividades previstas en este tipo de consultas en su Comunidad Autónoma y en todo caso siguiendo los criterios generales establecidos en la **Estrategia de Salud Reproductiva del Sistema Nacional de Salud (SNS)** y guías establecidas para el desarrollo de la misma³².

Siempre es fundamental contar con la ayuda y el apoyo de la pareja. Según las redes de apoyo con las que cuente la mujer, puede ser valiosa la colaboración de alguna mujer de la comunidad o de mediadores culturales. En caso de dificultades con el idioma, estos últimos, pueden ser de gran ayuda para facilitar alguna persona como intérprete si el servicio sanitario no dispone de esta figura. Debido al desconocimiento que estas mujeres pueden tener de los protocolos habituales en nuestro medio, es preciso **explicar** cada una de las actuaciones o intervenciones necesarias.

Durante las visitas de control del embarazo es fundamental transmitir la información sobre los cuidados de salud necesarios durante el mismo. En algunas sociedades existen tradiciones culturales relativas a la alimentación durante el embarazo. Debemos preguntar siempre por ellas para poder aconsejar al respecto, haciendo especial hincapié en la necesidad de seguir una alimentación adecuada durante la gestación.

Pueden utilizarse distintas estrategias para abordar el tema de la MGF, no solo en cuanto a términos de salud y cuidados, sino también en el aspecto, muy importante, de las expectativas y actitudes de la mujer y su comunidad en cuanto a continuar con la práctica en las niñas.

Exploración obstétrica y evaluación de la MGF

En las mujeres en las que sospechemos la existencia de una MGF, puede que la primera visita no sea la más adecuada para realizar la exploración ginecológica. Esta exploración puede realizarse en sucesivas visitas, de manera que la mujer tenga mayor confianza con nosotros.

³² Estrategia de Salud Reproductiva del SNS y documentos relacionados en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

Ante sospecha de MGF, **la primera visita de control de embarazo no es la más adecuada para realizar la exploración ginecológica.** Esta exploración puede realizarse en sucesivas visitas de manera que la mujer tenga mayor confianza con el equipo que la atiende.

Debemos ser **especialmente cuidadosos en la manipulación de los genitales**, sobre todo cuando encontremos secuelas importantes que hacen difíciles, y a veces imposibles, ciertas exploraciones.

Explicar a la mujer cada paso de la exploración. Tras la observación de los genitales externos, comprobar la integridad del clítoris y la existencia o no de labios menores.

En ocasiones puede ser difícil reconocer la existencia de una mutilación, especialmente en las de tipo I (*Ver Apartado 1.3 Tipos, de este Protocolo, con la clasificación OMS 2013*).

Cuando existen cicatrices extensas o mutilaciones graves es posible que el introito vaginal, el periné e incluso el tercio inferior de la vagina estén estenosados o rígidos, lo que impedirá en ocasiones tanto la introducción del espéculo como el tacto bimanual, representando un problema de mayor o menor importancia a la hora del parto.

Es ese momento es cuando se debe planificar con la mujer las intervenciones necesarias, no solo de cara al parto, sino **de forma integral en cuanto a su salud sexual y reproductiva.**

En la historia clínica debe quedar registrado, de la manera más completa y exhaustiva posible, el tipo de MGF y las secuelas existentes, así como la planificación realizada y los cuidados que se precisen.

Esto permitirá evitar exploraciones innecesarias en el futuro. Además, la información será fundamental a la hora de ciertos procedimientos como la cateterización uretral o la ecografía transvaginal que pueden ser dificultosos en estas mujeres.

También es necesario en este momento, **averiguar las intenciones y expectativas de la mujer sobre la MGF en el caso de que tuviera una hija**, informarle de las graves consecuencias en salud, emocionales, psicológicas y sociales que para su/s hija/s tendría la realización de la práctica y asegurarnos de que conoce la legislación española al respecto y las consecuencias legales para ella y su pareja como progenitores de la niña

En caso de **detectar intencionalidad de realizar la MGF a sus hijas es prioritario conocer** y poner en marcha las **acciones coordinadas con el resto de agentes y recursos de la zona** (sanitarios, sociales, educativos y comunitarios existentes) para trabajar en la sensibilización y cambio de actitud apoyando a la mujer y su familia en el proceso preventivo de la MGF.

Tratamiento de las secuelas de la MGF en la mujer embarazada

Algunas complicaciones de la MGF deben ser tratadas, cuando aparezcan, según los protocolos, guías clínicas y tratamientos adecuados para cada uno de los procesos, debiendo observar especial cuidado en la **detección y tratamiento precoz de las infecciones urinarias de repetición**, por su importancia durante la gestación.

Si la mujer padece infecciones vaginales de repetición, es necesario realizar cultivos vaginales para identificar el germen, instaurar el tratamiento específico, tratar a su pareja si fuera necesario y supervisar la evolución, ya que en algunos casos estas infecciones pueden evolucionar hacia abscesos vaginales y/o vulvares, que precisen drenaje quirúrgico a pesar del tratamiento antibiótico.

En aquellos casos en los que se detecten quistes **vulvares o vaginales, o cicatrices** queloides extensas, se debe derivar a la mujer **a un nivel de atención especializada**.

Cuidados tras el parto

Los controles en el puerperio serán los habituales, tanto durante la estancia hospitalaria como en el domicilio.

La comunicación entre el equipo de profesionales implicados en los cuidados es fundamental. Deben estar informados de si se ha realizado algún tipo de cirugía reparadora o desinfibulación (ver en el apartado correspondiente de este Protocolo) y de los cambios anatómicos y funcionales que conlleva.

Es fundamental la **continuidad de los cuidados** y el seguimiento de la evolución clínica. Explicar la importancia de **la higiene y como realizarla adecuadamente**.

Es preciso adecuar las curas, según el estado del periné y los desgarros ocurridos durante el parto. Se deberá orientar sobre los cuidados y **ejercicios adecuados para la recuperación del suelo pélvico**.

Asimismo se hace necesario asesorar sobre el inicio de las **relaciones sexuales** en función de la evolución clínica de cada mujer:

- Esperar 4 o 6 semanas, salvo que se produzca una cicatrización adecuada en menos tiempo.
- Usar un método anticonceptivo adecuado.
- Se puede aconsejar el uso de algún lubricante vaginal.
- Implicar a la pareja en la información y asesoramiento, explicar los cambios que van a percibir.

El informe de alta de la madre debe estar completo y claro en cuanto al **diagnóstico**, las **intervenciones** realizadas y los cuidados precisos. Las mujeres intervenidas deben tener cita al alta para ser revisadas en la misma unidad, con el fin de comprobar la evolución y los resultados.

Si ha nacido una niña, el informe de alta tiene que llegar a la/el Pediatra y equipo de Atención Primaria, para que continúen con el seguimiento y las acciones necesarias de sensibilización y prevención.

Tanto pediatría como el resto del equipo de atención primaria, deben conocer si se han realizado **actividades preventivas** con la madre y cuál es el **posicionamiento de la familia materna acerca de la MGF**.

Se debe aprovechar **el puerperio** y las distintas actuaciones sanitarias para **reforzar la información** dirigida a los padres sobre las **consecuencias** que tendría para su hija la realización de una MGF, así como de las **repercusiones legales**.

En caso de MGF Tipo III, insistir en los aspectos positivos que tendrá la desinfibulación para la mujer, para la pareja, dar apoyo psicológico. Las y los profesionales sanitarios no deben centrar su discurso solo en lo negativo. **Resaltar los aspectos positivos que puedan existir en relación al nacimiento en su cultura**, como por ejemplo la **lactancia materna** o el **apoyo familiar**.

Complicaciones obstétricas y postparto

Desde la publicación del estudio multicéntrico realizado en varios países africanos por el **Grupo de estudio de la OMS sobre la mutilación genital femenina y los resultados obstétricos** (*The Lancet, 2006*), sabemos que las mujeres que han sufrido mutilaciones genitales tienen una probabilidad claramente más elevada de complicaciones obstétricas que aquellas que no las han sufrido. Parece también que el riesgo y la gravedad de estas complicaciones aumenta cuanto mayor sea la mutilación.

En los países de origen se da una alta tasa de mortalidad perinatal durante e inmediatamente después del parto, a causa de complicaciones en el mismo. Fundamentalmente debidas a la MGF, sobre todo en el caso de MGF tipo III.

Estos datos son de gran interés para sensibilizar a la población general, familias, mujeres de etnias de riesgo, profesionales de servicios sanitarios sobre este tema, aunque sabemos que la realidad en nuestro sistema sanitario no es la misma ni los datos de mortalidad.

Complicaciones en el momento del parto

La tasa de mortalidad fetal intraparto/mortalidad neonatal es también mucho mayor

- Un 15% superior en los casos de MGF I
- 32% en caso de MGF II, y
- 55% en caso de MGF III.
- Se estima que en el continente africano la práctica ocasiona entre 10 y 20 muertes adicionales de bebés por cada 1000 partos

MGF Tipo III respecto a otros tipos

- Mayor necesidad de cesárea, 30% más
- Más hemorragias postparto, 70% más
- Más reanimación en los niños 66%
- Alta probabilidad de hospitalización prolongada
- Aumento del número de episiotomías, especialmente en las mutilaciones de tipo III
- Mayor mortalidad maternal

El estudio de la OMS considera como complicaciones graves durante el parto la necesidad de:

- realizar una cesárea
- tener una hemorragia abundante postparto y
- la hospitalización prolongada después del parto.

Las estimaciones presentadas en este trabajo sugieren que las mutilaciones genitales podrían causar una o dos muertes perinatales añadidas por cada 100 nacimientos de entre las mujeres africanas mutiladas. Podemos, por lo tanto, sumar los resultados obstétricos y perinatales adversos a la lista de efectos perjudiciales inmediatos y a largo plazo de las mutilaciones genitales.

Esta información es importante para aquellas comunidades originarias en las que se practican mutilaciones genitales, tanto para las mujeres ya mutiladas como para las futuras generaciones de mujeres y niñas que estén en riesgo de padecerla.

Respecto a las complicaciones postparto, las mujeres que han padecido mutilaciones graves también están expuestas a importantes riesgos tras el parto como:

- Mayor incidencia de metrorragia postparto.
- Mayor incidencia de laceraciones o desgarros en el canal del parto que pueden ocasionar, si no se identifican y reparan adecuadamente, incontinencia urinaria y fecal.

- Infecciones y hematomas perineales.
- Dispareunia y/o dificultad para las relaciones sexuales.
- **Fístula obstétrica.**

Aunque la situación en los países de destino sea muy diferente y con mejores servicios sanitarios, es necesario que todos estos datos se conozcan tanto para la sensibilización de profesionales como para la información-sensibilización de las familias en las que existen mujeres mutiladas.

Tratamiento quirúrgico de las secuelas de la MGF

En caso de mutilaciones graves (infibulación) o con mala cicatrización (pseudoinfibulación, rigideces, quistes, etc.) pueden precisarse intervenciones quirúrgicas reparadoras como la desinfibulación u otras.

Con ellas se intenta tratar la imposibilidad o dificultad para mantener relaciones sexuales no dolorosas, los problemas derivados de la retención menstrual y/o urinaria y, en el caso del embarazo, facilitar el parto vaginal y evitar riesgos para la vida del recién nacido.

El tratamiento de las **secuelas graves producidas por mutilaciones de tipo III, IV, o por alteraciones en la cicatrización de mutilaciones I o II**, debe ser abordado lo antes posible.

En caso de no haberse detectado el problema previamente, la opción será realizar la cirugía reparadora durante el parto.

Lo idóneo es hacerlo antes del embarazo pero, si esto no es posible, el mejor momento es al final del segundo trimestre de la gestación, entre las 20-28 semanas, período que se considera el más seguro para la realización de cualquier cirugía y procedimiento anestésico, y que permitirá, además, la completa curación de las heridas antes del parto. La última, y peor opción para realizar la cirugía reparadora sería durante el parto, en caso de no haberse detectado el problema previamente.

En caso de precisar cirugía es recomendable que **sean derivadas al hospital de referencia para su CA**, con el que debe existir una adecuada coordinación. Estas pacientes deben ser consideradas como **preferentes**, de manera que **no se produzca una gran demora desde que se toma la decisión de practicar la intervención hasta su realización**. Es importante que el informe clínico sea lo más completo posible.

Cuando planteamos a una mujer la necesidad de realizarle una cirugía reparadora, hay que tener en cuenta algunas cuestiones:

- La **información** sobre la misma se dará, en la medida de lo posible, **a ella y a su pareja** de manera que entiendan los beneficios inmediatos y a largo plazo que tendrá para su salud sexual y reproductiva, así como la disminución de los riesgos para el recién nacido.
- Se debe **explicar detenidamente la intervención**, a ser posible con gráficos o dibujos. Hay que responder a las preguntas que surjan, haciendo hincapié en que, en los casos de precisarse una desinfibulación, **NO se realizará, bajo ningún concepto, la reinfibulación tras el parto.**
- Hay que informar o recordar los **aspectos legislativos.**
- Como en cualquier otra intervención, se debe obtener el **consentimiento informado específico.**
- No olvidar los **aspectos emocionales y psicológicos** que sin duda suscitará la desinfibulación. Ofrecer los recursos coordinados disponibles para tratarlos.
- Tranquilizar a la mujer en cuanto al **tratamiento del dolor**, asegurándole que será el adecuado y suficiente (intentar evitar la idea de revivir la mutilación).
- Ofrecer y asegurar los **cuidados postquirúrgicos específicos**, tanto hospitalarios como ambulatorios.
- Explicar detenidamente **los cambios que percibirá** en cuanto a la micción, la menstruación y las relaciones sexuales.
- **Reforzar durante todo el proceso**, tanto a la mujer como a su pareja, con información sobre los **beneficios derivados de esta actuación.**
- Asegurar la **privacidad y confidencialidad.**
- Dejar documentado adecuadamente **todo este proceso en la historia clínica.**

Técnica de la desinfibulación

Previo a su realización, habrá que tener en cuenta todo lo indicado anteriormente para cualquier tipo de cirugía reparadora así como recibir a la mujer de forma cálida y recordarle los beneficios derivados de la intervención.

La intervención se puede realizar con anestesia local pero, en muchos casos – *sobre todo cuando se realiza antes de la gestación* – la mujer puede no tolerarlo por desencadenarle recuerdos dolorosos, por lo que puede llegar a precisar anestesia general.

Si se realiza la desinfibulación **durante el parto**, la anestesia más conveniente y segura para la madre y el bebé es la **epidural.**

Tras realizar un lavado cuidadoso de los genitales con antiséptico (no utilizar antisépticos yodados en mujeres embarazadas), explorar cuidadosa y suavemente con un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de esta y la zona a infiltrar en caso de usar anestesia local (figura 1).

Infiltrar anestesia local con aguja fina a 45°, inyectando pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz de la infibulación en forma de abanico (figura 2).

Infiltrar, posteriormente, anestesia en el tejido grueso a ambos lados de la cicatriz, en sentido longitudinal y utilizando aguja IM con una inclinación de 45°.

Para la incisión, insertar el dedo índice (o el índice y el medio) de la mano izquierda a través del introito vaginal en dirección al pubis. Utilizar unas tijeras para cortar a lo largo de la línea media, sobre la cicatriz, hasta que la uretra sea visible (figura 3).

Gráfico: Técnica de la desinfibulación.

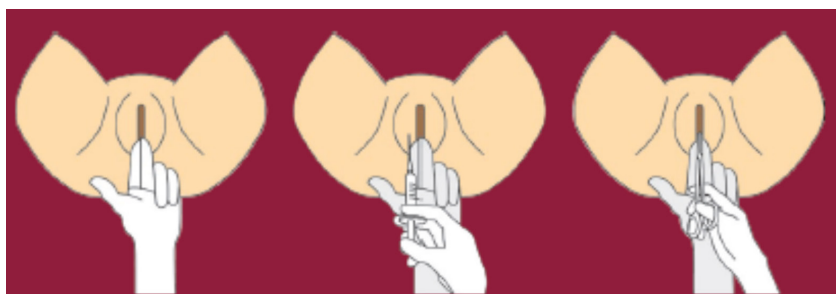


Figura 1:
Explorar con un dedo
bajo la cicatriz.

Figura 2:
Infiltrar anestesia local a ambos
lados de la cicatriz.

Figura 3:
Cortar a lo largo de la
línea media

Fuente: Médicos Mundi (Andalucía). Guía "Mutilación Genital Femenina. Abordaje y prevención" 2009

Debe extremarse el cuidado en esta zona debido a la hipersensibilidad del clítoris a estímulos.

No cortar más allá de la exposición de la uretra por ser esta una zona muy hemorrágica.

Posteriormente, suturar ambos lados de la infibulación por separado. Utilizar suturas finas y atraumáticas de tipo absorbible.

En caso que la cirugía reparadora, o la desinfibulación, no se haya realizado previa al parto

En esta situación la mujer, además de la incertidumbre usual que ocasiona el parto, puede sentir aumentados sus temores si piensa que los profesionales de la salud no tienen los conocimientos necesarios para atenderla adecuadamente (cesáreas innecesarias, etc.).

Explicar detalladamente la **necesidad de la intervención**, la técnica, así como las **consecuencias positivas que tendrá para el desarrollo del parto, la salud del bebé y la propia salud de la mujer**.

Obtener, tras estas explicaciones, el **consentimiento informado**.

Es muy importante atender adecuadamente las necesidades de **analgesia** durante el proceso del parto, así como **limitar el número de exploraciones** para no provocar dolor.

En la primera fase del parto, el manejo será el habitual. Deben planificarse cuidadosamente, con los profesionales implicados, los pasos y actuaciones precisas para realizar la desinfibulación.

Explicar que **NO** se realizará la infibulación tras el parto.

La técnica de la desinfibulación debe realizarse lo antes posible, una vez detectado el problema, tras el ingreso hospitalario de la gestante.

En el caso de encontrarnos en la **fase de expulsivo**, es recomendable **realizar la incisión durante una contracción**.

En caso de que la parturienta no tenga analgesia epidural, se valorará la infiltración con anestésico local tras la evaluación del tejido cicatricial. El bloqueo de pudendos puede suplementar posteriormente la analgesia.

- Durante el expulsivo, realizar **episiotomía anterior**.
- Se realizará **episiotomía medio lateral**, sólo cuando sea necesario.
- En asistencia al parto a mujeres que hayan sufrido **mutilaciones** genitales de los **tipos I y II**, valorar la **elasticidad de los tejidos** y plantear la **episiotomía mediolateral sólo en los casos necesarios, NO de forma sistemática**.

Tras el parto, **suturar la episiotomía anterior dejando el clítoris (o los restos) cubiertos con piel**. Suturar ambos lados de la infibulación por separado, así como los posibles desgarros que se hayan podido producir durante el expulsivo, con suturas finas y atraumáticas de tipo absorbible.

Asimismo, insistir en el apoyo emocional y psicológico a estas mujeres y cubrir las necesidades analgésicas.

Se sabe que la **morbilidad fetal** –como asfixia perinatal y traumas obstétricos– aumenta en las mujeres sometidas a MGF, por lo que el **control del bienestar fetal debe ser riguroso**.

Pero, además, en aquellos casos en los que el expulsivo se prolongue, debido a las condiciones específicas del periné y/o por las intervenciones precisas, debemos contar con los medios necesarios para que esta situación no afecte a la salud del feto.

5.3 Detección e intervención con mujeres jóvenes, mayores de 18 años, en riesgo de sufrir una MGF

La actividad preventiva general ha de tomar en consideración la específica situación de aquellas familias en las que las hijas son adultas (mayores de 18 años) pero de edad joven.

Se trata de hijas adultas que no tienen practicada la MGF, con edades cercanas a la mayoría de edad, que conviven con su familia y dependen de ella. Estas mujeres jóvenes pueden encontrarse en una situación preocupante con ocasión de la realización de un viaje al país de origen, bien por vacaciones, bien para contraer matrimonio ya que, como se ha explicado en el apartado relativo a las causas de la MGF, ésta puede ser un requisito ineludible para poder casarse.

Cuando el personal sanitario tenga constancia de que una familia con factores de riesgo está preparando un viaje al país de origen, se recomienda realizar una actividad preventiva pre-viaje con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF.

En concreto, el personal sanitario citará a la joven a una consulta programada, en la que se le ofrecerá información sobre la MGF, consecuencias para la salud, consecuencias legales, etc., con menor o mayor detalle, en función de si previamente ha podido o no llevarse a cabo la actividad preventiva general.

Asimismo, se procurará conocer cuál es el posicionamiento de la joven ante esta práctica y su estado de ánimo en relación con ella. En esta consulta, se realizará una exploración y se anotarán en la Historia Clínica todas las actuaciones llevadas a cabo hasta el momento (preventivas y de anamnesis).

En todo caso, se programará una visita médica de la joven al regreso del viaje.

En el caso de que en esta visita médica se constatará que tiene practicada la MGF, se valorarán cuáles son sus consecuencias, y se realizarán las acciones terapéuticas necesarias para paliarlas. Se registrará en la historia clínica el tipo de MGF y, en su caso, las circunstancias en que se ha practicado, así como las acciones terapéuticas realizadas. Además, se ha de emitir el correspondiente parte de lesiones.

5.4 Detección e intervención con niñas en riesgo de sufrir una MGF

En el ámbito sanitario también es preciso realizar labores de identificación o detección precoz así como de prevención de la MGF en la población que está en mayor riesgo y que es más vulnerable, como ocurre con las niñas/ jóvenes menores de 18 años de familias donde hay otras mujeres (*madre, hermanas, tías, primas, etc.*) a las que se ha practicado la MGF.

Es importante iniciar el proceso de abordaje con una identificación correcta de las niñas en riesgo. Todos los documentos oficiales dejan claro que la práctica no se circunscribe a África, ni coincide con la religión musulmana.

Para poder realizar una valoración precisa de qué niñas están en riesgo/ potenciales víctimas, es imprescindible la formación de las/los profesionales que desempeñan su ejercicio en la atención directa a niñas, mujeres y familias.

FACTORES DE RIESGO que se conocen:

- **Sexo femenino y ser originaria la familia de un país** y etnia en que es admitida la práctica de la MGF.
- Pertenecer a **una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.**

RIESGO INMINENTE/ Factores precipitantes:

- La organización inmediata por una familia con factores de riesgo de un **viaje al país de origen.**
- La **niña informa de las previsiones** de la familia sobre la práctica de la MGF.

Un solo servicio no puede abordar un fenómeno tan complejo. Tiene que establecerse una acción coordinada y sistematizada para que pueda actuarse con eficacia (*sistema sanitario, servicios sociales y judicial*).

5.4.1. Actividad preventiva general

Es la actividad que tiene por objeto prevenir la práctica de la MGF en una familia con indicadores de riesgo, en concreto, cuando se atiende a niñas procedentes de países y etnias en los que se practica la MGF, y en cuyas familias hay otras mujeres (madre, hermanas, tías, primas, etc.) a las que se ha practicado la MGF. Esta actividad se desarrolla fundamentalmente en las consultas de pediatría y de enfermería de pediatría de atención primaria, en el marco de los programas de salud infantil, así como en las consultas de medicina y enfermería de familia. En la actividad preventiva general la mediación intercultural puede servir de gran apoyo al equipo de atención primaria en todas las acciones de ámbito comunitario.

El personal médico y de enfermería puede ofrecer información sobre las consecuencias negativas para la salud, a corto y medio plazo, que puede tener la MGF, así como sobre las implicaciones legales de esta práctica. También en la consulta de la matrona de atención primaria aprovechando las visitas de captación y control de embarazo y el protocolo de prevención del cáncer de cérvix.

Como se ha indicado, la actuación que se realiza con ocasión de las consultas programadas facilita a los profesionales de atención primaria el establecimiento de una relación de confianza con la familia que, a su vez, facilitará el abordaje paulatino de la práctica de la MGF y permitirá crear un marco idóneo para la actividad preventiva general.

Cuando los profesionales sanitarios atiendan a una niña de origen extranjero, perteneciente a un país y/o etnia en que es admitida la práctica de la MGF, cobra particular importancia la exploración física rutinaria de los genitales que se efectúa dentro de los programas de salud infantil, ya que permitirá determinar, cuando es atendida por primera vez en los servicios de salud, si existe o no una MGF practicada y, en su caso, si se practicó antes de que la niña hubiese llegado a España.

En caso de que no tenga practicada la MGF, se debe registrar en la historia clínica que no existe MGF y cuáles son las actividades que, a partir de ese momento, se van realizando para la prevención general de su práctica.

En caso de que tuviera practicada la MGF, se debe registrar en la historia clínica que tiene practicada la MGF, el tipo de MGF y, en su caso, si es posible determinar el momento (si es o no reciente) y las circunstancias en que se ha practicado. Asimismo, se registrarán en la historia clínica las acciones terapéuticas realizadas para paliar las consecuencias de la MGF. Se notificará a la Entidad Pública de Protección de Menores.

Se emitirá el parte de lesiones a la vista de la estimación del momento en que se haya practicado la MGF, y teniendo presente que el delito de mutilación genital femenina es perseguible en España, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, aunque se haya practicado fuera del territorio nacional, siempre que el procedimiento se dirija contra una persona española, el procedimiento se dirija contra una persona extranjera que resida habitualmente en España o, el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España.

5.4.2. Actuación ante una situación de riesgo inminente: actividad preventiva pre-viaje

En el caso de que tengamos constancia de que una familia con factores de riesgo está preparando un viaje al país de origen, se recomienda realizar una actividad preventiva pre-viaje con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF. El viaje puede ser inminente o a corto plazo, y nos podemos enterar directamente porque alguna persona de la familia nos lo comenta o porque

la menor nos narra las previsiones de la familia sobre el viaje y sobre la práctica de la MGF³³.

En este momento el trabajo en red es clave. Las acciones aquí pueden ser más o menos inminentes, dependiendo de la fecha prevista del viaje, por lo que es fundamental tener identificadas a las profesionales o los profesionales con los que nos tenemos que coordinar.

Lo ideal en esta situación es que se hubiera realizado con anterioridad una actuación preventiva general con la familia, de forma que tuviésemos ya identificado el posible riesgo de la misma, y se hubiese iniciado ya un proceso, y por tanto, avanzado algo en la prevención. De esta forma el trabajo es más sencillo y los resultados suelen ser mejores.

El personal sanitario citará a la niña/joven menor de edad a una consulta programada, en la que se ofrecerá información a la familia sobre la MGF, consecuencias para la salud, consecuencias legales, etc. con mayor o menor detalle, en función de si previamente ha podido o no llevarse a cabo la actividad preventiva general; y en la que se valorará el estado de salud de la menor. A continuación, el personal sanitario ofrecerá a la familia la firma del compromiso preventivo, en el que constará la integridad de los genitales de la niña.

El compromiso preventivo es un documento desarrollado para que los progenitores de la niña/joven menor de edad puedan utilizarlo en el viaje a su país de origen como elemento de apoyo en su decisión de que su hija no sea mutilada. Permite también conocer el posicionamiento de la familia ante la práctica de la mutilación.

Además, su firma, y el archivo de una copia en la historia clínica, permite dejar constancia de que los profesionales sanitarios, ante el conocimiento de una situación de riesgo, han realizado la actuación preventiva y han informado a los progenitores de las consecuencias para la salud de la menor y de las consecuencias legales que lleva aparejada la práctica de la MGF.

En caso de que se valore (detecte/identifique) la existencia de riesgo de práctica de la MGF en el viaje (se tomarán en consideración factores como el posicionamiento de la familia a favor de la práctica de la MGF, los antecedentes familiares o la situación de la práctica de la MGF en el país de origen), la/el profesional sanitario lo debe comunicar a la Entidad Pública de Protección de Menores correspondiente y al Ministerio Fiscal, que podrán poner en marcha el proceso para la adopción de medidas cautelares que lo eviten.

En todo caso, se programará una visita médica de la niña/joven menor de edad al regreso del viaje.

³³ “Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención UNAF.”



Compromiso preventivo³⁴

El **compromiso preventivo** es un documento desarrollado para que los padres y madres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen como elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas.

Con este documento lo que se pretende es fortalecer el compromiso de los progenitores para evitar la mutilación a sus hijas y descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen. Debemos tener en cuenta que son sociedades gerontocráticas donde el poder lo ostentan los ancianos/as y por tanto, es difícil cuestionar la autoridad de sus mayores.

Conceptos básicos

- **La obtención** del compromiso preventivo no es una finalidad en sí misma. Se trata de una herramienta más, al alcance de los/las profesionales de la Atención Primaria, en el proceso de abordaje de la MGF y de apoyo a los padres que se cuestionan el tema de las MGF.

³⁴ Todo el contenido de este apartado específico sobre Compromiso Preventivo está directamente extraído de la **Guía de Aplicación del Compromiso Preventivo. Fundación Wassu-UAB.** http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html

- El compromiso preventivo es **propiedad** de los padres o tutores de la menor y ellos deciden el uso que han de hacer.
- El compromiso preventivo debe disfrutar del mismo grado de **protección y confidencialidad** que el resto de documentación que forma parte de la Historia Clínica.
- Como cualquier otro compromiso, su aceptación ha de ser **voluntaria y de común acuerdo** entre las partes implicadas.
- Debe tenerse en cuenta el **actual marco legal** en relación a las MGF, que tipifica la realización de una MGF como un delito de lesiones y que puede ser perseguido **extraterritorialmente**. Por otro lado, el conocimiento y la no evitación de estas prácticas pueden comportar, también, consecuencias legales para los/as profesionales.
- La existencia del compromiso preventivo es el registro que **demuestra que los/las profesionales de la salud, conociendo una situación de riesgo, han intentado la aproximación preventiva y han informado**, a los padres y madres, de las consecuencias que puede comportar la realización de la MGF a sus hijas, tanto legales como en salud.

Normas de aplicación

- Debe tenerse en cuenta que la **principal situación de riesgo** de sufrir una MGF es la **proximidad a un inminente viaje** de la niña al país de origen
- La firma de un compromiso preventivo **NO ha de ser el primer elemento de contacto entre el personal sanitario y las familias de las niñas en riesgo** de sufrir una MGF, lo ideal es que existan actuaciones preventivas previas en las que se les dé información sobre consecuencias para la salud y legales.
- La obtención de este compromiso será la **culminación de un proceso** que garantice que los padres y madres han recibido la información que les permita tomar una decisión y posicionarse en relación al problema con respeto, autonomía y conocimiento del entorno legal del país de acogida y del país de origen.

Básicamente, este PROCESO debe asegurar la presencia de los siguientes elementos:

- *Identificación/detección*, por parte de los/las profesionales sanitarios de atención primaria, de una situación de *riesgo* para las niñas de sufrir una MGF (como que los padres sean de un país y una etnia donde se practica la MGF, que la madre la tenga realizada, que vayan a viajar al país de origen).

- Conocimiento del *entorno familiar* de las niñas³⁵.
- Aproximación a los *aspectos culturales*.
- *Identificación de actitudes* del padre y/o la madre (al menos uno de ellos) hacia las MGF.
- Asegurar, una buena comunicación y *comprensión idiomática*.
- *Información a los padres y/o madres*³⁶ de:
 - *Riesgos y problemas físicos* asociados a la práctica de una MGF.
 - *Riesgos y problemas psico-afectivos* asociados a la práctica de una MGF.
 - *Riesgos y problemas legales/penales* asociados a la realización de una MGF.
- *Registro de intervención, profesional sanitario de referencia, implicaciones legales, cita en consulta después del viaje.*

Una copia del compromiso preventivo será incluida **en la Historia Clínica** por el/la profesional responsable de la atención a la niña. Se pueden registrar el número de intervenciones realizadas y el resultado, con un **seguimiento periódico del caso**.

Se recomienda que la intervención para la oferta del compromiso preventivo la realice el **profesional sanitario que habitualmente atiende a la niña** ya que es su profesional de referencia y goza de la confianza de la familia.

Se **comunicará** por escrito a los padres /tutores la fecha y hora de la **cita pediátrica /médica** en el Centro de Salud, al **regreso del viaje /estancia** en el país de origen.

La obtención del compromiso preventivo **no excluye ni sustituye las otras medidas judiciales** a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, con un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas.

³⁵ El conocimiento del entorno familiar y social cercano, como vecinos /amigos u otros grupos sociales o religiosos próximos y asimismo de la situación en la escuela requiere una actuación del trabajador social del recurso sanitario y de los servicios sociales comunitarios.

³⁶ No se trata de una mera información, debería hacerse una entrevista motivacional

MODELO DE COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Desde el Centro de Salud:
Se certifica que, hasta este momento, en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO de la niña	PAÍS AL QUE VIAJA

Por ello se informa a los familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.
- El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un **delito de lesiones** en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años (es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).
- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.
- 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.

Por todo ello:

- DECLARO haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s 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/s menor/es 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.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma: Pediatra/ Médico

Actividad post viaje

Cuando la niña vuelve del viaje la intervención continúa. Esta se realizará del modo siguiente en función de si la familia acude o no a la consulta programada:

- A su regreso del viaje, la familia acude al centro de salud para asistir a la visita programada: en este momento, se realizará una evaluación de la actividad preventiva pre-viaje, conversando con la familia sobre cómo ha ido el viaje y preguntando directamente por los temas relativos a la salud de la niña. Se realizará un examen de salud completo de la menor de edad, que incluirá la exploración de los genitales:
 - Si la niña no ha sido mutilada, se trabajará el refuerzo positivo.
 - Si la niña ha sido mutilada, se valorarán cuáles son las consecuencias y de qué índole, y se realizarán las acciones terapéuticas necesarias para paliarlas. Además, se elaborará el parte de lesiones.
 - Si no se permite el examen de la niña, se comunicará a la Entidad Pública de Protección de Menores.
- A su regreso del viaje, la familia no acude al centro de salud para asistir a la visita programada: en este caso será necesaria una actuación coordinada con otros profesionales, como los servicios sociales, para intentar localizar a la familia y que acuda al centro de salud.
 - Si se localiza a la familia, se actuará como en el caso anterior.
 - Si no se localiza a la familia, se comunicará a la Entidad Pública de Protección de Menores.



5. 5 Detección e intervención con niñas que han sufrido una MGF: aspectos éticos y legales

La Mutilación Genital Femenina practicada a una niña constituye un problema de salud pública con repercusiones jurídicas, tanto para las personas adultas que la realizaron, las que la permitieron y también para el personal sanitario que ha de denunciar el delito, planteando en ocasiones, un dilema ético a las y los profesionales en la toma de decisiones.

Junto a los casos de niñas que llegan ya con la MGF a nuestro país, merecen especial consideración los de aquellas otras que nacidas en nuestro país, están en riesgo de sufrirla, ya que se está a tiempo de evitarlo.

En el momento de redacción de este Protocolo, no parece existir evidencia contundente que permita afirmar que la MGF se practica dentro de la Unión Europea (UE). Sin embargo, **niñas y mujeres que viven en la UE han sido sometidas a mutilación** en sus países de origen antes de trasladarse a Europa o durante algún viaje fuera de las fronteras de la UE.³⁷

La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario con las mujeres y niñas que han sido mutiladas o están en riesgo de sufrir una MGF, es garantizar el **derecho a la salud y la restitución de la misma**, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

Cuando existan indicadores de sospecha de que a una niña se le ha practicado una MGF, como los síntomas y signos asociados a las consecuencias de esta práctica en la salud, el incumplimiento reiterado de las consultas programadas en Pediatría o Enfermería de Pediatría, o no acudir a la consulta programada tras el viaje al país de origen, será necesario confirmar si la MGF se ha practicado o no. Esta confirmación sólo puede realizarla el personal sanitario.

Confirmada la práctica de la MGF, se valorarán sus consecuencias en la salud y se realizarán las acciones terapéuticas necesarias para paliarlas y, además, se elaborará el parte de lesiones para poner el hecho en conocimiento de las autoridades competentes.

³⁷ Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia: Report. European Institute for Gender Equality, (EIGE, 2013)

Aspectos éticos y legales

Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia), evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia), el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional y respetar la autonomía del paciente, se constituyen en principios éticos básicos para cualquier profesional sanitario cuando atiende el problema de la MGF.

Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales sanitarios derivan de la colisión de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario.

Esto ocurre especialmente cuando es necesario emitir un **parte de lesiones**, pudiendo considerar que se está violando el secreto profesional y la posible pérdida de confianza de la niña, de la madre o familia si es la niña la que ha sufrido la MGF antes de llegar a nuestro país.

La ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la **sospecha de un delito** y en caso de ser llamados a **declarar en un proceso judicial**.

Existe **deber general de denuncia** previsto en el **párrafo 1 del artículo 262** de la Ley de Enjuiciamiento Criminal:

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de Instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.”

La formación sobre el importante papel que juega el secreto profesional en este tema puede ser definitiva a la hora de proteger a mujeres y niñas. El secreto profesional sobre la información recogida en el desempeño del trabajo queda relegado ante el deber de denunciar/notificar que a una persona menor de edad se le ha practicado una MGF.

Profesionales de Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería, Ginecología y Obstetricia Matronas, Trabajo Social se enfrentan al **problema ético** de comprender correctamente que la no violación del **secreto profesional** podría impedir la aplicación de los mecanismos de protección y la pérdida de una oportunidad para prevenir la MGF, y por otra parte,

que si se informa a las autoridades competentes, el proceso que se haya podido estar realizando preventivamente con la familia con hijas en riesgo, desemboque en la **pérdida de confianza de la familia** con el equipo sanitario, y se pierda el contacto y seguimiento de salud de la/s niña/s, su madre y resto de la familia.

Es importante saber que el sistema judicial garantiza el no enjuiciamiento de las y los profesionales por emitir un parte de lesiones y que pueden ser llamados a declarar únicamente en calidad de testigos o peritos.

En caso necesario, existe la posibilidad de activar mecanismos de protección de testigos, como por ejemplo prestar declaración detrás de un biombo sin ser visto por la persona presuntamente responsable del hecho enjuiciado (Ley Orgánica 19/1994 de Protección a Testigos y Peritos en causas criminales)³⁸

El personal sanitario, cuando tenga dudas sobre la realización de la mutilación genital a una niña y no le sea posible verificarlo con el correspondiente examen médico, podrá comunicarlo a la Entidad Pública de Protección de Menores.

En todo caso, es importante recordar que es preciso solicitar su consentimiento para la realización de fotografías y para ser reconocida por el equipo forense.

Parte de lesiones

Si a pesar de toda la labor de prevención con la familia, y de todas las medidas tomadas para proteger a la niña, y a pesar de haber firmado el compromiso preventivo, se sospecha que se ha procedido a practicar la MGF a la niña, en la revisión médica a la vuelta del viaje y si se constata que la MGF ha sido practicada, es necesario e imprescindible emitir el correspondiente parte de lesiones al juzgado, además del resto de medidas de notificación a las Entidades Públicas de Protección de Menores.

Se emitirá el parte de lesiones a la vista de la estimación del momento en que se haya practicado la MGF, y teniendo presente que el delito de mutilación genital femenina es perseguible en España, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, aunque se haya practicado fuera del territorio nacional, siempre que el procedimiento se dirija contra una persona española, el procedimiento se dirija contra una persona extranjera que resida habitualmente en España

³⁸ Para ello es necesario que, una vez apreciada la existencia de un peligro grave para la persona, libertad o bienes de quien pretenda ampararse en las disposiciones de esta Ley, el/la Juez/a instructor/a acuerde motivadamente, de oficio o a instancia de parte, cuando lo estime necesario en atención al grado de riesgo o peligro, las medidas necesarias para preservar la identidad de los testigos y peritos, su domicilio, profesión y lugar de trabajo.

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

El parte de lesiones es un documento sanitario mediante el que se traslada a la autoridad judicial lo que el saber profesional ha permitido conocer. **Su finalidad es poner en conocimiento la posible existencia de un delito**, pero no es una denuncia. Corresponde a la autoridad judicial delimitar los aspectos penales.

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.

A continuación se detallan los campos de datos básicos comunes que deberá contener cualquier modelo de parte de lesiones sobre MGF:

Datos de la persona que realizó la mutilación:

- Relación de parentesco/vínculo con la NIÑA (abuela/tía/otra persona de la comunidad del país de origen/ desconocida):
- Nombre y apellidos:
- Dirección y/o teléfono:

Datos de la niña:

- Nombre y Apellidos:
- DNI/NIE/Pasaporte:
- Fecha de nacimiento, Edad:
- País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- Etnia:
- Estado Civil:
- Dirección, Municipio (código postal):
- Teléfono:

Datos de filiación de la madre:

- Nombre y Apellidos:
- DNI/NIE/Pasaporte:
- Fecha de nacimiento, Edad:
- País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- Etnia:

- Estado Civil:
- Dirección, Municipio (código postal):
- Teléfono:

Datos de filiación del padre:

- Nombre y Apellidos:
- DNI/NIE/Pasaporte:
- Fecha de nacimiento, Edad:
- País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- Etnia:

Otros datos relativos a la madre:

- Si tiene practicada una MGF:
- Tipo (I, II, III):
- Si tiene más hijas (Nº y edades):

NOMBRE	EDAD

Datos del personal facultativo responsable de la asistencia:

- Centro Sanitario:
- Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre, apellidos y CNP:

Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario

Esta hoja puede servir de modelo para la notificación a la Entidad Pública de Protección de Menores en caso de constatar que la niña ha sido sometida a MGF (además de extender el correspondiente parte de lesiones que se remite al Juzgado).

Esta hoja de notificación también debe cumplimentarse en el caso de que a la vuelta del viaje se sospeche el hecho pero los padres se nieguen a dejar que la niña pase la correspondiente revisión médica.

A continuación se facilita el modelo estandarizado de dicha hoja³⁹. Precisamente en su apartado 16 se incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que según consta en dicha hoja, habrá de especificarse en el apartado “Otros síntomas o comentarios”.

³⁹ Contenido en el documento: “Maltrato Infantil. Detección, Notificación Y Registro de Casos” del Observatorio de Infancia. Grupo de trabajo sobre Maltrato Infantil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado en mayo de 2014 en:

<http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>

EN EL APARTADO 16 se incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que según consta en dicha hoja, habrá de especificarse en el apartado “Otros síntomas o comentarios”

LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTÓNOMA

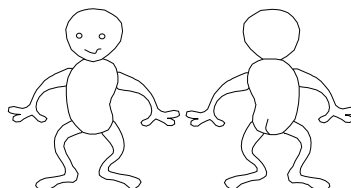
HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

L = Leve M = Moderado G = Grave
Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha ☐
Maltrato ☐

MALTRATO FÍSICO

- | | |
|---|---|
| ☐ L ☐ M ☐ G | Magulladuras o moratones ¹ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Quemaduras ² |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Fracturas óseas ³ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Heridas ⁴ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Lesiones viscerales ⁵ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Mordeduras humanas ⁶ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Intoxicación forzada ⁷ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Síndrome del niño zarandeado ⁸ |



Señale la localización de los síntomas

NEGLIGENCIA

- | | |
|---|---|
| ☐ L ☐ M ☐ G | Escasa higiene ⁹ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Falta de supervisión ¹⁰ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Cansancio o apatía permanente |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² |
| ☐ L ☐ M ☐ G | No va a la escuela |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Ha sido abandonado |

Otros síntomas o comentarios:

MALTRATO EMOCIONAL

- | | |
|---|---|
| ☐ L ☐ M ☐ G | Maltrato emocional ¹³ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Intento de suicidio |
| ☐ L ☐ M ☐ G | Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵ |

ABUSO SEXUAL

- | | |
|---|--|
| ☐ S ☐ N | Sin contacto físico |
| ☐ S ☐ N | Con contacto físico y sin penetración ¹⁶ |
| ☐ S ☐ N | Con contacto físico y con penetración |
| ☐ S ☐ N | Dificultad para andar y sentarse |
| ☐ S ☐ N | Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada |
| ☐ S ☐ N | Dolor o picor en la zona genital |
| ☐ S ☐ N | Cutusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal |
| ☐ S ☐ N | Cerviz o vulva hinchados o rojos |
| ☐ S ☐ N | Explotación sexual |
| ☐ S ☐ N | Semen en la boca, genitales o ropa |
| ☐ S ☐ N | Enfermedad venérea ¹⁷ |
| ☐ S ☐ N | Apertura anal patológica ¹⁸ |

Configuración del himen¹⁹

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) ☐ SI	
Apellidos		Nombre	
Domicilio		Localidad Teléfono	
Sexo ☐ V ☐ M		Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año)	
Acompañante Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Policía ☐ Vecino ☐ Otro (especificar)		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año)	
Identificación del notificador		Servicio / Consulta:	
Centro:		Área sanitaria	
Nombre:		Profesional	
Profesional		N.º Colegiado	

ANEXO

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- ¹ Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido infringidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- ² Quemaduras de puros o cigarros. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- ³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- ⁴ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- ⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- ⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- ⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- ⁸ Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- ⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- ¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo.
- ¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- ¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- ¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- ¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- ¹⁵ Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
- ¹⁶ Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clitoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- ¹⁷ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- ¹⁸ Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbulo lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- ¹⁹ Normal, imperforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

6. Guía de recursos

En este Protocolo Común del Sistema Nacional de Salud, se recogen las direcciones y teléfonos correspondientes a nivel estatal, considerándose que han de especificarse también los del ámbito autonómico en los protocolos que existan o se vayan a editar en su respectivo ámbito territorial

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/home.htm>
- Comisión contra la violencia de género del Sistema Nacional de Salud http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm
- Observatorio de Salud de las Mujeres http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03.htm
- Observatorio de Infancia: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/>
- Instituto de la Mujer: <http://www.inmujer.gob.es/>

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación

- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo: <http://www.aecid.es/>

Centros de recursos de atención a la infancia y/o educación /acción intercultural:

- UNICEF: <http://www.unicef.es/conoce/organizacion-interna/contacto>
- UNAF: <http://unaf.org/contact-us/>
<http://unaf.org/salud-sexual/prevencion-de-la-mutilacion-genital-femenina/>
- Save the Children: <http://www.savethechildren.es/sedes.php>
- Médicos del Mundo: <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle/idcont.709/menu.1/reldcategoria.9858/reldmenu.109>
- Médicos Mundi: <http://www.medicusmundi.net/como-colaborar/>
- Fundación Wassu-UAB: <http://www.mgf.uab.es>

7. Anexos

Guía de navegación por las principales páginas de la Unión Europea sobre el tema de Mutilación Genital Femenina (MGF)

I. Comisión Europea

1. Justicia, Igualdad de género

http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/gender-violence/eliminating-female-genital-mutilation/index_en.htm;

2. Relaciones internacionales y asuntos exteriores

http://ec.europa.eu/news/external_relations/130308_en.htm

3. Campaña europea ‘Tolerancia Cero hacia la mutilación genital femenina’

http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-equality/news/130306_en.htm

<http://ec.europa.eu/avservices/video/player.cfm?sitelang=en&ref=1080547>

<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.501725093208309.1073741825.107898832590939&type=1>

4. Consulta abierta de la Comisión sobre la lucha contra la MGF en la Unión Europea

http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-equality/opinion/130306_en.htm

5. Declaraciones en el Día Internacional contra la Mutilación Genital Femenina

6 de febrero de 2014

http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-85_en.htm

6 de febrero de 2013

http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-67_es.htm

II. Instituto Europeo de Igualdad de Género (EIGE)

<http://eige.europa.eu/content/female-genital-mutilation>

1. Estudio sobre la mutilación genital femenina en la Unión Europea y Croacia (2013)

<http://eige.europa.eu/content/document/female-genital-mutilation-in-the-european-union-and-croatia-report>

2. Datos por país

<http://eige.europa.eu/content/female-genital-mutilation>

Informe conjunto de los datos por país

<http://eige.europa.eu/content/document/study-to-map-the-current-situation-and-trends-on-fgm-country-reports>

3. Buenas prácticas:

Selección

<http://eige.europa.eu/good-practices/female-genital-mutilation>

Publicación

<http://eige.europa.eu/content/document/good-practices-in-combating-female-genital-mutilation>

4. Recursos métodos y herramientas (búsquedas en el “Research and Documentation Centre RDC”)

Recursos

<http://eige.europa.eu/resources/female-genital-mutilation>

Métodos y herramientas

<http://eige.europa.eu/methods-and-tools/female-genital-mutilation>

5. Bibliografía selecta

<http://eurogender.eige.europa.eu/sites/default/files/Additional%20resources%20on%20FGM.pdf>

6. Debate online sobre mutilación genital femenina, 29 de octubre de 2013

<http://eige.europa.eu/content/document/female-genital-mutilation-report-from-online-discussion>

III. Otras páginas de interés:

International Centre for Reproductive Health

<http://icrhhb.org/news/fgm-reference-centre-established-ghent-university-hospital>

Guía de navegación por algunas de las principales páginas de Naciones Unidas y organismos dependientes sobre el tema de Mutilación Genital Femenina (MGF)

UNICEF

1. Datos estadísticos

http://www.childinfo.org/fgmc_prevalence.php

http://www.childinfo.org/fgmc_progress.html

2. Publicaciones

http://www.unicef.org/protection/57929_58022.html#fgmc

3. Otros recursos

http://www.unicef.org/protection/57929_57987.html

UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas

<http://www.unfpa.org/topics/genderissues/fgm>

8. Bibliografía

- African- Women Organization.2009. “What it is consequences, myts FGM in Africa. Consultado en diciembre de 2014 en: <http://www.african-women.org/FGM/consequences.php>
- Casajoana Guerrero, M.; Caravaca Nieto, E.; Martínez Madrigal, M.I. “Una visión global de la mutilación genital femenina”.Revisión Bibliográfica. Corporació Sanitaria Parc Paulí. Sabadell. Matronas Prof. 2012; 13(3-4):76-82
- David Bishai, Yung-Ting Bonnenfant, Manal Darwish, Taghreed Adam, Heli Bathija, Elise Johansen, Dale Huntington for the FGM Cost Study Group of the World Health Organization. “ Estimación del costo de la atención obstétrica por mutilación genital femenina en seis países africanos”. Publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud. WHO. 2010 . Consultado en Mayo de 2014 en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/09-064808-ab/es/>
- Declaración conjunta de la OMS, UNICEF Y UNFPA. Abril 1997
- Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. UNICEF. 2013
- Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. The Lancet 2006;367:1835–1841.
- Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. The Lancet 2006;367:1835-1841. Traducción al castellano realizada por África Caño Aguilar, Milagros Cruz Martínez y Mª Dolores Ochoa Rodríguez para la el Boletín de la Organización Mundial de la Salud. WHO.
- Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia Report. European Institute for Gender Equality (EIGE). 2013
- Female Genital Mutilation Information for Health-Care Professionals Working in Ireland. AkiDwA. 2013. Consultado y obtenido pdf en enero de 2014 desde: <http://www.akidwa.ie/publications/gender-based-violence/female-genital-mutilation/file/43-fgm-section-2nd-edition-fgm-information-handbook-for-healthcare-professionals-in-ireland.html>
- Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención. Unión Nacional de Asociaciones Familiares (UNAF). 2013
- Good Practices in combating Female Genital Mutilation. European Institute for Gender Equality (EIGE). 2013
- “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina”. Informe del Secretario General Naciones Unidas. 2014
- Kaplan, A. y López, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB. Consultado en febrero de 2014 en: http://www.mgf.uab.cat/esp/publicaciones_cientificas.html
- Kaplan, A.; Toran, P.; Bedoya, M.H. et al (2006) “Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la atención primaria”, en Atención Primaria 38 (2) 122-6.

- Kaplan, A.; Toran, P.; Bedoya, M. H. et al (2006) “Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales”, en Revista Migraciones 19, Madrid. pp. 189-217.
- Kaplan, A.; Toran, P. y Moreno, J. (2009) “Nuevas estrategias para el abordaje de las mutilaciones genitales femeninas: la iniciación sin mutilación. Un abordaje circular Gambia-España”, en MOLINA, E. y SAN MIGUEL, N. (Coords.) Universidad, Género y desarrollo. Buenas prácticas en derechos Humanos de las Mujeres. Universidad Autónoma de Madrid/Ministerio de Asuntos Exteriores, Madrid. pp. 333-351.
- Kaplan, A.; Toran, P.; Moreno, J.; et al (2009) “Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence”, in BMC Health Services Research, No9: BioMed Central. pp. 11.
- Kaplan, A.; Moreno, J. y Pérez Jarauta, M. J. (coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.
- Kaplan, A.; Fernández, N.; Moreno, J. et al. (2010) “Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families”, in BMC Public Health No10: BioMed Central pp. 193
- Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal.
- Mangas, A. (2010) El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas. Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. [Tesina no publicada, en el marco del Master de Investigación Etnografía, Teoría Antropológica y Relaciones Interculturales, de la UAB].
- Maltrato Infantil. Detección, Notificación Y Registro de Casos. Observatorio de Infancia. Grupo de trabajo sobre Maltrato Infantil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado en mayo de 2014 en: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>
- Mutilación Genital Femenina. Abordaje y Prevención. Guía. Medicosmundi-Andalucía. 2009
- Nota descriptiva N°241. Febrero de 2012 . OMS. Consultado el 22 de enero de 2014 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres”. 2013. Accesible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98838/1/WHO_RHR_12.41_spa.pdf
- Protocolo Básico de Intervención contra el maltrato infantil. Módulo de referencia para el desarrollo de un protocolo de actuación en casos de maltrato infantil. Pleno del Observatorio de Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007
- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Barcelona, 2007.
- Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Dossier 3. Documento Operativo de Mutilación Genital Femenina. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación. Barcelona, 2011.

- Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. 2011
- Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra. 2013
- Rigmor C. Berg and Vigdis Underland. „The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis”. Hindawi Publishing Corporation.Obstetrics and Gynecology International. Volume 2013, Article ID 496564, 15 pages. Consultado en marzo de 2014 en: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/496564>
- Tackling FGM in the UK.Intercollegiate recommendations for identifying, recording and reporting. Royal College of Midwives. 2013 Consultado y obtenido pdf en octubre de 2014 en: http://www.equalitynow.org/sites/default/files/Intercollegiate_FGM_report.pdf
- “The Istanbul Convention – A tool to end female genital mutilation”. Consultado en noviembre de 2014. Council of Europe. Consultado en noviembre de 2014 en: <http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/brochures/IstanbulConventionFGM%20Guide%20EN.pdf>
- Velasco Juez, Casilda. “Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas”. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Revista Matronas Prof. 2000 ;1 (2): 10-18. Consultado el 13 de enero de 2014 en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7660/173/practicas-tradicionales-que-vulneran-los-derechos-de-las-mujeres-mutilaciones-sexuales-femeninas>

La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica especialmente dañina para la salud física, psicológica sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Es una violación de los derechos humanos y una manifestación especialmente cruel de la discriminación por razón de género.

Este Protocolo Común Sanitario responde específicamente a la medida 185 de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, aprobada por el Consejo de Ministros del 26 de julio de 2013.

Tiene como objetivo fundamental constituirse en herramienta básica para la sensibilización y formación de profesionales en la lucha contra la MGF y orientar actuaciones homogéneas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), que permitan mejorar la salud de las mujeres y niñas a las que ha sido practicada así como trabajar en la prevención y detección del riesgo de su práctica, cuando por su contexto familiar, estén en una situación de especial vulnerabilidad.

Criterios como el seguimiento personalizado y el acompañamiento de la familia en las acciones preventivas así como la atención multi e interdisciplinar por parte del equipo sanitario, en coordinación y colaboración con otros sectores (educación, fiscalía, forenses, fuerzas y cuerpos de seguridad, recursos locales, etc.) orientan las actuaciones sanitarias de forma transversal a lo largo del mismo.

