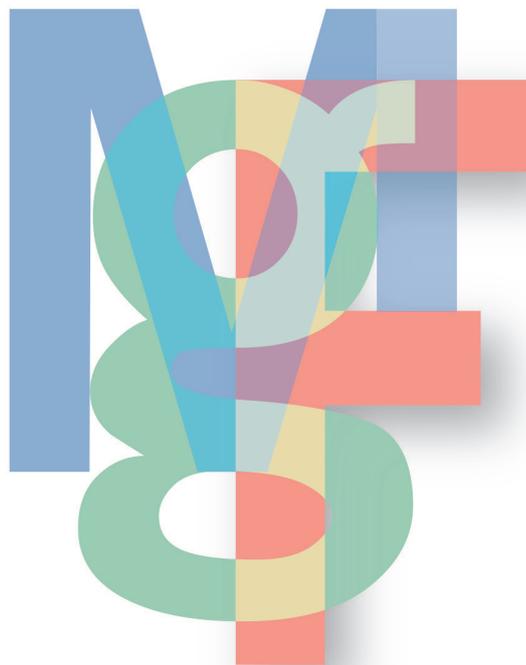


mutilación genital femenina

GUÍA DE ACTUACIONES RECOMENDADAS EN
EL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2016

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la red Bibliotekak del Gobierno Vasco:

<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Edición:

1.^a, abril 2016

Tirada:

500 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Internet:

www.euskadi.eus

Edita:

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
C/ Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño:

Begoña Paino Ortuzar

Impresión:

Gráficas Irala

Depósito Legal:

XXXXXXXXXX



*No hay casualidad sino destino.
No se encuentra sino lo que se busca
y se busca lo que existe en lo más profundo del corazón.*

ERNESTO SÁBATO

La Mutilación Genital Femenina es una práctica perversa, oculta a los ojos de las personas que vivimos en los países desarrollados. Si las y los profesionales sanitarios no interiorizamos la MGF como un problema de salud y una grave vulneración de los derechos de las mujeres y de la infancia, difícilmente podremos ayudar a prevenir su práctica y evitar las consecuencias en las niñas y mujeres de nuestra comunidad que la pueden sufrir.



Grupo de redacción

POR OSAKIDETZA

- Maite Aranzabal (Pediatra de la OSI Araba. CS Lakua).
- Susana Esteban (Pediatra de la OSI Bilbao-Basurto. C.S. La Merced).
- Iñaki Gallo (Trabajador Social de la OSI Bilbao-Basurto).
- Pilar Isla (Subdirectora de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto).
- Isabel Labaca (Matrona de la OSI Donostialdea. CS Errenteria-Beraun).
- Margarita López (Médica de familia de la OSI Barakaldo-Sestao. CS La Paz).
- Maite Paino (Técnica de la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza).
- Amelia Valladolid (Ginecóloga de la OSI Bilao-Basurto).

POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD

- Txus Ciarrusta (Técnica de la Subdirección de Salud Pública de Araba).
- Pepe Quintas (Subdirector de Aseguramiento y Contratación Sanitaria).

POR EMAKUNDE-INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

- María Socorro Álvarez (Técnica Responsable del Área de Eliminación de la Violencia contra las Mujeres).

Presentación

Esta guía pretende difundir el conocimiento que hoy se tiene sobre la mutilación genital femenina (en adelante MGF) y recomendar pautas de actuación a las y los profesionales sanitarios y sociosanitarios de la C.A.E. que trabajan con comunidades de inmigrantes procedentes de países donde se llevan a cabo estas prácticas. El objetivo es propiciar actuaciones efectivas de atención a las mujeres y a las niñas sometidas a este tipo de prácticas y, muy especialmente, prevenir que más niñas residentes en nuestra comunidad sean víctimas de MGF.

Con esta herramienta se quiere dar respuesta a la necesidad de reconocer y saber cómo actuar ante estas situaciones que han surgido en el ámbito sanitario tras la llegada a Euskadi de mujeres que acuden a los servicios de salud y que proceden de países donde se suelen realizar esas prácticas.

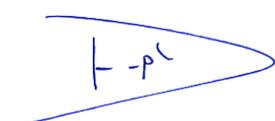
Queremos proporcionar un soporte de trabajo a profesionales de la salud y a quienes trabajan en el área sociosanitaria para acoger y tratar con cuidado y profesionalidad a mujeres que han sufrido mutilación genital, evitando manifestaciones de desconcierto, sorpresa o curiosidad, como a veces ha podido ocurrir. La finalidad es establecer una relación de confianza con ellas y su entorno, que es el primer paso para que las mujeres y sus parejas puedan adquirir una conciencia diferente de su propio cuerpo y de su propio bienestar, e iniciar un diálogo destinado a impedir que sus hijas puedan a su vez ser sometidas a mutilaciones.

El documento consta de dos partes interdependientes: una socio-antropológica, ética y jurídica que ilustra las profundas motivaciones psicológicas, económicas, sociales y culturales del fenómeno y su dimensión en Euskadi, la fundamentación ética de una práctica moralmente inaceptable y los instrumentos legales disponibles para combatirla; la otra consiste en dar directrices a quienes trabajan en el ámbito sanitario y sociosanitario con comunidades de personas inmigrantes, para que puedan abordar adecuadamente la atención y prevención de la MGF en su ejercicio profesional.

Por todo ello, la primera parte de esta guía tiene tanta importancia como la segunda. Se pretende, conscientemente, evitar dar una visión del problema sólo desde el punto de vista sanitario, porque la MGF no es una patología, sino el resultado de creencias arraigadas en la conciencia individual y colectiva que no se pueden pasar por alto para hacerse cargo de la salud de la persona.

Pero la publicación de esta guía no es un fin en sí mismo ni el final de un trayecto. El fin es erradicar la práctica de la MGF y esta guía es el principio del camino que hace falta recorrer para conseguirlo. A partir de este momento y de este punto se hace imprescindible la difusión de este trabajo entre las y los profesionales más directamente implicados y la programación de la formación necesaria para la adquisición de los conocimientos y habilidades que permitan una efectiva acción preventiva.

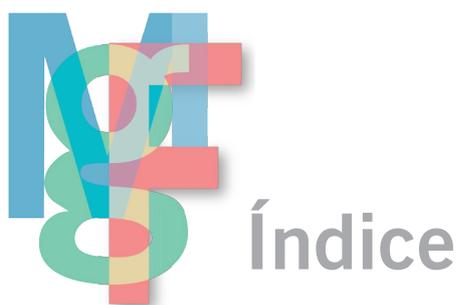
La premisa fundamental de este trabajo es un decidido rechazo a cualquier legitimación de tradiciones culturales que entran en conflicto con los principios y valores que sustentan la Declaración de los Derechos Humanos, la dignidad de las personas, el ejercicio de las libertades fundamentales de las mujeres y la consecución del mayor interés de las menores.



Jon Darpón Sierra
Consejero de Salud



Jon Etxebarria Cruz
Director General de Osakidetza



Contextualización y principios básicos de actuación profesional

Principios básicos de actuación profesional ante la MGF.....	19
Triple enfoque: Derechos humanos, género y protección a la infancia	19
Énfasis en la prevención	20
Interés superior de la menor. Evitar la victimación secundaria.....	20
Coordinación, interdisciplinariedad y trabajo en red.....	20
Formación, sensibilización y generación de conocimientos	21
Trabajo con las familias evitando la estigmatización	21
Trabajo comunitario e intercultural	21
Empoderamiento de las mujeres como estrategia y como objetivo de la intervención preventiva.....	22

PARTE PRIMERA

Marco antropológico, ético y jurídico

1. Marco conceptual y antropológico.....	27
¿QUÉ ES?	27
¿QUÉ TIPOS EXISTEN Y EN QUÉ EDADES SE PRACTICA?.....	28
¿DÓNDE SE PRACTICA Y QUIÉN LO HACE?	29
¿DESDE CUÁNDO Y POR QUÉ SE PRACTICA?	32
¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE PARA LA SALUD?.....	34

2. Casuística	36
INCIDENCIA/PREVALENCIA.....	36
DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA MGF EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI.....	37
3. Fundamentación ética y jurídica	43
FUNDAMENTACIÓN ÉTICA	43
FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA.....	45
CONFLICTOS ÉTICOS. ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD.....	49
DERECHOS, OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES	52

PARTE SEGUNDA

Actuaciones sociosanitarias recomendadas

1. Actuaciones preventivas generales	59
FACTORES DE RIESGO A TENER EN CUENTA.....	61
ACTUACIONES PREVENTIVAS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO	61
2. Actuaciones según los puntos de detección/intervención	66
EQUIPO DE GINECOLOGÍA/OBSTETRICIA	66
EQUIPO DE PEDIATRÍA.....	70
EQUIPO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	73
EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL.....	75
3. Coordinación con otros agentes	79
4. Sensibilización/formación a los y las profesionales de Osakidetza	81

Anexos

Anexo I: Imágenes de los tipos de MGF.....	87
Anexo II: Mapas.....	89
Anexo III: Tablas y gráficos	91
Anexo IV: Documento de “Compromiso Preventivo”.....	95
Anexo V: Registros en la Historia Clínica.....	96

Bibliografía

GUÍAS SOBRE MGF PUBLICADAS EN CASTELLANO.....	98
ARTÍCULOS, ESTUDIOS, LIBROS	99



**Contextualización
y principios básicos de
actuación profesional**

Contextualización y principios básicos de actuación profesional

La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica dañina reconocida internacionalmente como una grave violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas y es una manifestación extrema de la violencia contra las mujeres cuyo origen está en las desigualdades y discriminaciones de género.

El Convenio de Estambul-Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, que entró en vigor en el Estado español el 1 de agosto de 2014, recoge el compromiso de los países firmantes de perseguir internacionalmente la mutilación, sin que posibles restricciones de la justicia universal puedan ser un impedimento. Y en concreto, en el artículo 38 sobre *Mutilaciones genitales femeninas se insta a que los países adopten las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado la escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer*, así como el hecho de obligar a una mujer o una niña a someterse a la MGF o proporcionarle los medios para dicho fin.

En Euskadi, la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres define la violencia contra las mujeres como *“cualquier acto violento por razón del sexo que resulte, o pueda resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos, la coacción o privación arbitraria de libertad que se produzcan en la vida pública o privada”*.

En el marco de esta ley, el VI Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la Comunidad Autónoma de Euskadi, que establece las líneas de intervención y directrices que deben orientar la actuación de los poderes públicos vascos en materia de igualdad durante la X legislatura, recoge de forma explícita en su eje III sobre erradicación de la violencia contra las mujeres, la necesidad de intervenir sobre formas de violencia contra las mujeres cuyas manifestaciones están emergiendo en nuestro entorno, como es la MGF y la trata con fines de explotación sexual, que se incorporan de esta manera a los múltiples objetivos estratégicos y operativos contenidos en este plan relativos a la sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres, así como a la detección y atención integral de las víctimas de esta violencia.

En efecto, la MGF no nos es ajena en nuestra comunidad, ya que los movimientos migratorios hacen que junto a la población migrante viajen también sus prácticas culturales, tanto las que son un bien para toda la humanidad como las prácticas dañinas a erradicar. En la CAE viven alrededor de 11.000 personas provenientes de países en los que se practica la

MGF y el colectivo de niñas de entre 0 y 14 años proveniente de estos países es de unas 1000 niñas¹. Proteger a estas niñas de ser mutiladas, sin alarmismos y sin “descuido”, es una obligación de los poderes públicos vascos. Sin alarmismos, porque es evidente que la mayor parte de ellas no están en riesgo real de ser mutiladas, debido a que además del país de origen hay que considerar en cada caso concreto la etnia y otros indicadores de riesgo como son el nivel educativo de la madre y del padre, y sobre todo la opinión de ambos en relación a la MGF. Y sin descuido, porque, conocida la procedencia geográfica que nos informa sobre el riesgo estadístico, es necesario estar vigilantes y hacer la valoración del riesgo concreto y real para cada niña o adolescente, para poder adoptar las medidas procedentes en cada caso.

La MGF es una práctica dañina contra las mujeres y las niñas, pero no es la única, y es necesario abordarla teniendo en cuenta todas las demás prácticas culturales tradicionales que tienen como base la desigualdad de género. En esta línea, los objetivos de desarrollo sostenible 2015-2030² incluyen “eliminar todas las prácticas dañinas para las mujeres y las niñas, tales como el matrimonio infantil, temprano y forzado, y la mutilación genital femenina”. Pero además, hay que recordar otras prácticas dañinas como la alimentación forzada de mujeres; los tabúes o prácticas que impiden a las mujeres el control sobre su propia fecundidad; los tabúes nutricionales y prácticas tradicionales relacionadas con el parto; la preferencia sobre el hijo varón con todas las implicaciones que tiene esta preferencia para el estatus de la niña; el infanticidio de niñas; los embarazos tempranos; o la dote.

Es necesario considerar unidas y en relación todas las prácticas dañinas contra las mujeres y niñas, puesto que todas ellas tienen su base en la desigualdad de género y en la discriminación por razón de sexo. En este sentido, la ONU plantea el abordaje conjunto de tres prácticas dañinas que en los últimos diez años están incrementándose en todo el mundo: la preferencia por el hijo varón y la consiguiente selección pre-natal selectiva, la Mutilación Genital Femenina y el matrimonio infantil, temprano y forzado.

Además, en la CAE planteamos el abordaje concreto de la MGF desde una clave fundamental que es la no estigmatización de pueblos, comunidades y familias. La firmeza en la defensa de los derechos humanos y en el trabajo para la erradicación de las prácticas dañinas para las mujeres y las niñas, es compatible con el fomento del conocimiento y la sensibilidad para comprender cada una de las prácticas en el contexto concreto en el que se producen, con el fin último de evitar la revictimización de quienes las sufren.

Otra de las claves de nuestro planteamiento es evitar centrarse exclusivamente o de forma enfática en el uso de argumentos de salud, puesto que el efecto perverso que tiene el abordaje sanitario es que se está medicalizando la práctica en algunos países. Por lo tanto, el abordaje ha de ser comunitario y el énfasis ha de estar en la defensa de los

¹ Diagnóstico. Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, junio de 2014.

² <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1579SDGs%20Proposal.pdf>

derechos humanos de las mujeres, su autonomía y su capacidad de decisión. La MGF es una práctica que además de vulnerar el derecho a la salud y a la integridad del propio cuerpo, constituye un obstáculo en el control de la propia sexualidad y en el ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos.

La línea de intervención que se propone incide sobre todo en la prevención, basada en un trabajo interdisciplinar culturalmente respetuoso en el que los ámbitos sanitario, educativo y social trabajen de forma coordinada junto con los colectivos de personas inmigrantes y entidades que trabajan con ellas³.

Principios básicos de actuación profesional ante la MGF

Los principios básicos de actuación profesional que se proponen para los distintos ámbitos (sanitario, educativo, social) son los siguientes:

- Triple enfoque: derechos humanos, género y protección a la infancia.
- Énfasis en la prevención.
- Interés superior de la menor. Evitar la victimización secundaria.
- Interdisciplinariedad, coordinación y trabajo en red.
- Formación, sensibilización y generación de conocimiento.
- Trabajo con las familias evitando la estigmatización.
- Trabajo comunitario e intercultural.
- Empoderamiento de las mujeres como estrategia y como objetivo de la intervención preventiva.

Triple enfoque: Derechos humanos, género y protección a la infancia

La MGF es una clara violación de los Derechos Humanos y es un tipo de violencia contra las mujeres con implicaciones sanitarias y sociales: vulnera el derecho de niñas y mujeres a la integridad física, afecta directamente a su salud y derechos sexuales y reproductivos, resultando en la perpetuación de las desigualdades de género. Se trata de una violencia que se ejerce contra las mujeres por el mero hecho de serlo. Además, se practica a menores, y por lo tanto, la determinación del interés superior de las niñas y adolescentes desde los enfoques de género y de derechos humanos, debe ser principio básico de la intervención profesional.

³ La mutilación genital femenina en la CAE. Principios básicos de actuación profesional, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, enero de 2016.

http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_guias/es_def/adjuntos/mgf_cae_principios_actuacion_cas.pdf

Énfasis en la prevención

En la última década, el País Vasco se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de otros países, y entre ellos los del África Subsahariana. Esto ha supuesto para los y las profesionales descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos, en el marco de complejos procesos de integración social y de aculturación.

La incorporación a nuestra sociedad de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde la realización de la MGF tiene un fuerte arraigo identitario, nos enfrenta a este tipo de prácticas tradicionales que son perjudiciales para las mujeres y niñas que viven en nuestro país procedentes de aquellas comunidades. El creciente peso demográfico de estos colectivos augura un fuerte incremento en nuestro entorno de niñas en riesgo de ser sometidas a una MGF. No obstante, la población potencialmente en riesgo y afectada es limitada y está localizada, lo que permite una intervención sin alarmismos desde el convencimiento de que es un problema abordable si se adoptan las medidas necesarias.

El objetivo principal de la intervención profesional no es el control ni la penalización, sino que es la prevención, es decir, evitar que ninguna de esas niñas o adolescentes potencialmente en riesgo sea mutilada. Y para conseguirlo, el primer paso es pasar del riesgo “estadístico” que se deriva del lugar del país de procedencia a la determinación del riesgo real para cada una de esas niñas y adolescentes utilizando otros indicadores como son: la etnia, el hecho de que la madre o hermanas mayores estén mutiladas o no, el nivel educativo de la madre y el del padre, la opinión sobre la MGF expresada por la madre y por el padre, etc.

Interés superior de la menor. Evitar la victimización secundaria

Teniendo en cuenta que prioritariamente se pretende la prevención de la MGF, que las menores de edad deben tener una consideración primordial como titulares de derechos, y que el interés superior de la menor o adolescente es el principio que ha de presidir la intervención profesional, todas las actuaciones deben estar orientadas a mitigar los procesos de victimización secundaria, evitando diligencias repetitivas y adecuándose a criterios de mínima intervención, celeridad y especialización. Atendiendo a este principio, los distintos ámbitos profesionales deben asegurar que sus decisiones y acciones no tengan efectos negativos o contraproducentes a dicho interés. Lo que incluye tanto el respeto y confidencialidad en el tratamiento de la información personal de las niñas y adolescentes, como la toma de decisiones más complejas a adoptar desde la ética de la responsabilidad. Así, la separación de las menores de sus familias como medida de protección solo podrá ocurrir, como último recurso, en los casos en que tal separación sea necesaria en atención al interés superior de la menor.

Coordinación, interdisciplinariedad y trabajo en red

Cada uno de los sistemas, así como cada profesional, ha de sentirse parte activa del “Programa de Intervención Preventiva de la MGF en la Comunidad Autónoma de Euskadi”,

que contempla la participación y coordinación de todos los ámbitos de intervención, es decir, de profesionales de la salud, educación, servicios sociales y entidades de inmigrantes y/o entidades que trabajan con la población inmigrante procedente de países con prevalencia en MGF, así como el movimiento asociativo. La aportación de cada una de las disciplinas en términos de conocimiento y de información, así como el trabajo en red intra-sistema e inter-sistema son fundamentales para el desarrollo general del programa y para la intervención concreta en cada caso.

Formación, sensibilización y generación de conocimiento

Estamos ante una nueva realidad en nuestro entorno, por lo que es necesario conocer e investigar, también de manera coordinada, para una mejor intervención en prevención de MGF en cada uno de los ámbitos y contextos en los que trabajamos. Los y las profesionales, a través de la formación, habrán de adquirir la capacitación para la detección, intervención preventiva y atención de la MGF en niñas en situación de riesgo de padecer la práctica. Es prioritario formar a los y las profesionales de los centros de trabajo ubicados en lugares con más población procedente de países donde se practica la MGF, para asegurar una correcta intervención profesional y para ir generando el conocimiento local necesario que coadyuve a la erradicación de la práctica. En este sentido, por una parte, la Administración vasca habrá de facilitar la sensibilización y formación del personal a su servicio, y por otra parte, los y las profesionales habrán de contribuir a la generación del conocimiento experto referente a la MGF en Euskadi, a partir del registro correcto, así como de la documentación y comunicación de los casos en los que intervengan.

Trabajo con las familias evitando la estigmatización

Hay que trabajar siempre desde el respeto por sus culturas y sus prácticas rituales, lo cual es totalmente compatible con mostrar nuestro frontal rechazo a la MGF. Es importante trabajar en la formación con estas familias para que conozcan las consecuencias físicas y psíquicas que esta práctica tiene en sus hijas. También informarles sobre la legislación vigente y las consecuencias penales que conlleva la mutilación. Para ello, son útiles los materiales que ya se están utilizando y que se concretan en el documento de “Compromiso preventivo”, siempre y cuando previamente se haya trabajado en la información y formación con las familias. El documento de compromiso preventivo no es un fin en sí mismo, sino un instrumento que se utiliza después de un proceso de concienciación con la familia, que les ayuda a trabajar este tema en su país de origen.

Trabajo comunitario e intercultural

Es interesante trabajar con los colectivos de las personas inmigrantes procedentes de estos países a través de los servicios de interculturalidad que existen en algunos ayuntamientos vascos, de los colectivos de inmigrantes, ONGs de apoyo a inmigrantes, asociaciones culturales, grupos de mujeres, y otros servicios existentes, en la línea de abordar conjuntamente esta problemática, y con el objetivo claro de que sean las propias personas de estas comunidades, hombres y mujeres, pero especialmente las mujeres, quienes tengan herramientas propias para enfrentarse a este problema, sin culpabilización

ni estigmatizaciones que en nada ayuda a trabajar en contra de su erradicación. Y en este punto, hay que poner el énfasis en el fortalecimiento de las migrantes como mujeres. De alguna manera, se trata de conseguir la prevención social trabajando con y desde los hombres y las mujeres migrantes: implicar a los padres y hacer protagonistas a las madres de las niñas y adolescentes en riesgo. Aumentar la capacidad de decisión de las madres para que sean ellas las que decidan no intervenir a sus hijas y además para que multipliquen el impacto de esta negativa al volver a sus países de procedencia proponiendo, por ejemplo, sustituir los rituales perjudiciales por fiestas de otro tipo e informando de que las prácticas sociales evolucionan.

Empoderamiento de las mujeres como estrategia y como objetivo de la intervención preventiva

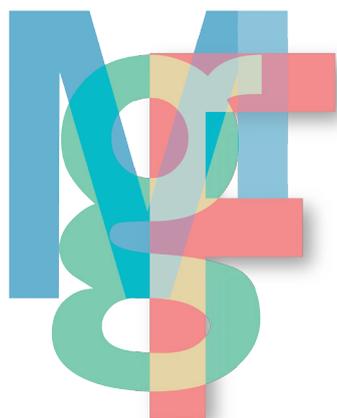
Enfocadas las intervenciones desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización hacia las culturas y prácticas tradicionales de las familias, es estratégico que se facilite el empoderamiento de las mujeres y niñas a través del conocimiento, dando lugar a la reflexión y a la toma de decisiones informadas. Sólo si ellas mismas pueden pensar su propia realidad, sus justificaciones, las presiones culturales y de género y las estructuras sociales que mantienen estas prácticas; sólo si ellas mismas reflexionan sobre este problema y deciden dar un paso al frente, serán capaces de liderar un proceso de cambio en el que ellas sean las protagonistas, dentro y desde sus propias comunidades, en contra de la MGF, que desemboque en un abandono de su práctica.

Intervenir en la CAE para evitar la práctica de la MGF requiere, por tanto, trabajar con la prevención como objetivo prioritario, en coordinación con todos los ámbitos implicados, evitando la estigmatización de las personas procedentes de otras culturas y con el impulso del empoderamiento de las mujeres como eje principal de actuación. Sin duda, la publicación de esta guía es un paso más en el camino hacia la puesta en marcha del Programa de Intervención Preventiva de la MGF en la CAE y, en consecuencia, hacia la erradicación de la MGF en nuestro entorno.



Izaskun Landaia Larizgoitia

Directora de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer



PARTE PRIMERA

Marco antropológico,
ético y jurídico

1. Marco conceptual y antropológico

¿QUÉ ES?

Con el término mutilación genital femenina (MGF) se hace referencia a todas las formas de eliminación parcial o total de los genitales externos femeninos o a otros cambios inducidos en los órganos genitales femeninos, realizados por razones no terapéuticas sino culturales o de otro tipo. Es una práctica enmarcada en el término más amplio “prácticas tradicionales perjudiciales” (PTP), como también lo son el matrimonio forzado temprano, el aborto selectivo, alimentación forzada de mujeres, etc. Es importante saber, que en los lugares en los que se practica la MGF, también suelen practicarse otras PTPs.

El término mutilación utilizado para referirse a estas prácticas se introdujo a finales de los años setenta, en sustitución del de circuncisión femenina o del de ablación del clítoris, para hacer hincapié en el daño irreversible a la salud de las mujeres. Se adoptó en la Tercera Conferencia del Comité Inter-africano sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la salud de mujeres y niños, que se celebró en Addis Abeba en 1991, y ese mismo año fue recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como término a utilizar en el ámbito de las Naciones Unidas⁴.

El uso de la palabra “mutilación”, descriptivo de la práctica, refuerza la connotación negativa vinculada a la violación de los derechos de las mujeres y de las niñas, un término por ello aceptado por la comunidad internacional y por las asociaciones de mujeres africanas. Un término que, sin embargo, resulta molesto para quienes creen en la bondad de tales prácticas que relacionan con actos de “paternidad” patriarcal orientados al crecimiento y aceptación social de sus hijas y a los protocolos matrimoniales existentes entre ellos.

Un cierto número de personas expertas de países africanos consideran que el término mutilación conlleva una connotación demasiado negativa y, por lo tanto, utilizan preferentemente el término “cut”, “corte”, porque les parece más neutro y, precisamente por eso, su uso coloquial para hablarlo con las personas originarias de países donde se practica, viene recomendado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)⁵.

En esta Guía se adopta el término MGF de acuerdo con los niveles de conciencia alcanzados por muchas mujeres de los países en los que estas prácticas se hallan generalizadas, sin perder por ello y al mismo tiempo respeto por quienes todavía viven conforme a la tradición.

⁴ Unicef, Changing harmful Social Convention: female genital mutilations/cutting, Innocenti Digest 2005.

⁵ Yoder, P, Nourredine Abderrahim, and Arlinda Zhuzhuni, Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A critical and Comparative Analysis, Demographic and Health Surveys (DHS), Comparative Reports n. 7, 2004.

¿QUÉ TIPOS EXISTEN Y EN QUÉ EDADES SE PRACTICAN?

En 1995, la OMS establece cuatro tipos de MGF⁶:

Tipo I: Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (clitoridotomía). En la cultura islámica, se conoce como una sunna (tradicción) y suele equipararse a la circuncisión masculina.

Tipo II: Resección parcial o total del clítoris y labios menores, que puede incluir el corte de los labios mayores (escisión).

Tipo III: 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 (infibulación o circuncisión faraónica). Se dejan dos pequeños orificios para la salida de la orina y la sangre menstrual.

Tipo IV: Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, la incisión, el raspado, la cauterización o la introducción de sustancias corrosivas en la zona genital.

En 2007, la propia OMS revisa esta clasificación, integrando algunos matices y subclasificaciones. Dentro del tipo I distingue si se afecta al clítoris o solo al prepucio del mismo, y dentro del tipo II, si la mutilación afecta al clítoris, a los labios mayores o a los labios menores. En relación al tipo III, enfatiza el estrechamiento de la abertura vaginal más que en la eliminación de órganos, y propone subdivisiones según si se mutilan los labios mayores o menores en el procedimiento.

En cuanto a la edad de las niñas, esta puede ser muy variable: en Egipto más del 90% son “mutiladas” entre los 4 y los 15 años; en Etiopía, Malí y Mauritania un 60% lo es antes de cumplir los 5 años; en Yemen el 76% lo sufre en las dos primeras semanas de vida. Cambios similares se pueden encontrar incluso dentro de un mismo país: en Sudán, por ejemplo, el 75% de las niñas sufren la mutilación entre los 9-10 años en el sur (Darfur), mientras que en Kassala el 75% de las niñas son mutiladas entre los 4 -5 años. Aunque más raros, se dan casos en que las MGF, si no se han realizado de niñas, se lleva a cabo en la adolescencia, al contraer matrimonio o, incluso, durante el embarazo o en el parto⁷. Estudios recientes han evidenciado una gradual reducción en la edad de las niñas a las que se somete a la MGF, explicable tanto por la facilidad de ocultar estas prácticas donde están prohibidas como también por la facilidad de evitar cualquier posible resistencia por parte de las niñas⁸.

⁶ Diagnóstico. Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, junio de 2014.

http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes/es_emakunde/adjuntos/informe.35.diagnostico_mgf_cae.pdf

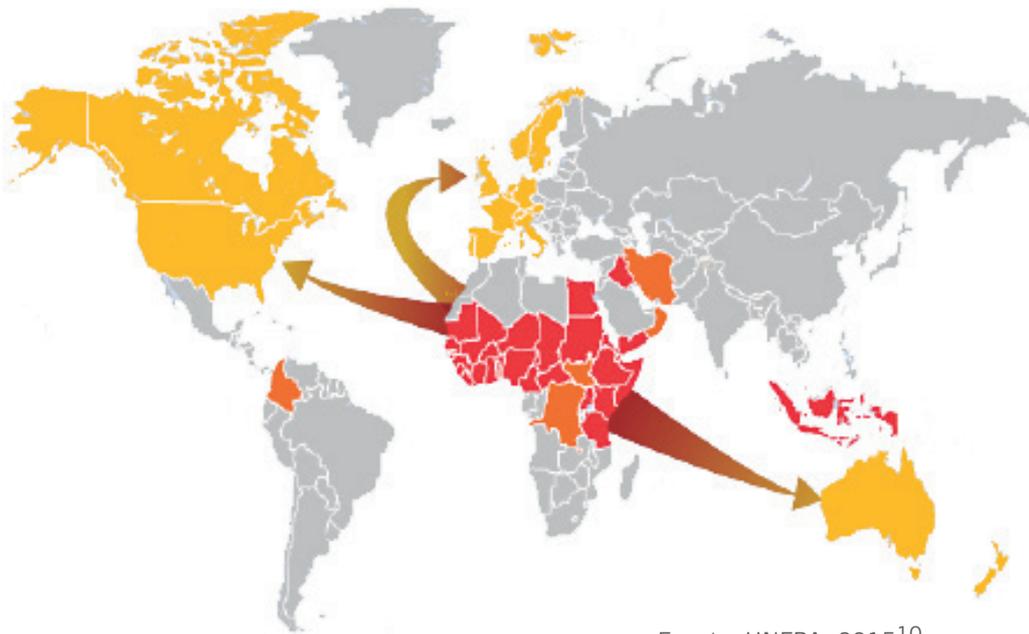
⁷ UNICEF, op. cit. e Yoder, P. Ed altri, op. cit.

⁸ H. Lightfoot-Klein, prisoners of ritual: some contemporary developments in the History of female Genital Mutilation, paper presentato al Secondo Simposio Internazionale sulla Circoncisione a San Francisco 30 aprile-3 maggio 1991; E. Bilotti, La pratica della Mutilazione genitale femminile, Mediterranean Review n. 3 1997.

¿DÓNDE SE PRACTICA Y QUIÉN LO HACE?

La MGF se practica en 29 países del África Subsahariana, algunos de Oriente Medio (Kurdistán Iraquí, Yemen) y también se encuentran huellas de MGF en algunos países asiáticos como Indonesia, Malasia o en partes de la India⁹. Sin embargo, con la globalización y la intensificación de los movimientos migratorios la MGF está en diáspora, y en consecuencia se ha extendido por el mundo y ha llegado a Europa, a Canadá, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda (UNICEF, 2005).

MGF en el mundo



Fuente: UNFPA, 2015¹⁰

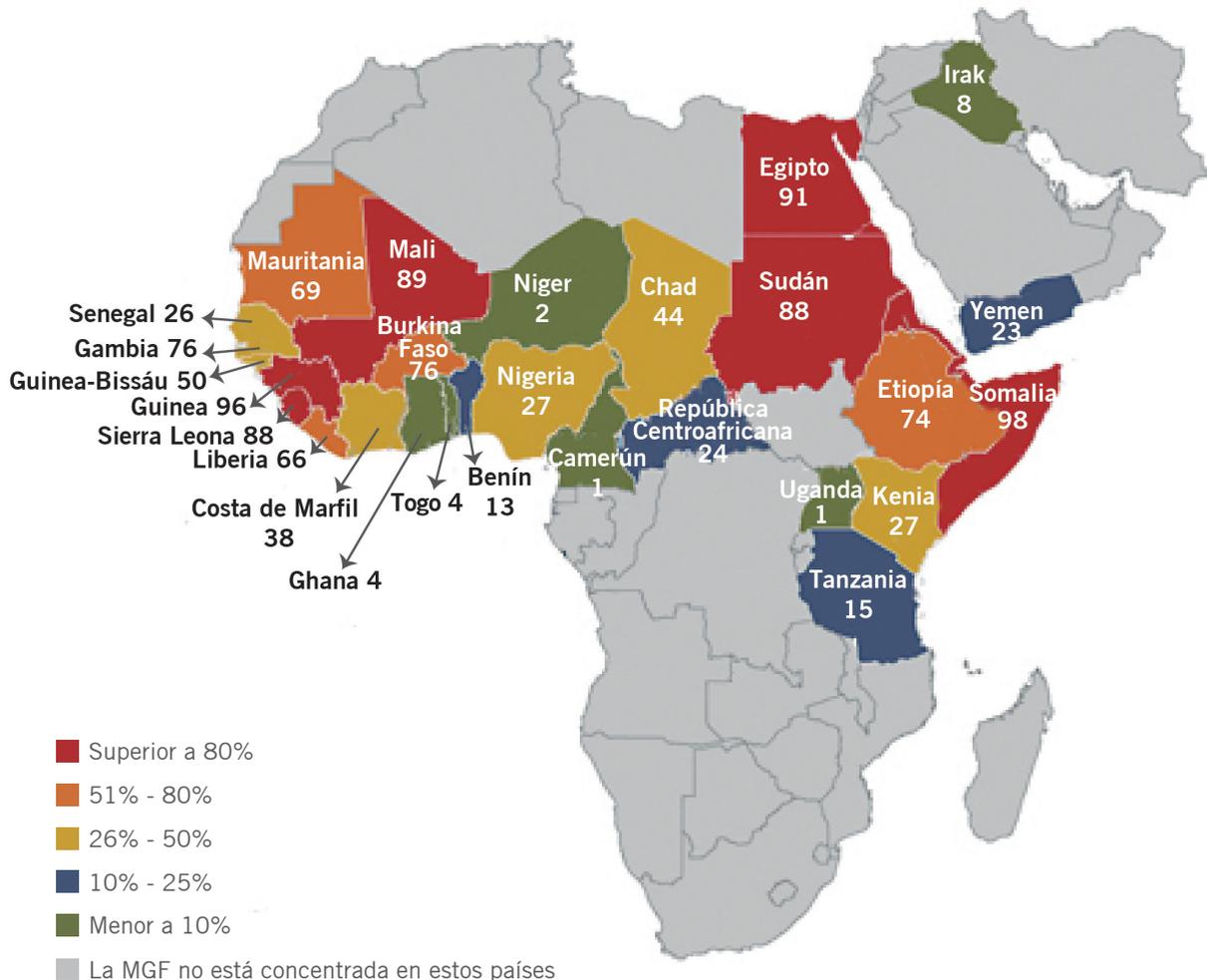
- Countries with FGM data collected by household surveys.
- Countries in with FGM has been reported.
- Countries in with FGM has been reported among some inmigrant communities.

Un análisis desagregado de los datos muestra de hecho una difusión muy desigual tanto dentro del continente como dentro de los diferentes países en función de los grupos étnicos que viven allí, el nivel de urbanización, el nivel de instrucción de las propias mujeres. Por eso la prevalencia estudiada por países presenta una gran variabilidad, desde apenas el 1% de Uganda o Camerún al 98% de Somalia. Esta prevalencia tan variable se debe sobre todo a la composición étnica de cada país. Hay etnias que practican la MGF y otras que no. Por eso, la prevalencia de cada país depende fundamentalmente del peso poblacional de unas etnias sobre otras.

⁹ www.state.gov/g/wi/rls/rep/9276.htm

¹⁰ "Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation", UNFPA, 2015.

Mapa de prevalencia de la MGF de mujeres entre 15 y 49 años¹¹



Fuente: UNICEF, 2013.

En algunos países, como Egipto, Guinea y Somalia, las mujeres entre 15 y 49 años sometidas a MGF superan el 90%; en Mali, Sudán y Eritrea se hallan entre el 80% y 90%; en Burkina Faso, Etiopía y Mauritania están entre el 69% y el 80%. En otros países las tasas a nivel nacional son mucho más bajas, pero, dentro de ellos, se da una fuerte concentración en algunas regiones.

Conviene que precisemos, por lo tanto, que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni dentro de un mismo país la practican todos los **grupos étnicos**. Véase, por ejemplo, el caso de Senegal (con una persistencia del 28% de mujeres mutiladas), donde la mayoría de la población pertenece a la etnia wolof que tradicionalmente no la practica. La pertenencia a una etnia es el factor más determinante en las distintas prevalencias

¹¹ UNICEF. 2013. "Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change" New York.

de la MGF. Se ha observado que en la gran mayoría de los grupos étnicos que mantienen entre sus tradiciones la MGF, prácticamente todas las mujeres han sido mutiladas. Por ello, además de los países, hay que tener en cuenta las etnias porque, incluso en aquellos donde se practica de forma generalizada, existen grupos étnicos que no lo hacen. Entre las etnias más conocidas podemos mencionar¹².

- Etnias practicantes de la MGF: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa, Fante.
- Etnias no practicantes de la MGF: Wolof, Serer, Ndiago.

Este listado puede servir como orientación, pero hay que tener en cuenta que podemos encontrar mujeres de etnias practicantes que no han sufrido la MGF y viceversa; mujeres de grupos no practicantes que se encuentran mutiladas. La respuesta podemos encontrarla en los matrimonios mixtos: hombres y mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos. Así, si una mujer de un grupo no practicante se casa con un hombre de un grupo donde la MGF es tradición, probablemente haya sido mutilada como requisito para casarse.

No obstante, es importante tener en cuenta que no todos los grupos étnicos habitantes de un país practican la MGF, y que no todas las etnias que la practican lo hacen de la misma forma. Si bien la MGF se mide para contextos nacionales, lo cierto es que en los países en que no está muy extendida tiende a concentrarse en regiones específicas y a estar determinada por el factor étnico, con marcadas oscilaciones entre los distintos países. Esta asociación entre MGF y la pertenencia al grupo étnico es lo que sugiere que los factores sociales -normas y expectativas de las comunidades- desempeñan un papel importante en la perpetuación de la práctica (UNICEF, 2013).

Respecto a **quién practica la MGF**, hay que decir, sin ningún género de dudas, que en todos los países, la MGF se practica en niñas por expresa voluntad y convicción de madres, padres y de toda la comunidad. Es una característica constante que los hombres, que tienen el poder decisonal real, están invisibilizados.

En los poblados de los países involucrados son mujeres, generalmente de edad avanzada y con autoridad, y con instrumentos rudimentarios, en condiciones higiénicas precarias, con anestésicos y desinfectantes naturales, quienes intervienen en las niñas, obteniendo de esta actividad unas ganancias¹³. Va incrementándose la tendencia hacia la medicalización de este rito y, por consiguiente, hacia la práctica de la MGF dentro de la estructura sanitaria por personal sanitario. No hay que olvidar de cualquier modo que, al ser una práctica que deteriora la funcionalidad de partes vitales de una persona, predominantemente de una menor, sin ninguna finalidad terapéutica, está prohibida por las leyes de la mayoría de los países occidentales y africanos, así como por la comunidad científica.

¹² “Guía para profesionales. La MGF en España, prevención e intervención” UNAF, Madrid 2013.

¹³ Bilotti, E. op. cit.; Yoder, P. op. cit.

¿DESDE CUÁNDO Y POR QUÉ SE PRACTICA?

ORÍGENES HISTÓRICO-CULTURALES DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La práctica de las MGF se remonta muy atrás en el tiempo. Según algunos testimonios, se encuentran vestigios en el antiguo Egipto, como atestiguaría la expresión “circuncisión faraónica” y, más tarde, en la antigua Roma, período al que podría atribuirse también la aparición del término infibulación, de fibula (aguja), aplicada a los esclavos jóvenes de ambos sexos, a gladiadores jóvenes y a esclavas jóvenes, para impedirles relaciones sexuales y embarazos. Herodoto habla de ello como de una práctica conocida entre los fenicios, los hititas, los etíopes y los egipcios. También se hace mención en la antigua literatura médica: un médico griego (Soramus), que ejercía en Alesseria y Roma, describe con detalle las herramientas utilizadas, mientras que otro médico (Aecio) describe las diferentes fases de la operación. “Ambos argumentan que el propósito era disminuir el deseo sexual”¹⁴.

Otras hipótesis podrían hacerse, todas igualmente probables, pero una cosa es cierta: no fue el Islam quien introdujo en África las MGF, existían ya de antes. Se trata de prácticas tribales, que en algunas comunidades islámicas, pero ciertamente no en todas, han encontrado aceptación y, a veces, con división de principios. Sin embargo, no hay evidencia histórica de una correlación entre religión y difusión de la práctica de la MGF, ya que en los países donde la práctica está muy extendida, lo está indistintamente entre la población musulmana y la población cristiana (respectivamente 99,4 y 93,8 % en Guinea; 91,9 y 75,5% en Malí; 77,9 y 66,0% en Burkina Faso). Parece que la difusión de estas prácticas se puede explicar más fácilmente por el origen étnico¹⁵.

Pero si es poco importante la relación de esas prácticas tradicionales con la religión, mucho más importante es el papel que este tipo de prácticas tradicionales tiene en la definición de la identidad de género y en la formación de la pertenencia étnica, además de en la definición de las relaciones entre los sexos y las generaciones.

Las MGF se sitúan entre las tradiciones que marcan la transición de la niñez a la edad adulta, un rito por el que se convierte en “mujer”. Una identidad de género, socialmente construida, que le daría sentido a una identidad biológica, a través de la manipulación física del cuerpo, la eliminación del “macho” de los genitales femeninos (clítoris). Una manipulación que obliga a las niñas y a las futuras mujeres a realizar movimientos contenidos, comedidos por las lesiones sufridas, a caminar lentamente, elementos estos más acordes con la función que se atribuye a las mujeres en la sociedad. Una manipulación que ya desde la primera infancia pone fin a todas las formas de la promiscuidad entre niñas y niños, porque las niñas ya no son capaces de hacer esos juegos que requieren una expresión libre del propio cuerpo.

El ritual, más o menos determinado según el país, se transmite de madre a hija, de generaciones de mujeres a otras generaciones, dentro de un mundo femenino que sólo,

¹⁴ Bilotti, E. op. cit.

¹⁵ Yoder, P., ed altri, op. cit.

tras realizarse la operación, se abre a la comunidad, que, no obstante, ejerce en todo momento una fuerte presión sobre la decisión de todas las mujeres¹⁶.

LAS RAZONES DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

- **Socioculturales**

En algunas comunidades existe la creencia de que sólo con la eliminación del clítoris de una mujer ésta puede alcanzar la madurez y convertirse en un miembro de pleno derecho de la comunidad. La MGF también se considera una forma de control de la sexualidad de la mujer, quien, sólo privada de una parte de sus genitales, seguirá siendo virgen y casta. También significa “purificar a la mujer” de sus genitales externos, porque, en algunas tradiciones, tienen efectos negativos sobre su salud mental y no sólo sino también sobre la vida de su esposo e hijos en el futuro. En este contexto cultural, la MGF abre las puertas a las mujeres al matrimonio, lo que en muchas comunidades también conlleva el acceso a la tierra y, por tanto, a la supervivencia. La transmisión de creencias y valores asociados a la MGF tiene lugar a través de una fuerte presión social de toda la comunidad sobre las generaciones más jóvenes y sus familias. Un papel importante desempeñan las mujeres mayores, por lo general personas con autoridad y respetadas por toda la comunidad, que en las MGF tienen una fuente segura de ingresos.

- **Higiénicas y estéticas**

Las comunidades que practican la MGF asocian a los genitales femeninos externos una idea de fealdad y nocividad, piensan que si no se reducen convenientemente, pueden seguir creciendo, lo que condicionaría la vida de la mujer. La eliminación, más o menos radical, de las partes externas hace a la mujer más hermosa desde el punto de vista de la estética y más limpia desde el punto de vista higiénico, un concepto de belleza al que se asocia un significado más profundo de pureza espiritual.

- **Espirituales y religiosas**

Algunas comunidades hacen derivar este imperativo de la religión y creen, por tanto, que las MGF son indispensables para hacer a las mujeres jóvenes espiritualmente puras. En algunas comunidades musulmanas se tiende a creer que el Corán prescribe este tipo de prácticas, pero esto no es cierto en absoluto. No aparecen tales requisitos en los textos sagrados.

- **Psicológicas y sexuales**

Algunas comunidades tienden a apoyar la necesidad de MGF para evitar una actividad sexual descontrolada de las mujeres jóvenes, debido a un crecimiento excesivo del clítoris que aumentaría el deseo sexual. La MGF sería, pues, necesaria para preservar la virginidad de las jóvenes que pueden así llegar al matrimonio vírgenes, para proteger a los hombres y a toda la comunidad de una vida sexual disoluta. Se cree, además, que el estrechamiento de la vagina puede causar un mayor placer al hombre en las relaciones sexuales, y así evitar la infidelidad y el divorcio. Algunas comunidades también creen que la MGF puede favorecer la fertilidad.

¹⁶ Pasquinelli, C, (a cura) Antropologia delle Mutilazioni genitali femminili, AIDOS; 2000.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE PARA LA SALUD?

Las organizaciones internacionales (OMS, UNICEF, UNFPA) y los Estados, tanto occidentales como africanos o medio orientales, están de acuerdo en que las MGF representan una grave violación de la integridad física, psíquica y moral de las mujeres, una grave violación de uno de los derechos humanos fundamentales, el derecho a la salud.

Está demostrado por varios estudios y por la práctica médica diaria, que las MGF implican graves consecuencias para la salud física y mental de las niñas y de las mujeres, incluso con enfermedades relacionadas con complicaciones resultantes en función de la gravedad de la mutilación, de las condiciones de higiene en que se han realizado y también en las condiciones en que por lo general viven las mujeres, y de la habilidad de las personas que realizan esa intervención.

Las consecuencias de la MGF son numerosas, tanto a corto como a medio y largo plazo. El grado de mutilación va a condicionar el tipo de complicación, siendo más graves en el caso de las mujeres infibuladas.

INMEDIATAS	A MEDIO Y LARGO PLAZO
Dolor intenso	Alteraciones ginecológicas: infecciones vaginales, EIP, hematocolpos, dismenorrea.
Hemorragia	Alteraciones urinarias: ITUs de repetición, pielonefritis, incontinencia urinaria, retención urinaria.
Shock hipovolémico, muerte	Fístulas ginecológicas. Cicatrización anómala de los tejidos (fibrosis, cicatrices queloides).
Lesión de órganos vecinos	Infecciones por VIH, VHB o VHC.
Retención urinaria	Anemia.
Infección local	Dispareunia, disminución de la sensibilidad sexual.
Septicemia	Esterilidad.
Tétanos	Complicaciones obstétricas: partos prolongados, desgarros perineales, hemorragia post-parto, mayor tasa de cesárea y de morbi-mortalidad perinatal.
Miedo, angustia	Sentimiento de vergüenza, angustia, estrés post-traumático, depresión.

Por otro lado al ser una convicción social, favorecida por las madres y que tiende a perpetuarse por adaptación a lo que hace el resto de la comunidad, si no se mutila a la niña, no estará preparada para la vida adulta, no podrá casarse, ni tener hijos con nadie, se le rechazará en su sociedad etc. Lamentablemente, este argumento en nuestra sociedad da la vuelta y tal vez las consecuencias más dolorosas sean las alteraciones psicológicas por la vivencia de su mutilación como algo humillante y vergonzoso que les hace ser diferente de las demás y sexualmente menos atractivas ante los ojos occidentales o de otros hombres migrantes que proceden de etnias o países donde no se mutila a las niñas.

2. Casuística

INCIDENCIA/PREVALENCIA

Los datos mundiales sobre MGF son realmente alarmantes: de 130 a 140 millones de mujeres han sido sometidas a la mutilación genital femenina, 3 millones de niñas corren el peligro de ser mutiladas anualmente, 8.000 niñas son mutiladas diariamente, y 29 países constituyen la mayoría donde se practica la MGF pero hoy en día la práctica es universal¹⁷.

Conviene no obstante recordar que estas cifras comprenden todos los tipos y alcances de la MGF y que el tipo I constituye la práctica más frecuente. También se ha dicho en esta guía que las consecuencias de estas prácticas varían mucho de unos tipos a otros y que, en concreto, dentro del tipo I también se incluyen las escisiones del prepucio sin afectación en el corte del clítoris. No se sabe a ciencia cierta cuántas son, pero tenemos que ser conscientes que estas últimas también forman parte de las estadísticas y estimaciones de prevalencia e incidencia. El Hastings Center dice en un informe del año 2012 que “...*En su pasión para poner fin a la práctica, las organizaciones de defensa anti-mutilación a menudo hacen afirmaciones acerca de las cirugías genitales femeninas en África que son inexactas o demasiado generalizadas o que no se aplican a la mayoría de los casos*”¹⁸.

Tal y como se recoge en el Informe titulado *Diagnóstico de la mutilación genital femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi*, elaborado por la Fundación Wassu para Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, con fecha de 30 de junio de 2014, debido a las migraciones la práctica de la MGF ya no se restringe a países donde ha sido tradicionalmente llevada a cabo sino que viaja como “bagaje cultural” de las personas que migran, por lo que se puede afirmar, en línea con la consigna de que hoy lo local hoy es global, que la MGF está en diáspora.

Mientras que en los países donde la MGF se practica originariamente se mide la prevalencia a través de encuestas específicas como Demographic and Health Surveys (DHS) y Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), en los países de la diáspora africana suele utilizarse un acercamiento demográfico, como los datos del padrón, ya que los registros sanitarios no siempre son válidos, puesto que no siempre se registra la MGF¹⁹, debido a una falta de formación para la atención y la prevención de la práctica. Por esta razón, en el Estado Español se recurre a una fuente de información privilegiada: el Padrón Continuo de la Población Española, que se ha convertido en una buena fuente estadística para el estudio de la población inmigrante por posibilitar su registro independientemente de que su

¹⁷ Mora, Luis, UNFPA-Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Población, conferencia impartida en Bilbao, Delegación Territorial de Salud de Bizkaia, el 16 de noviembre de 2015.

¹⁸ Hastings Center Reprt. Seven Things to Know about Female Genital Surgeries in Africa.

¹⁹ EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (EIGE) (2013) Female genital mutilation in the European Union and Croatia, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

situación jurídico-administrativa esté regularizada. Además, el hecho de que la población extranjera no comunitaria sin autorización de residencia permanente deba renovar su inscripción en el padrón cada dos años, permite mantener un reflejo actualizado de este tipo de movimientos de población.

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA MGF EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

De acuerdo a los datos del Padrón Continuo de la Población Española a 1 de enero de 2012, analizados en el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012²⁰, de las 224.000 personas procedentes de países en los que se practica la MGF que habitaban en el Estado Español, 11.000 residían en la Comunidad Autónoma de Euskadi. A su vez, estas nacionalidades constituían el 6,9% de un total de 140.000 personas extranjeras que residían en la comunidad autónoma.

Euskadi era la séptima comunidad autónoma con mayor población procedente de países en los que se practica la MGF, y junto a Cataluña, Madrid, Andalucía, la Comunidad Valenciana, Aragón y Canarias, CAE e Illes Balears eran las regiones con más de 10.000 personas provenientes de países en los que se practica la MGF.

Desde 2008 a 2012 la población femenina de nacionalidad MGF creció especialmente, doblando su población en la CAE y en Castilla-La Mancha. En cuanto a la población femenina menor de 15 años, la CAE triplicó su población, igualada por Cantabria y Castilla-La Mancha, y solamente superada por el Principado de Asturias.

En 2012 más de 3.000 mujeres de estas procedencias habitaban en la CAE, representando el 5,5% de las más de 57.000 mujeres de nacionalidad MGF que residían en el Estado Español. La población femenina experimentó un crecimiento relativo intenso. En el periodo 2008-2012 esta población aumentó en más de 1.800 habitantes, un 142,1%, frente a un crecimiento relativo del 40% a nivel nacional para este colectivo, durante el mismo periodo. La población femenina menor de 15 años era de más de 800 niñas, con un destacado crecimiento de un 198,5% respecto a 2008, aumentando en más de 500 habitantes, superando ampliamente el ritmo de crecimiento del 61,4% registrado en el Estado Español.

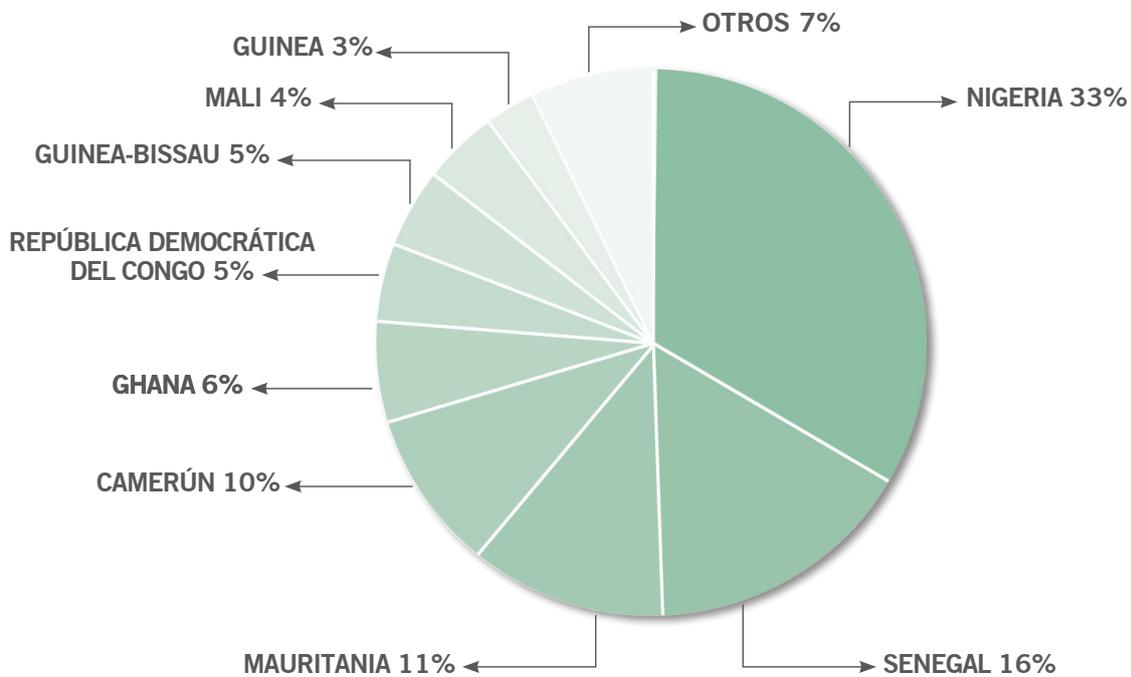
En lo que se refiere al total de la población de estas nacionalidades, Senegal ocupaba el primer lugar, con más de 3.000 personas, seguido por Nigeria, con más de 2.000. Aproximadamente 1.000 personas procedían de Mauritania, Camerún, Ghana y Malí. Sin embargo, las poblaciones procedentes de estas nacionalidades tienen diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo, de manera que al referirnos a la población femenina, Nigeria constituye la nacionalidad con mayor representación, dejando a Senegal en segundo lugar, siguiendo la tendencia a nivel español. Le siguen Mauritania, Camerún y Ghana. Una peculiaridad de la CAE es que la población femenina

²⁰ (Kaplan y López, 2013).

de Mauritania, Camerún y Guinea-Bissau está sobrerrepresentada relativamente. Entendemos por sobrerrepresentación relativa cuando la proporción de mujeres de un origen determinado que residen en una comunidad, respecto al total de la población de ese origen, está por encima del peso de la población total (MGF) de esa comunidad en el conjunto del Estado Español.

Al observar el origen nacional, de 2008 a 2012 la población femenina procedente de Nigeria aumentó de 400 a 1.061 mujeres; Senegal, de 175 a 510; Mauritania, de 150 a 353; Camerún, de 125 a unas 311; Ghana, de 60 a 180; República Democrática del Congo, de 75 a 149; Guinea Bissau, de 100 a 147; y Malí, de 40 a 143. El resto de nacionalidades tenía menos de 100 mujeres empadronadas en los municipios de la CAE.

Porcentaje de población femenina por nacionalidad en relación al total de las mujeres procedentes de países en los que se practica la MGF en el País Vasco, 2012



Fuente: elaboración Fundación Wassu a partir de UNICEF, 2013 y Kaplan y López, 2013.

La población femenina menor de 15 años seguía la tendencia de la población femenina en general, en cuanto a la representación por nacionalidad. De 2008 a 2012, las niñas de nacionalidad nigeriana se multiplicaron por cuatro, contando un total de 268 niñas, las senegalesas se triplicaron llegando a 142, mientras que las mauritanas eran el doble sumando 95.

Si continuamos observando la evolución demográfica y comparamos los datos de 2012 referidos en los párrafos anteriores con los datos de la Estadística del padrón continuo de la población a fecha del 1 de enero de 2014 facilitados por el INE, comprobamos que la población proveniente de países en los que se practica la MGF continúa en ascenso en la CAE. De un total de 3.171 mujeres en 2012 se pasó a 3.680 mujeres en 2014.

Tabla 1. Población femenina procedente de países donde se practica la MGF en la CAE, 2012- 2014

NACIONALIDAD	DATOS 2014	DATOS 2012	DIFERENCIA 2014-2012
Nigeria	1.412	1.061	351
Senegal	614	510	104
Mauritania	351	353	-2
Camerún	314	311	3
Ghana	203	180	23
Malí	157	143	14
Guinea Bissau	149	147	2
Rep. Dem. Congo	140	149	-9
Guinea Conakry	109	96	13
Costa de Marfil	61	52	9
Burkina Faso	38	38	0
Gambia	28	16	12
Kenia	46	48	-2
Egipto	19	18	1
Etiopía	17	17	0
Liberia	6	3	3
Benín	8	9	-1
Togo	3	2	1
Sierra Leona	5	5	0
Níger	n/d	3	-
Sudán	n/d	3	-
Tanzania	n/d	1	-
Uganda	n/d	3	-
República Centroafricana	n/d	1	-
Yemen	n/d	2	-
Total General	3.680	3.171	+536/-14

Fuente: Elaboración Fundación Wassu a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2014 según datos del INE, consultados a 20 de febrero de 2015 y a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2012, consultados en el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 (Kaplan y López, 2013).

n/d = no data

Observación: Desconocemos si la ausencia de datos para 2014 es debida a que no hay población de estas nacionalidades en la CAE o si se agrupan en la categoría "Resto de África"/"Resto de Asia" en el INE.

Si nos fijamos únicamente en la evolución de la población de niñas de 0 a 14 años, se ha pasado de 818 niñas en 2012 a 1.018 niñas en 2014. Además, en esta franja de edad se mantiene el orden de las 6 nacionalidades con mayor representación de niñas: Nigeria, Senegal, Mauritania, Camerún, Ghana y Malí, como se refleja en la tabla 2.

Tabla 2. Población femenina de 0 a 14 años procedente de países donde se practica la MGF en la CAE, 2012-2014

NACIONALIDAD	DATOS 2014	DATOS 2012	DIFERENCIA 2014-2012
Nigeria	439	268	171
Senegal	166	142	24
Mauritania	99	95	4
Camerún	86	77	9
Ghana	65	55	10
Mali	59	45	14
Guinea Bissau	17	19	-2
Rep. Dem. Congo	43	44	-1
Guinea Conakry	32	22	10
Costa de Marfil	19	14	5
Burkina Faso	11	12	-1
Gambia	11	5	6
Kenia	3	2	1
Egipto	5	5	0
Etiopía	4	4	0
Liberia	0	0	0
Benín	2	3	-1
Togo	0	2	-2
Sierra Leona	2	2	0
Níger	n/d	1	-
Sudán	n/d	1	-
Tanzania	n/d	0	-
República Centroafricana	n/d	0	-
Total General	1.018	818	+254/-7

Fuente: Elaboración Fundación Wassu a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2014 según datos del INE, consultados a 20 de febrero de 2015 y a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2012, consultados en el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 (Kaplan y López, 2013).

n/d = no data

Observación: Desconocemos si la ausencia de datos para 2014 es debida a que no hay población de estas nacionalidades en la CAE o si se agrupan en la categoría "Resto de África"/"Resto de Asia" en el INE.

Con respecto a la evolución por territorios, Bizkaia concentraba en 2012 el 58% (unas 1.800) de las mujeres procedentes de países en los que se practica la MGF, Araba/Álava el 31% (casi 1.000) y el restante 11% se encontraba en Gipuzkoa. La población femenina menor de 15 años tenía una distribución similar.

En cuanto a los municipios, en Vitoria-Gasteiz y Bilbao residían aproximadamente el 55% de las mujeres empadronadas en la CAE. Ambas albergaban población de todas las nacionalidades, pero en los dos casos, las mujeres nigerianas multiplicaban por tres a las originarias de Senegal. En Vitoria-Gasteiz, había una importante concentración de población mauritana. En Bilbao, Guinea-Bissau y la República Democrática del Congo eran el segundo

y tercer origen, dos nacionalidades que apenas estaban presentes en el resto de la región. Durango y Barakaldo superaban el centenar de mujeres con una notable diversidad de orígenes. Sestao, Irún, Donostia-San Sebastián, Basauri y Markina-Xemein eran el resto de municipios con más de 50 mujeres. En Sestao residían más mujeres de Nigeria; en Irún y Basauri, de Camerún; en Donostia-San Sebastián, de Senegal; y en Markina-Xemein, casi la totalidad de las habitantes procedentes de países donde se practica la MGF son de Senegal.

Si observamos la evolución de 2012 a 2014 comprobamos que se mantiene la distribución territorial de la población.

Tabla 3. Distribución territorial de la población femenina procedente de países donde se practica la MGF, según provincia de residencia, 2014

NACIONALIDAD	ÁLAVA	GIPUZKOA	BIZKAIA	TOTAL
Nigeria	588	147	677	1412
Senegal	105	172	337	614
Mauritania	146	95	110	351
Camerún	82	56	176	314
Ghana	67	27	109	203
Mali	52	13	92	157
Guinea Bissau	5	2	142	149
Rep. Dem. Congo	4	0	39	43
Guinea Conakry	42	12	55	109
Costa de Marfil	31	10	20	61
Burkina Faso	28	7	3	38
Gambia	6	1	21	28
Kenia	30	8	8	46
Egipto	7	8	4	19
Etiopía	0	6	11	17
Liberia	1	4	1	6
Benín	2	0	6	8
Togo	1	1	1	3
Sierra Leona	0	1	4	5
Níger	n/d	n/d	n/d	-
Sudán	n/d	n/d	n/d	-
Tanzania	n/d	n/d	n/d	-
Uganda	n/d	n/d	n/d	-
República Centroafricana	n/d	n/d	n/d	-
Yemen	n/d	n/d	n/d	-
Total	1.197	570	1.816	3.583

Fuente: Elaboración Fundación Wassu a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2014 según datos del INE, consultados a 20 de febrero de 2015 y a partir de los datos del padrón de población a 1 de enero de 2012, consultados en el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 (Kaplan y López, 2013).

n/d = no data

Observación: Desconocemos si la ausencia de datos para 2014 es debida a que no hay población de estas nacionalidades en la CAE o si se agrupan en la categoría "Resto de África"/"Resto de Asia" en el INE.

A la hora de valorar el riesgo de sufrir MGF para estas mujeres hay que tener en cuenta la prevalencia en cada uno de los países. Es evidente que no supone el mismo riesgo proceder de Camerún que tiene una prevalencia del 1%, que de Guinea con un 96%. Por eso resulta de interés comparar los primeros países que figuran en la tabla 3 con el mapa de prevalencia de la MGF en África, de tal forma que observamos los siguientes datos de prevalencia: Nigeria 27%, Senegal 26%, Mauritania 69%, Camerún 1%, Ghana 4%, Mali 89%, Guinea Bissau 50%.

En algunos estudios se han tenido en cuenta distintos factores de riesgo de MGF como son: la etnia, que la madre haya sufrido MGF, la religión y el nivel educativo de la madre. El factor más influyente en todos los casos ha sido la etnia aunque se ha apreciado también la influencia en mayor o menor medida de los otros factores según los países (UNFPA, 2015).

Como conclusión del apartado podemos afirmar que, aunque los números van al alza en la CAE, son relativamente reducidos si los comparamos con los de otras zonas del mundo. Sin embargo, no podemos dejar de abordar la atención, y sobre todo la prevención de los casos de MGF que pudieran darse a niñas que actualmente son nuestras conciudadanas procedentes de otras latitudes. La población potencialmente en riesgo es limitada en número, y está localizada geográficamente, lo que permite una mejor intervención, sin alarmismos ni estigmatizaciones, pero una intervención decidida y coordinada.

3. Fundamentación ética y jurídica

FUNDAMENTACIÓN ÉTICA

LOS PRINCIPIOS ÉTICOS

Como afirmaba el Comité Nacional de Bioética de Italia, en su informe de 1998, y tantos otros, es evidente que **la MGF debe considerarse éticamente inadmisibile**, y por ello los Estados tienen la obligación de adoptar todas las medidas eficaces para abolir la mutilación genital femenina (MGF) y otras prácticas tradicionales perjudiciales (PTP) para la salud de las menores²¹.

En otros textos la cuestión de la MGF se sitúa como una práctica que constituye un obstáculo, en el contexto del control de la propia sexualidad, al reconocimiento de la igual libertad de la mujer y el varón en el ejercicio de la misma y los derechos a la salud sexual y reproductiva. Así sucede en la Declaración y la Plataforma de Acción de Pekín (1995), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la población y el desarrollo (1994). Esta perspectiva orienta la acción desde la que se aborda la cuestión de la mutilación por la Organización Mundial de la Salud, como un aspecto del derecho de las mujeres y niñas a disfrutar del mayor nivel posible de salud en un concepto amplio que está ligado al pleno disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos²².

La aprobación en 1979 por las Naciones Unidas de La Convención sobre eliminación de toda forma de discriminación de la mujer, firmada por cerca de 150 países, ha dado lugar a una paulatina asunción por parte de los gobiernos de la necesidad de aprobar políticas positivas de lucha contra prácticas discriminatorias. En su art. 1 establece que la expresión “discriminación contra la mujer” se refiere a *“toda distinción o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce, o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y de la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil, o en cualquier otra esfera”*

Por lo tanto estamos ante una práctica, maleficente e injusta, que atenta directamente contra dos de los cuatro **principios clásicos de la bioética**.

- En primer lugar la MGF vulnera el **principio de no maleficencia** (“*primun non nocere*”: lo primero es no hacer daño). Las graves consecuencias de tal práctica, que pesan sobre la salud a lo largo de toda la vida de las afectadas, hacen que tales actos deban ser considerados como un grave atentado a la integridad de las mujeres que lo sufren. El derecho a la integridad física formó parte, junto con el de la vida, la libertad y la propiedad privada, de la primera Declaración de DDHH (Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789), nacida de la Ilustración.

²¹ Adela Asua. Magistrada del Tribunal Constitucional. Catedrática UPV.

²² M. Elena Torres Fernández. Universidad de Almería.

- En segundo lugar, pero no por ello menos importante, la MGF supone una clara lesión del **principio de justicia** (“todas las personas merecen la misma consideración y respeto”). En la segunda generación de DDHH (la Declaración Universal de 1948) se reconoce el derecho a la no discriminación de las personas por razón, entre otras cosas, de su sexo. La MGF es una práctica inaceptable en el estado actual de reconocimiento de la dignidad humana porque aborda el contenido del status inalienable de la persona desde el enfoque de género. Este enfoque ha puesto en primera línea las violaciones de derechos humanos basadas en la pertenencia de las víctimas al sexo femenino y al rol social que se les asigna en cuanto tales. Una de las modalidades más graves de estas violaciones de los derechos humanos es la violencia de género, y la MGF, como ya se ha dicho, es una modalidad de violencia de género.

EL RESPETO A LAS CULTURAS Y TRADICIONES DE LOS PUEBLOS

¿HASTA DÓNDE?

Hay que aceptar, en sociedades complejas como las nuestras, la existencia de colectivos plurales con diversas concepciones de la salud y concederles en principio la pretensión de ser valiosas en sí, respetándolas por ello²³. Pero, ¿hasta dónde debe llegar la tolerancia?

En ciertos ámbitos se invoca la idea del multiculturalismo para promover la tolerancia ante diversas costumbres importadas por un sector de población inmigrante. El multiculturalismo (o el término que se quiera adoptar) es una teoría que consiste en la defensa de la convivencia de varias culturas, que pueden no ser democráticas, en el seno de una misma sociedad democrática. No tiene nada que ver con el mestizaje, ni con el pluralismo cultural o la convivencia de culturas diferentes en un marco común. Lo que caracteriza al multiculturalismo es la negación de ese marco común y la división de la sociedad en compartimientos estancos, sin que se mezclen los elementos de las distintas tradiciones o culturas. En este sentido, mientras que es interesante favorecer el desarrollo del pluralismo cultural en la sociedad para que se dé una buena convivencia y se respeten los DDHH, no se debe promover la idea del multiculturalismo, ya que siempre hay un sector de la población en desventaja (frecuentemente las mujeres)²⁴.

Es cierto que la sociedad multicultural y multiétnica que existe desde hace años en Alemania, Francia o el Reino Unido, comienza a ser una realidad entre nosotros. Es también cierto que el camino de la integración no debe basarse en la imposición de las ideas o de los modos de vida. **Debemos respetar no sólo a las personas, sino también sus creencias y costumbres, pero no a cualquier precio, o no todas**²⁵.

La promoción de la diversidad cultural no significa dar por buenas todas las prácticas o tradiciones de una cultura –como algunas de nuestra propia cultura– sino sólo aquellas que resulten compatibles con la misma premisa de la igualdad sustancial de todo ser humano y el ejercicio de su libertad.

El Colegio Oficial de Médicos de Barcelona afirmaba en un comunicado lo siguiente: «la mutilación de los genitales femeninos es contraria a las leyes que garantizan el ejercicio

²³ Xabier Etxeberria.

²⁴ N. Martín Espildora.

²⁵ José Manuel Moreno Villarés. Pediatra del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

de los derechos fundamentales de la persona: la Constitución, el Estatuto de Autonomía, el Código Penal, la normativa comunitaria y la declaración de Derechos», añadiendo que «esta práctica no puede justificarse con el argumento de que constituye un elemento cultural que hay que respetar. El marco legal y deontológico ya consagra la protección del pluralismo ideológico y cultural de los individuos y de las colectividades».

La Exposición de Motivos de la L. O. 3/2005, de 8 de julio, afirma que: “El hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos”.

La realización de una práctica cultural que daña la salud de la mujer e interfiere en su sexualidad no tiene ninguna defensa desde el punto de vista ético²⁶.

FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA

Las normas penales expresan el reproche de la comunidad respecto a conductas intolerables. O dicho de otra manera, establecen un catálogo de prohibiciones correlativo al catálogo de derechos y de condiciones de vida social cuya primacía se considera irrenunciable para asegurar una convivencia pacífica y respetuosa de los principios organizativos de una sociedad. Los principios y valores éticos denominados “de mínimos” son los que acaban siendo refrendados en el derecho positivo, en las normas jurídicas, de los estados democráticos. Son precisamente los principios de “no maleficencia” y “justicia” los que representan los valores éticos de mínimos, los que el poder legislativo de los estados acaba haciendo exigibles para todas las personas y sancionables si no se respetan.

A pesar de la Declaración de los Derechos Universales de 1948, tanto la MGF como muchos otros actos de violencia perpetrados contra las mujeres en el ámbito de la familia o la comunidad, han permanecido invisibles al considerarlos “privados” y, por tanto, ignorados como actos que vulneran los derechos humanos.

NACIONES UNIDAS

La ONU ha sido una de las principales valedoras en la lucha contra las MGF, contribuyendo a colocarla en la agenda internacional de los Derechos Humanos, y algunas de sus principales agencias: Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Comisión sobre la Condición Jurídica de la Mujer (CSW), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), etc. trabajan en su erradicación. Estos son sus principales hitos:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1951.
- Declaración de los Derechos del Niño, 1959.

²⁶ José Manuel Moreno Villarés. Pediatra del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado en 1966, prohíbe la discriminación por motivos de sexo.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en 1966, reconoce que los derechos humanos “se desprenden de la dignidad inherente a la persona humana”.
- Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, 1979.
- La Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer.
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing-IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995.
- Las Observaciones finales del Comité sobre los Derechos del Niño: Togo (1997), ordenan explícitamente a los gobiernos que aprueben legislación para abolir la práctica de la MGF por ser una violación de los derechos de la infancia.
- La Asamblea Mundial de la Salud (24/05/2008) supuso un importante avance en materia de MGF.
- La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer adoptó una resolución titulada Eliminación de la Mutilación Genital Femenina (E/CN.6/2010/L.8).
- Resolución referida específicamente a la MGF (A/RES/67/146). ONU, diciembre de 2012.

ÁFRICA

En África muchos países han aprobado una ley específica sobre la MGF –Senegal, Mali, Burkina Faso, Mauritania o Ghana-, otros se han remitido expresamente al Código Penal o Criminal para perseguir y condenar estas prácticas y otros países no tienen una ley específica ni se remiten al Código Penal, aunque tengan leyes en vigor que podrían ser aplicables. Estas son sus principales normas:

- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos aprobada el 27 de julio de 1981 (CARTA BANJUL).
- Declaración de Derechos Humanos del Islam. Conferencia islámica de El Cairo 1990.
- Encuentro de expertos/as de 28 países africanos en El Cairo, el 23 de junio de 2003.
- Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de la mujer en África, adoptada en Maputo el 11 de julio de 2003 (PROTOCOLO DE MAPUTO).
- Solemne Declaración de Igualdad de Género en África de julio de 2004.
- Conferencia de Dakar el 3 y 4 de mayo de 2010.

EUROPA

Desde el **CONSEJO DE EUROPA**, diversas iniciativas legislativas contra la MGF, la sitúan como una violación gravísima de los derechos fundamentales y una forma de violencia contra la mujer, no justificable ni por respeto a tradiciones culturales o religiosas del tipo que fueren, ni en el contexto de rituales de iniciación.

La Resolución 1247 del Consejo de Europa relativa a la MGF, adoptada en 2001, pide a los Estados miembros que aprueben “legislación específica que prohíba la mutilación genital y declare que la mutilación genital es una violación de los derechos humanos y de la integridad corporal” y enjuicien a los responsables “incluidos los miembros de la familia y el personal de salud, por cargos penales de violencia con resultado de mutilación, incluidos los casos en que esa mutilación se cometa en otros países”.

El Convenio de Estambul-Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, que entró en vigor el 1 de agosto de 2014, es el primer tratado europeo que aborda específicamente la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar, e incluye la MGF. Los países firmantes, entre ellos España, se comprometen a perseguir internacionalmente la mutilación, sin que posibles restricciones de la justicia universal puedan ser un impedimento: “Artículo 38 – Mutilaciones genitales femeninas

Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:

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

La **UNIÓN EUROPEA** se ha posicionado también en torno a la MGF, y ha elaborado varias resoluciones en el Parlamento en las que se pide a los Estados la modificación de su legislación para perseguir a quienes la realicen, se opone a la práctica bajo control médico y propone la elaboración de programas educativos y de concienciación.

La Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE (2008/2071 (INI) condena toda forma o grado de MGF por ser “un acto de violencia contra la mujer que supone una violación de sus derechos fundamentales, concretamente el derecho a la integridad personal y física y a la salud mental, así como a la salud sexual y reproductiva”, y afirma que “dicha violación en ningún caso puede justificarse por el respeto a tradiciones culturales de diversa índole o por ceremonias iniciáticas”.

Los **ESTADOS EUROPEOS**, conscientes de la necesidad de tomar medidas contra esta práctica cada vez más frecuente en sus países por los flujos migratorios, se han decantado por alguna de estas tres opciones, desde el punto de vista legislativo:

- La introducción de una nueva legislación específica, como por ejemplo en Noruega, Suecia y Reino Unido.
- La modificación de la legislación existente para añadir referencias específicas dentro del articulado del Código Penal, como en Bélgica, Dinamarca y España.
- La prohibición de la MGF con las leyes penales existentes referentes a los daños físicos y al abuso de menores, como en Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Países Bajos, Suiza, etc.

ESTADO ESPAÑOL

En España las MGF, en cualquiera de sus formas, constituyen un delito de lesiones tipificado y sancionado en el ordenamiento jurídico del **Código Penal**, en cuyo artículo **149 L.O. 11/2003**, se establece el castigo del delito con penas de seis a doce años de prisión y, en el caso de una menor, se podría aplicar también la inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda y acogimiento por un periodo de entre cuatro a diez años.

En el año 2005 además, se aprobó la **L.O. 3/2005**, que persigue esta práctica extraterritorialmente, es decir, cuando la comisión del delito se produce en el extranjero, siempre que los autores o la persona afectada se encuentren en territorio español, como sucede en la mayor parte de los casos. Esto representa un avance en el principio de justicia universal hacia conductas contra los derechos humanos, evitando la impunidad en los casos en los que se aproveche la realización de un viaje al país de origen para practicar la MGF a las niñas.

Más recientemente se aprobó la **Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal**. El cambio legislativo en relación a la MGF que se introduce a partir de la aprobación de esta ley debe interpretarse de la siguiente manera:

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

1. Delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:
 - El procedimiento se dirija contra una persona española.
 - El procedimiento se dirija contra una persona extranjera que resida habitualmente en el Estado Español.
 - El delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en el Estado Español, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo, se encuentre en España. [...]

El artículo 13 de la **L.O. 1/1996 de Protección Jurídica del Menor** pone de manifiesto que las personas o profesionales que detecten situaciones de riesgo o desamparo de un o una menor, están obligadas tanto a prestarles auxilio, como a poner los hechos en conocimiento de los representantes legales correspondientes.

Por otro lado, el conocimiento y la inacción frente a estas prácticas pueden comportar, para los profesionales de la salud, la comisión de un delito de omisión en el deber de evitar o promover su persecución, tipificado en el artículo **450 del Código Penal**.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

El marco normativo de la Comunidad Autónoma de Euskadi referente a la protección específica de las mujeres y de las niñas lo componen dos leyes:

- Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
- Ley 3/2005, de 18 de febrero, de atención y protección a la infancia y adolescencia.

Estas dos leyes han de interpretarse en el marco de la legislación internacional, europea y del estado español referente a la MGF que sea de obligado cumplimiento en la CAE, teniendo en cuenta la totalidad de la normativa sobre la defensa de los derechos humanos, la igualdad de mujeres y hombres, y la protección a la infancia. Como ejemplo de este tipo de interpretación, en el ámbito internacional, la prohibición de discriminación y el reconocimiento de las víctimas como “titulares de derechos”, ejes centrales del enfoque de derechos humanos, han de ser aplicados a los tratados específicos: Convención de Derechos del Niño y la Niña (CDN) y Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Este triple enfoque de derechos humanos, género e infancia constituye el marco amplio de interpretación normativa a aplicar también en el ámbito autonómico.

CONFLICTOS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA. ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD

En la práctica asistencial y preventiva de los profesionales de la salud y sociales, la toma de decisiones respecto a en qué supuestos y en qué momentos se debe dar parte a las autoridades judiciales o fiscales puede resultar difícil y generar conflictos éticos.

En el plano del enjuiciamiento penal, la claridad de la prohibición de la MGF y su declaración como conducta ilícita, no tolerable, no es incompatible con la matización del reproche atendiendo a las circunstancias personales. Circunstancias que remiten a la fuerza de una tradición cuya observancia consideran un deber o una imposición que no se atreven a romper por temor a supuestas consecuencias perjudiciales conforme a sus creencias. Creencias cuya superación requiere explicaciones y ambiente propicio que permita entender la prohibición como algo razonable y no hostil al mantenimiento de rasgos culturales propios.

La mutilación genital femenina no tiene una única y definida respuesta. La cuestión no puede quedar reducida a un conflicto entre los valores de la sociedad de acogida y los valores de la población migrante, buscando de esa forma una salida fácil en el sacrificio del valor minoritario. Asimismo, las posibilidades de aportar soluciones desde el ordenamiento jurídico, y en concreto del derecho penal, son limitadas, por los propios rasgos de ese sector del ordenamiento investido del carácter de “última ratio”. No podemos ignorar que si el objetivo es lograr la erradicación de tales prácticas, no será ni suficiente ni procedente utilizar simplemente el instrumento punitivo²⁷.

Es en el escenario de la práctica asistencial (sanitaria, social o educativa), donde nos jugamos una parte importante del éxito de la erradicación de la MGF. Con las actuaciones recomendadas en esta u otras guías se podrá avanzar en este empeño, pero realmente la pretensión esencial de esta guía es ayudar a los y las profesionales de la salud a conseguir que niñas concretas con las que convivimos, que tienen nombre y apellidos y que visitan nuestros centros sanitarios, no sean mutiladas. **Los y las profesionales deben actuar aplicando las normas y protocolos a cada caso concreto y eso no es un proceso mecánico o automático: implica asumir responsablemente decisiones difíciles por la complejidad de los problemas, la extrañeza de los contextos y circunstancias y la incertidumbre de los resultados y consecuencias de esas decisiones.** Y es aquí, en este escenario, en el proceso de toma de decisiones, donde se plantean los principales conflictos éticos.

A principios del siglo XX se distinguieron dos tipos ideales de ética opuestos entre sí, denominados “**ética de la convicción**” y “**ética de las consecuencias**”. El primero identifica la vida moral con la aplicación directa de principios y reglas a situaciones específicas, sin considerar las circunstancias y las consecuencias, en tanto que el segundo solo busca la obtención de los mejores resultados y consecuencias posibles, sin atenerse a principio alguno. La ética de la convicción agrupa a las éticas principialistas, también llamadas deontológicas (deon = principio) y la ética de las consecuencias engloba a las corrientes éticas utilitaristas o teleológicas (telos = fin).

Max Weber propuso como alternativa a estos dos modelos extremos un tercero intermedio, que tuviera en cuenta al mismo tiempo los principios y las consecuencias, con el fin de alcanzar decisiones razonables, prudentes, ponderadas o sabias. Denominó “**ética de la responsabilidad**” a este tipo ideal intermedio.

Las éticas de la responsabilidad se basan en dos tesis previas:

- La realidad es mucho más compleja que nuestras ideas sobre ella.
- Todas las personas afectadas por una decisión deben tener la posibilidad de intervenir en un proceso deliberativo, aportando sus razones y enriqueciendo así el resultado final, que debería poder ser asumido libremente y sin coacción por todos los participantes.

²⁷ Adela Asua. Magistrada del Tribunal Constitucional. Catedrática UPV.

Debemos adoptar nuestras decisiones morales teniendo en cuenta no solo los criterios generales expresados por los principios morales, sino también el análisis y evaluación de las circunstancias y consecuencias específicas que concurren en una situación determinada. **Es irresponsable decidir sólo a la vista de los principios. Nuestra responsabilidad se dirige siempre hacia el futuro y, por consiguiente, hay que tener en cuenta las consecuencias como una parte integrante del juicio moral.** En el proceso de elaborar juicios morales concretos, los principios sin las consecuencias son ciegos, y las consecuencias sin los principios, vacías²⁸.

En conclusión, **los principios están soportados por las normas jurídicas y estas no se deben aplicar de forma automática, a ciegas, sino tras haber valorado el contexto y circunstancias concretas de cada caso y las posibles consecuencias de las decisiones adoptadas.**

Respecto a estas **obligaciones legales**, y en concreto la de denunciar la comisión de un delito es preciso hacer las siguientes puntualizaciones:

- En primer lugar, debe de aclararse que el artículo 450 de nuestro Código Penal no obliga a denunciar un delito, sino a impedirlo, pudiendo hacerlo. Es decir, habría que valorar la denuncia de una MGF descubierta por un profesional siempre y cuando se entendiera que con ello se va a lograr prevenir otra MGF y procurando no vulnerar el mayor interés de la menor, produciendo así la doble victimización.
- La obligación de denunciar viene referida en los artículos 259, 262 y 264 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. El artículo 262 dice que los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo. Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250 (en el resto de los casos será entre 25 y 250 pesetas).

Considerando por un lado la insignificante magnitud de la posible sanción del incumplimiento de la obligación de denuncia y por otro la inequívoca intención del legislador de obligarnos a actuar para impedir la comisión de un delito, se puede deducir que **la obligación de dar parte a la justicia no es absoluta, sino relativa, y está supeditada a la obligación de asistir y prevenir.**

No podemos olvidar que **el bien supremo del menor debe prevalecer** sobre cualquier otra consideración, incluidas las obligaciones legales, porque ninguna de estas puede suponer un perjuicio para la víctima, en este caso para las y los menores, y evitar la doble victimización.

Este ejercicio valorativo y deliberativo que se recomienda hacer en esta guía para algunos supuestos supone restar seguridad y certidumbre en la toma de decisiones, pero es la mejor manera de asumir la responsabilidad de tomar decisiones prudentes que cumplan

²⁸ Diego Gracia.

con el doble objetivo de prevenir e impedir la MGF en cada caso concreto y de procurar, en la medida de lo posible, el mayor interés de la menor.

DERECHOS, OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES

Desde la triple óptica de los derechos de las personas afectadas por la MGF, de las obligaciones que se deducen necesarias para el respeto de esos derechos y de las responsabilidades inherentes a la toma de decisiones en cada caso, podemos clasificar a todos los agentes implicados en tres grupos: los titulares de derechos, los titulares de obligaciones y los titulares de responsabilidades. Obviamente todos los agentes o actores implicados en la MGF tienen derechos, obligaciones y responsabilidades, pero, según quién sea el agente, predomina más un rol moral sobre los otros.

ROL MORAL	DEFINICIÓN	AGENTES
TITULARES DE DERECHOS	Las personas que sufren la vulneración de sus derechos, pero que son también protagonistas activos en la transformación de esta situación y con capacidades para materializar sus derechos y los de sus comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres que han padecido MGF. - Niñas que han padecido MGF. - Mujeres y niñas en riesgo de padecerla.
TITULARES DE OBLIGACIONES	Las instituciones que tienen obligaciones jurídicas y morales con relación a las garantías, cumplimiento y desarrollo de los derechos.	<ul style="list-style-type: none"> - Estados, en especial, los sistemas públicos de salud, educación y justicia además de todas las autoridades que representan al Estado en un momento dado, tanto del Norte como del Sur. - Organismos Internacionales.
TITULARES DE RESPONSABILIDADES	Sujetos que tienen que aplicar las normas y protocolos, teniendo en cuenta las consecuencias, buscando actuaciones prudentes que lesionen lo menos posible los valores en conflicto en cada caso.	<ul style="list-style-type: none"> - Familias. - Autoridades y Líderes Tradicionales (civiles y religiosos) y “Circuncidoras”. - Profesionales del sector salud. - Jueces y fiscales. - Sociedad Civil Organizada: ONG, asociaciones, etc. - Medios de Comunicación.

Fuente: ODA'M 2013 (autora: Zuleyka Piniella). Adaptación propia.

Los agentes titulares de derechos son los sujetos a los que van dirigidas las actuaciones de los demás agentes (titulares de obligaciones y de responsabilidades), que podrían resumirse en las siguientes tablas:

TITULARES DE DERECHO

MUJERES CON MGF	NIÑAS CON MGF	MUJERES EN RIESGO	NIÑAS EN RIESGO
		Priorizar la prevención y mediación antes que la intervención judicial.	
Atención especializada para minimizar consecuencias.		Sensibilización y educación sobre los efectos perjudiciales de la MGF y sus derechos.	
Promoción de diálogo intergeneracional sobre el patrimonio cultural, sus aspectos positivos y negativos.		Rituales alternativos o compromisos colectivos de protección.	
		Establecimiento de mecanismos de protección y difusión de los mismos.	

Fuente: ODA'M 2013. Adaptación propia.

TITULARES DE OBLIGACIONES

ORGANISMOS INTERNACIONALES	ESTADO	JUSTICIA	SALUD	EDUCACIÓN
Promoción de Marcos normativos que garanticen los Derechos Humanos y Colectivos.	Ratificación de los Compromisos Internacionales referidos a los Derechos Humanos. Puesta en marcha de las medidas políticas, legales y administrativas necesarias para la materialización de esos derechos.	Revisión, promoción y ejecución de reformas legales según los compromisos y convenios Internacionales de Derechos Humanos individuales y colectivos.	Formación específica del personal sanitario para la detección de la población de riesgo y la intervención para minimizar las consecuencias de la MGF en la salud.	Formación del personal educativo para la detección de la población de riesgo.
Vigilancia sobre el cumplimiento de los Derechos y establecimiento de recomendaciones.	Coordinación entre estados receptores y emisores en cuanto a migración.	Coordinación con otros sistemas legales para garantizar los Derechos Humanos individuales y colectivos.	Posicionamiento de las asociaciones profesionales contra la medicalización de la práctica.	Diseño de currículos educativos que incluyan la reflexión y debate sobre las prácticas tradicionales positivas y negativas.
Apoyo a las iniciativas nacionales y redes internacionales.	Coordinación con la sociedad civil organizada especializada en este ámbito.	Puesta en marcha de medidas de coordinación para los casos de riesgo.		
Coordinación y socialización de experiencias exitosas.	Participación activa en los organismos internacionales en la prevención y erradicación de la MGF y otras PTP.	Protección y apoyo a las personas que promueven el abandono de la práctica.	Sensibilización y educación sobre los efectos de la MGF. Asistencia y asesoría para su atención y recuperación en la medida de lo posible.	Campañas o clubes escolares sobre las Prácticas Tradicionales.

Apoyo y protección de activistas y personas defensoras de DDHH que luchan contra las PTP.

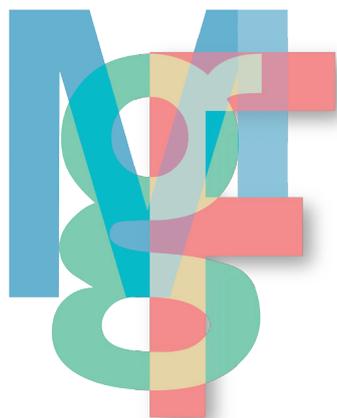
Promoción de la investigación académica/ universitaria sobre el patrimonio cultural y las Prácticas Tradicionales socialización de experiencias exitosas.

Fuente: ODA'M 2013. Adaptación propia.

TITULARES DE RESPONSABILIDADES

FAMILIAS	LÍDELES TRADICIONALES	PROFESIONALES DE LA SALUD, EDUCACIÓN Y SOCIALES	JUECES Y FISCALES	SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Promoción del diálogo intergeneracional e intergénero sobre el patrimonio cultural, las PTP y la MGF. Sensibilización y educación de las autoridades tradicionales. Promoción de sus funciones culturales positivas.		Vigilancia y protección sobre casos de riesgo.	Ponderación de las sanciones para procurar el mayor interés de la menor.	Programas de desarrollo, campañas de sensibilización y educación sobre los Derechos Humanos.	Compromisos éticos para el abordaje responsable de las PTP y la MGF.
Promoción de alternativas del uso de las PTP y la MGF.		Sensibilización y educación sobre los efectos perjudiciales de la MGF.	Coordinación con el sistema de sanitario y social públicos.	Identificación de figuras tradicionalmente relevantes e incorporación a la lucha contra la MGF.	Denuncia de los incumplimientos por parte de estados y autoridades de los compromisos y normas referentes a derechos.
Incorporación a la lucha contra la MGF como mediadores en el proceso.		Actuaciones paliativas para las mujeres y niñas mutiladas.		Reconocimiento y apoyo público para quienes abandonan la práctica.	
	Clarificación y posicionamiento religioso frente a las PTP y la MGF.	Coordinación con la fiscalía de menores y jueces de instrucción.		Apoyo a los procesos comunitarios de comunidades emigrantes a sus comunidades de origen.	Difusión de las campañas y acciones de la sociedad civil organizada y promover declaraciones de comunidades libres de MGF.

Fuente: ODA'M 2013. Adaptación propia.



PARTE SEGUNDA

Actuaciones sociosanitarias
recomendadas

1. Actuaciones preventivas generales

Las actuaciones preventivas deben enmarcarse en el contexto global de integración de la familia, procurando una adaptación laboral, social y cultural a nuestra comunidad y empoderando a la mujer para permitirle tomar decisiones con convicción propia. En ese contexto las costumbres perjudiciales para las niñas se verían poco a poco fuera de lugar. Pero desgraciadamente esta integración no es la más habitual.

Las actuaciones que se proponen realizar desde la asistencia sociosanitaria buscan un doble objetivo: la mejora de la salud de las mujeres y niñas a las que ya se ha practicado la MGF y, muy especialmente, la detección del riesgo y prevención de su práctica en niñas/mujeres que, por su contexto familiar, están en una situación de especial vulnerabilidad. Para conseguir estos objetivos, se necesita enfocar todo lo que se haga desde una mirada transversal que abarque una perspectiva de género y una perspectiva transcultural.

Para el éxito de esta empresa, tan importante es esta visión transversal de la MGF como la coordinación interdisciplinar entre los distintos profesionales del Sistema sanitario de Euskadi y la colaboración con otros agentes comunitarios (líderes comunitarios, sistema educativo, sistema social, sistema judicial...etc.).

Será necesario por tanto, contar con información sobre la red de recursos comunitarios que faciliten la continuidad de la atención y cuidados de la mujer o niña, 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 cumplir adecuadamente con estos objetivos, es imprescindible cubrir la imperiosa necesidad de una capacitación específica en estas cuestiones por parte de los y las profesionales de la salud que permitiera conocer la existencia de esta práctica y sus consecuencias, así como promover la sensibilización y la formación en herramientas e intervenciones para la prevención y actuación ante la MGF.

La **estrategia de prevención** respecto a la práctica de la MGF ha de desarrollarse en tres niveles:

- Individual.
- Familiar.
- Comunitario.

En la prevención de la MGF se necesita tener muy presentes los patrones de comportamiento social y cultural, que son su causa intrínseca, para perseguir un cambio en la percepción de estas prácticas por la comunidad practicante.

Es sabido, que en la mayoría de los casos, tanto las personas que la practican como las familias y las mujeres que la sufren 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, pero no el único, las graves **consecuencias para la salud**, a corto y largo plazo, de las niñas y de las mujeres a las que se practica e informar/formar al respecto a la paciente, a su familia y/o a su comunidad.

Así mismo, esta intervención informativa/educativa estará rodeada de un trabajo más profundo que se base en el respeto, en el acompañamiento, en el apoyo emocional y en la reconducción de creencias (falsas convicciones sobre los beneficios y ventajas del corte), respetando siempre el ritmo que precisen estas mujeres y sus familias para trabajar estos planteamientos y para conseguir un cambio de actitud que además permita conservar una relación terapéutica eficaz y gratificante.

Esta intervención educativa podría ser llevada a cabo de manera individual y/o familiar en consulta, **incluyendo de manera proactiva a los hombres** de estas comunidades, utilizando herramientas y técnicas comunicacionales y de la “Atención Familiar”, que se adapten a sus características particulares, culturales y a sus propias necesidades, eligiendo el momento más propicio para llevarla a cabo este cometido.

Señalar también, que si para esta labor de prevención el nivel de intervención elegido es el comunitario, además de todo lo anterior será indispensable la formación en herramientas de trabajo en grupo, habilidades comunicacionales específicas, y sensibilización en cuestiones culturales de estas comunidades, por lo que sería deseable favorecer la posibilidad de trabajar con líderes comunitarios y/o mediadores culturales e incluso delegando en ellos esta labor a través de una coordinación en red con los mismos.

La intervención socio-sanitaria en las mujeres que han sufrido MGF está justificada por los siguientes motivos:

- En primer lugar, porque las mujeres mutiladas pueden beneficiarse en la medida de lo posible de un plan terapéutico dirigido a su secuela física o psicoemocional.
- Y en segundo lugar, porque la detección de una MGF en una mujer en cualquier punto de la red asistencial nos debe poner en alerta de posible riesgo de nuevas mutilaciones en caso de tener hijas o convivir con niñas de su misma familia o etnia.

Por eso, tan importantes como las intervenciones preventivas a realizar con las familias en riesgo, son las actuaciones para la detección de estos factores de riesgo. Dentro del Sistema sanitario de Euskadi, ambos tipos de actuaciones recaen fundamentalmente en el ámbito de la Atención Primaria, pero también, dentro del ámbito hospitalario, en el de la ginecología, la obstetricia y el trabajo social. En Atención Primaria resulta capital las actuaciones que se deriven del equipo pediátrico y se los centros de atención a la mujer, pero el papel de la medicina y enfermería de familia es muy propicio para la coordinación general dentro del sistema sanitario y fuera de él. En este sentido, cabe señalar como una potente estructura de comunicación y colaboración con los y las trabajadores/as sociales a los Equipos de Atención Primaria Sociosanitarios (EAPSS).

FACTORES DE RIESGO A TENER EN CUENTA

- **Detección de familia en riesgo:**

- Ser originaria de un país y etnia en que es admitida la práctica de la MGF.
- Ser niña y pertenecer a una familia en la que alguna otra niña o mujer haya sufrido MGF.
- Verbalización de la familia de una postura favorable.

- **Riesgo inminente/ Factores precipitantes:**

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

En estas situaciones será necesario compartir la intervención sanitaria con otros servicios y estamentos de la sociedad, activando desde el servicio sanitario un trabajo en red que promueva una coordinación intersectorial (sistema sanitario, servicios sociales y en última instancia el sistema judicial) que avale una resolución positiva de la situación de riesgo.

ACTUACIONES PREVENTIVAS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO

Para prevenir y atender adecuadamente la MGF hay que tener en cuenta dos premisas básicas: ganarse la credibilidad ante la familia, así como su confianza y trabajar en coordinación con otros sectores: social, educación y tercer sector (mediadores interculturales, agrupaciones etc.).

Para el abordaje preventivo es fundamental conocer el marco antropológico, determinados aspectos ético-legales y el hecho de que la mayoría de las madres mutiladas no desean que sus hijas sufran esta tradición. Por eso recomendamos incluir al padre en la consulta y que esté presente en las recomendaciones.

En el ámbito relacional-comunicacional, 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. Se ha de ser muy cuidadoso/a y se utilizarán palabras y términos desprovistos de connotaciones que culpabilicen o que denoten rechazo hacia estas personas y a sus familias o comunidades. Se recomienda, a la hora de abordar la cuestión de la MGF, los términos **“corte” o “sunna”**, ya que de utilizar las palabras mutilación o ablación se podría generar confusión o, lo que es peor, rechazo.

Aunque el principal reto a alcanzar sea el evitar que las niñas en riesgo sean mutiladas, es muy importante que conseguirlo sin provocar la estigmatización de estas mujeres y

de sus familias. No debemos olvidar que los padres tomaron la decisión de realizar la práctica de la MGF por la importancia que le dan al bienestar de la niña en concordancia con las normas y tradiciones de su etnia, evitando así que se produjese el rechazo de la niña en el círculo más cercano de su comunidad. Pero, al mismo tiempo, debemos ser conscientes que una buena parte de las madres mutiladas, no desean que sus hijas lo sean también, aunque les resulta muy difícil oponerse a sus maridos, y familiares de sus lugares de origen.

Es importante conocer el origen etnográfico de las mujeres migrantes que acuden con sus hijos a las consultas, pero el dato que más pistas nos dará para saber si estamos ante una niña en riesgo de ser mutilada es conocer si la madre, hermanas, abuela o tías de la niña lo están. Y todo ello requiere más atención y premura si se prevé un viaje próximo de la familia a su país de origen.

La **detección del riesgo** por testimonio directo de las mujeres mutiladas se puede dar en cualquiera de los tres sistemas públicos principales, sanitario, social y educativo, aunque las probabilidades de que ese testimonio se produzca en algún punto del sistema sanitario son mucho mayores. En cambio, la detección del riesgo por comprobación directa de la MGF sólo se puede producir en el contexto de una exploración clínica. Cualquiera de las dos formas de detección del riesgo debe ser registrada y comunicada al resto de agentes.

Detectados los riesgos en una familia concreta, es cuando se debe empezar a hacer **prevención** basada en:

- La sensibilización sobre la importancia de la MGF.
- La información sobre las consecuencias de su práctica (sanitarias, psicosociales y legales).
- La educación en valores y creencias.

La prevención más eficaz que se puede realizar es la que se base en el convencimiento más que en la coacción y siempre desde el respeto. Es importante informar sobre las consecuencias penales que puede acarrear la práctica de la MGF, pero esgrimirlas como medio coactivo de prevención no es una buena práctica, más allá de la utilización del “documento de compromiso preventivo”²⁹ cuando se prevea un riesgo inminente. Este documento, más que una amenaza para los padres, debe ser visto y debe servirles como soporte y ayuda en el país de origen para evitar la práctica de la MGF.

En el siguiente flujograma se reflejan las medidas generales y las interacciones entre distintos agentes en la prevención de la MGF para mujeres y niñas en riesgo.

²⁹ Véase en Anexo IV.



Cuando el riesgo detectado es inminente o ante una familia sobre la que se está actuando preventivamente se detectan factores precipitantes (viaje al país de origen), los servicios sociales deberán ser informados por él o la profesional conocedora de los hechos. De forma inmediata se coordinarán los o las profesionales de pediatría y trabajo social para planificar coordinadamente las acciones preventivas anteriores al viaje.

En primer lugar habrá que considerar si con anterioridad ya se han realizado actuaciones preventivas con la familia en cuestión. De forma conjunta se valorará el riesgo en relación a la actitud ante programación de consulta con pediatra antes del viaje y a su regreso, **firma del Compromiso Preventivo**, estimación de la presión que las familias extensas en país de origen puedan realizar en favor de la práctica de la MGF y las capacidades de padre y madre para afrontarlas...

Ante el supuesto de que la familia no colabore o rechace las propuestas realizadas, o si se constatan evidencias claras de que existe intención por parte de la familia de practicar MGF a alguna de sus hijas, se comunicará la situación al Servicio Especializado de Protección a Menores o, dependiendo de la urgencia por proximidad del viaje, directamente a Fiscalía o al Juzgado de Guardia para la adopción de las medidas de protección a la menor que se estimen oportunas.

Al regreso del viaje se verificará si ha acudido a la cita programada con pediatra. Si es así, el o la pediatra realizará un examen completo de la salud de la menor incluyendo

la exploración de los genitales. Si la niña no ha sufrido daños, se recomienda trabajar el refuerzo positivo.

Si por el contrario se constata que la menor ha sido mutilada, en primer lugar se deben atender las consecuencias físicas y psíquicas sobre la salud de la menor, implementando las acciones terapéuticas necesarias para paliarlas. En el seno del EAPSS o el equipo de profesionales que interaccionó con la familia previa al viaje tendrá que valorar la situación, siempre velando por el interés superior de la menor y evitando la doble victimización, y se valorará la comunicar la situación a las instancias que se consideren oportunas.

Si se tiene constancia del regreso del viaje de la menor sin acudir a la revisión pediátrica programada o no se permite la realización del examen de salud a la niña, se valorará la comunicación de la situación al Servicio Especializado de Protección a Menores.



Si desde pediatría se informa de la detección de MGF recientemente practicada a una menor, sin constancia previa, se valorará la situación en el EAPSS o equipo multidisciplinar e interinstitucional, analizando si previamente se habían detectado factores de riesgo, se había realizado prevención con la familia y a pesar de ello se ha permitido la MGF, o si por el contrario no se detectaron a tiempo y no hubo lugar a acciones preventivas.

Al igual que en el punto anterior, considerando las circunstancias de cada caso se adoptarán las decisiones que se consideren más beneficiosas para la menor.

2. Actuaciones según los puntos de detección e intervención

EQUIPO DE GINECOLOGÍA/OBSTETRICIA

Para la mayoría de los y las ginecólogas y matronas la MGF es una realidad desconocida en nuestra comunidad. De hecho, muchos profesionales no han visto ningún caso y si lo han visto no han podido reconocerlo. Este hecho contrasta con los datos que disponemos de población africana procedente de países donde se practica la MGF, que reflejan un aumento exponencial en los últimos años en el País Vasco.

CONSULTA DE GINECOLOGÍA

Para responder a la pregunta de por qué no se diagnostica, debemos preguntarnos antes si es posible ver lo que no se busca, y es ahí donde encontraremos la respuesta. La mujer con MGF no suele acudir a la consulta o a la urgencia de ginecología por este motivo. Habitualmente consultan por motivos similares a otras mujeres: metrorragia, dolor abdominal, prurito vaginal, retraso menstrual... En ocasiones acude a su matrona dentro del programa de cribado del cáncer de cérvix.

En el primer contacto en consulta se priorizará el establecimiento de una relación de confianza que permita conocer su historia personal (país de origen, etnia, tiempo de permanencia...) y normalizar las preguntas sobre MGF como parte de su salud sexual y reproductiva. Así mismo, se indagará sobre las manifestaciones clínicas relacionadas con la MGF: dismenorrea, dispareunia, cistitis y vaginitis de repetición... Todo esto se deberá realizar previamente a la exploración ginecológica, lo que facilitará la misma y la continuidad de las visitas³⁰.

La relación médico-paciente creada con las consultas ginecológicas sucesivas facilitará la introducción de argumentos en contra de la MGF.

Al explorar a la paciente se realizará una minuciosa valoración de los genitales externos, comprobando la integridad del prepucio, del clítoris, así como de los labios menores y mayores. De esta manera diagnosticaremos el tipo de MGF practicada a la paciente (ver anexo 1).

En la mayoría de las ocasiones encontraremos una MGF tipo I y II, ya que son las más comunes, constituyendo entre el 80-85% de los casos. La MGF tipo III es menos frecuente, 15-20% de los casos, y se realiza en los países del cuerno de África. Es excepcional encontrarnos este tipo de mutilación en nuestra consulta por su baja prevalencia y por

³⁰ Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ.

el origen de la población africana inmigrada en nuestro territorio. No obstante, si nos encontramos un caso de MGF tipo III debemos saber que nos resultará imposible realizar una exploración vaginal completa e incluso una ecografía vaginal. Además, debemos de tener en cuenta que si el motivo de la consulta es la anticoncepción, el DIU no va a ser un método de elección. Si en la exploración se objetivara una sinequia o una infibulación se ofrecerá a la mujer cirugía reparadora.

En todos los casos es importante poner el caso en conocimiento del médico o médica de atención primaria de la paciente, para su seguimiento y coordinación de cuidados.

CONSULTA DE OBSTETRICIA (GINECÓLOGO/A Y/O MATRONA)

La consulta de embarazo es, en muchas ocasiones, el primer contacto de la mujer con el ámbito sanitario, por lo que nuestra sensibilización y actuación en este campo puede marcar un antes y un después en la relación de la mujer con las y los profesionales sanitarios.

En la exploración ginecológica del primer trimestre, en torno a las 12 semanas de gestación, se valorará la existencia o no de MGF y el tipo. En caso de que se objetive, se anotará MGF en la cartilla de embarazo y se codificará.

No obstante, no será hasta la semana 24-28 de gestación cuando se aborde el tema en la consulta de la matrona, aprovechando la relación de confianza creada en las consultas previas. Es en este momento cuando se comenzará la sensibilización en esta materia desde la propia consulta, derivando a la mujer a programas sociosanitarios específicos en MGF (si se dispone de ellos) o al trabajador social, si se considera oportuno.

El control de embarazo se realizará como en cualquier otra gestante, según los protocolos vigentes. Se explicará claramente las actuaciones clínicas en cada visita y se tendrá en cuenta la MGF en las exploraciones vía vaginal, ya que puede interferir en su realización.

Es importante que de constatare una mutilación quede registrada debidamente en la historia clínica de la gestante, de cara al parto:

- MGF tipo I o II, se debe tranquilizar a la gestante en cuanto a las posibles complicaciones motivadas por esta situación durante el parto.
- MGF tipo III o infibulación. En estos casos se plantea la desinfibulación.

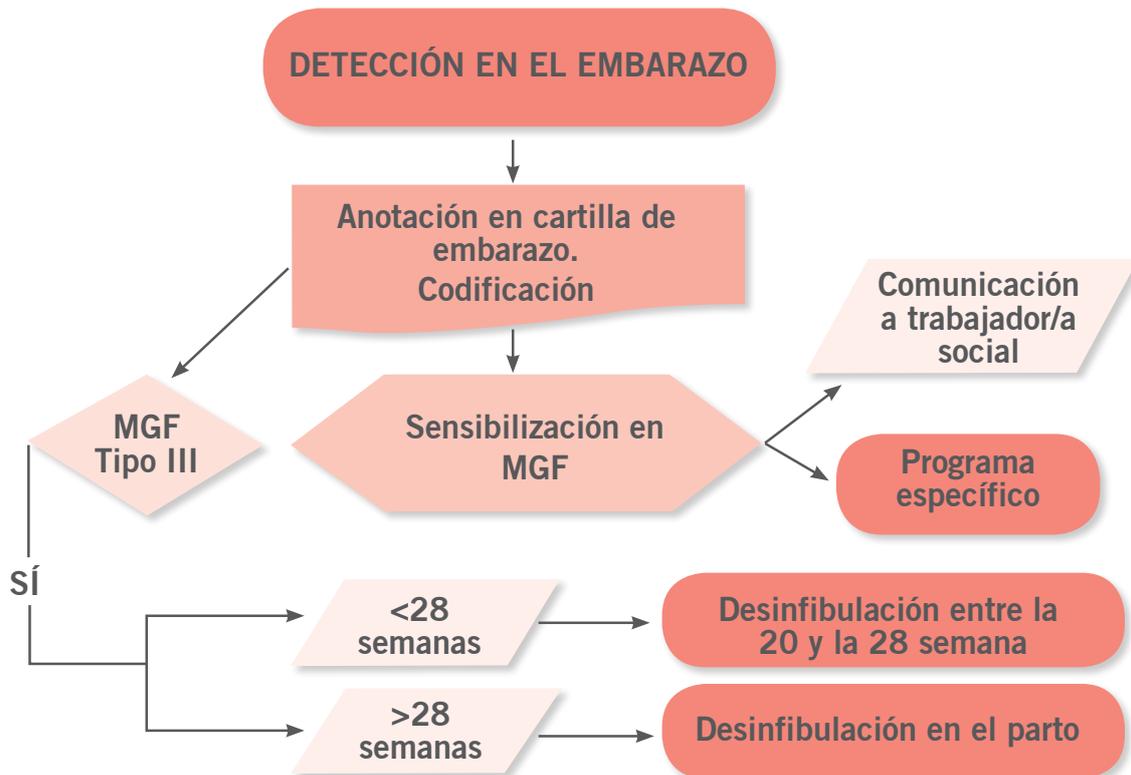
DESINFIBULACIÓN

La desinfibulación es una intervención quirúrgica reparadora que se realiza en una mujer infibulada con la finalidad de permitir las relaciones sexuales o el parto vía vaginal (ver anexo I).

Esta intervención es necesaria en el caso de una MGF tipo III, ya que el parto sin la desinfibulación implicaría un desgarramiento total del periné con una alta morbilidad materno-fetal. Se informará a la paciente que en ningún caso se realizará una reinfibulación después del parto.

El momento más adecuado para realizar la desinfibulación es entre la semana 20 y 28 de gestación. Si no es posible realizarla durante el embarazo se realizará en el momento del parto³¹. Habitualmente la intervención se realizará bajo analgesia regional (epidural).

Es importante poner el caso en conocimiento del médico o médica de atención primaria de la paciente, para su seguimiento y coordinación de cuidados.



PARTO

Las mujeres mutiladas experimentan con mayor frecuencia problemas durante el parto, especialmente los tipos II y III. Esta afirmación se sustenta fundamentalmente en el estudio WHO³², que compara los resultados obstétricos en mujeres sin MGF (n=7171), MGF I (n=6856), MGF II (n=7771), MGF III (n=6595). En este estudio se objetiva que las mujeres con MGF II y III tienen más riesgo de tener una cesárea, hemorragia postparto, más días de ingreso, así como más riesgo de reanimación de los RN e ingreso en el hospital; que las no MGF. Los riesgos son mayores para el tipo III que el II. Además se objetiva que las mujeres con MGF I, II y III tienen más riesgo de episiotomía y molestias perineales que las no MGF.

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática noruega³³ con 44 estudios, que incluye cerca de 3 millones de mujeres de las cuales 70.495 tenían una MGF. En esta revisión concluyen que las mujeres con MGF tienen más riesgo de parto prolongado, parto

³¹ Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ.

³² WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Banks E, Meirik O et al.

³³ Berg RC, Underland V.

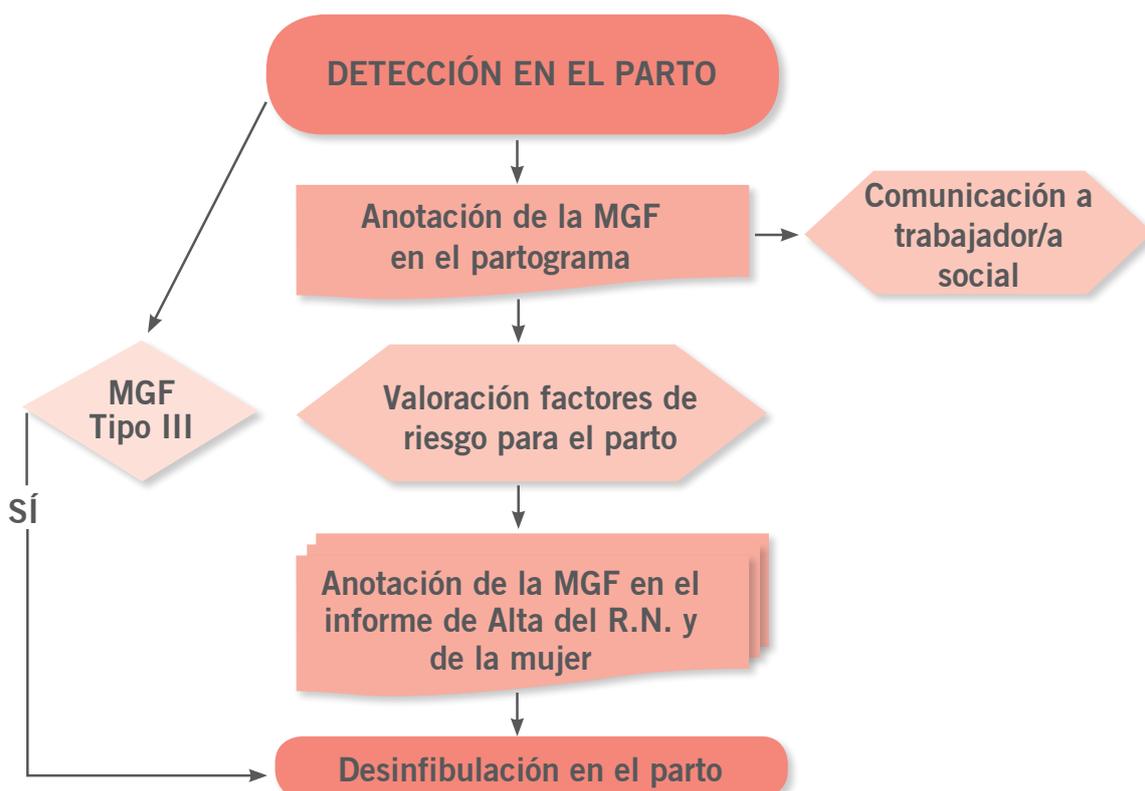
instrumental, desgarros y hemorragia postparto. El riesgo es mayor para el tipo III que para el I o II. No encontraron diferencias significativas en cuanto al riesgo de cesárea o episiotomía, respecto a las mujeres sin MGF.

Aun cuando la extrapolación de estos resultados a nuestro medio ha de hacerse con cautela, debemos tener en cuenta estas posibles complicaciones en la atención al parto de estas mujeres.

Las actuaciones recomendadas en este punto son las siguientes:

- Se anotará en el partograma MGF y se valorarán los factores de riesgo.
- Se reducirán al mínimo necesario las exploraciones vaginales durante la dilatación. En el expulsivo se valorará la elasticidad vulvar, realizando una episiotomía medio lateral siempre que se considere necesario, con la finalidad de evitar desgarros.
- Tras el parto se explicará la cura y cuidado de posible desgarros y/o episiotomía si se hubieran realizado, y se aconsejará no reiniciar relaciones sexuales hasta la completa cicatrización de los mismos.
- Se codificará en el informe de alta de obstetricia el antecedente de MGF de la mujer.

Para la prevención de la MGF en recién nacidas de madres mutiladas, se trabajará con la familia en la sensibilización en esta materia. Para ello es fundamental que el o la pediatra de atención primaria, la matrona así como la/el trabajador social sanitario tengan conocimiento de este antecedente, de manera que se pueda trabajar en la sensibilización en MGF, si previamente no se había trabajado. Es por ello necesario anotar el antecedente de MGF en el informe de alta de la madre y del recién nacido. De esta forma el o la pediatra de la recién nacida podrá visualizar este registro desde la primera visita programada en el centro de salud.



EQUIPO DE PEDIATRÍA (PEDIATRA Y/O ENFERMERA PEDIÁTRICA)

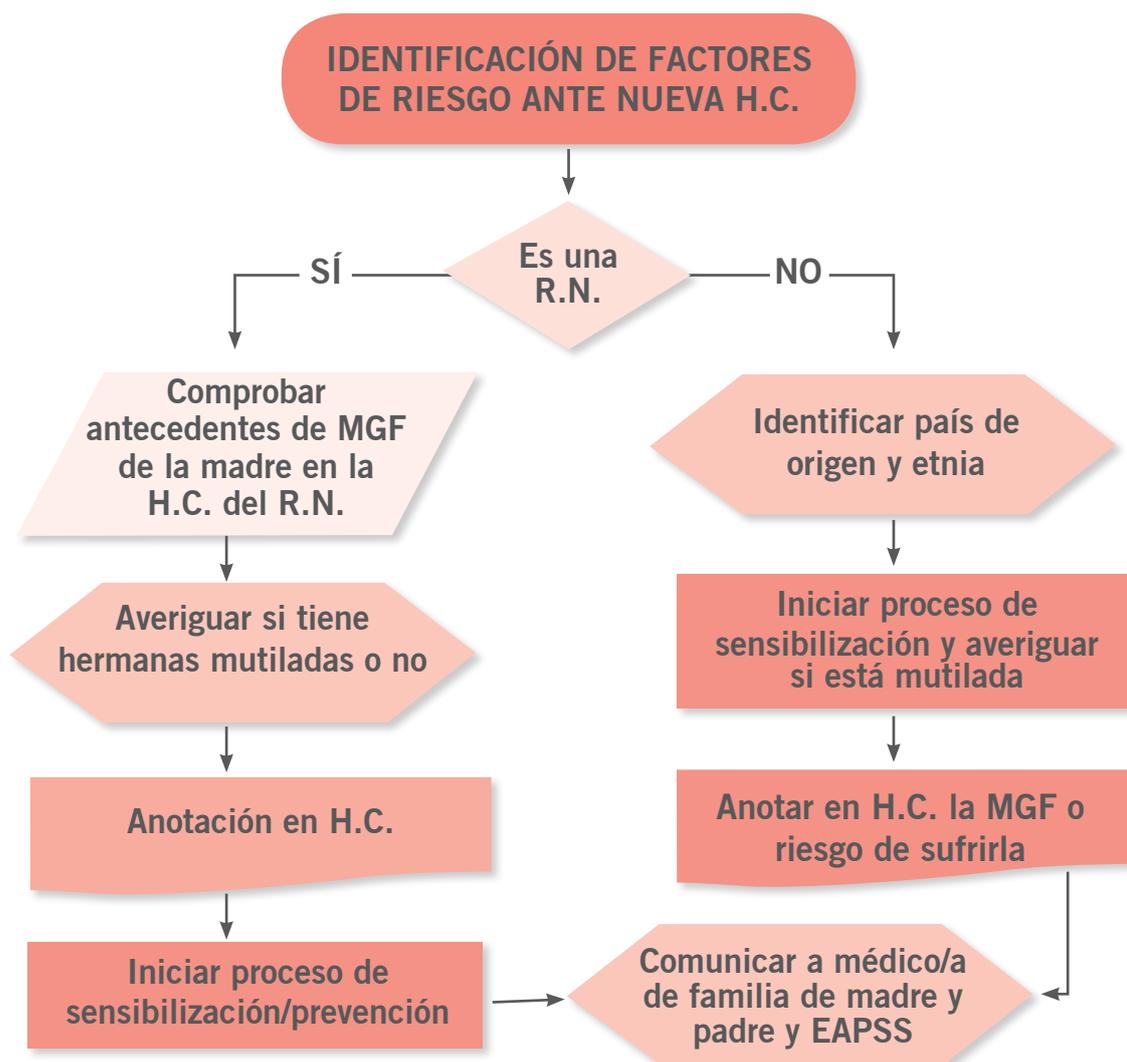
El equipo de pediatría debe formarse en interculturalidad y en este tema con sensibilidad, con ojos africanos además de occidentales (5) y no dejaremos de insistir en la actuación preventiva desde el nacimiento de la niña. Siempre con respeto, firmeza y la colaboración con trabajadores sociales y con colegios e ikastolas.

Esta formación hará más fácil superar los problemas asociados a la consulta de pediatría como el desconocimiento de la importancia y el simbolismo de este acto, la vergüenza para abordar el tema, las dudas profesionales y éticas ante las consecuencias de la intervención o no intervención, la disyuntiva demonización-castigo frente a integración, la escasez de tiempo, la sobrecarga asistencial, el idioma, pocos recursos de asesoramiento profesional etc.

A continuación se detallan las actuaciones preventivas, dependiendo de las situaciones de partida, pero en todas ellas se debe poner en conocimiento y **coordinarse con los /las trabajadores sociales y/o con los Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria (EAPSS)**

A. ACTUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA MGF EN NIÑAS DE FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO Y A LAS QUE SE LES ABRE HISTORIA CLÍNICA NUEVA

- 1. Contextualización:** identificar los grupos de riesgo según los países donde prevalece esta práctica y la edad de la niña. En este punto es importante valorar/evaluar a las hermanas si también es posible. Para informar con más naturalidad puede ayudar el tener en la consulta un poster con el mapa de prevalencia de la MGF.
- 2. Prevención si es recién nacida:** Comprobar en la nueva Historia Clínica de la recién nacida el antecedente de MGF de la madre y preguntar a la madre si además de ella misma, también tiene “corte” alguna otra hija. El equipo obstétrico en el control del embarazo y/o en el momento del parto, habrá iniciado ya el trabajo de sensibilización tras detectar en la madre el “corte”. En este punto se hace imprescindible la coordinación exquisita entre los ámbitos hospitalarios y de atención primaria, entre los equipos de pediatría y ginecología, para a través del registro en la historia de ambas, mantener esta información con el tratamiento de respeto y confidencialidad que ello requiere.
- 3. Prevención si no es recién nacida:** es muy importante anotar en la historia si vino a Euskadi ya mutilada o no. Aprovechar el Programa de Salud Infantil para explorar los genitales de inmigrantes recién llegadas. Evitar preguntarlo en sucesivas visitas para lo cual es preciso el registro adecuado, como se indica más adelante.
- 4. En ambos casos,** se recomienda continuar con la prevención en las visitas del programa de salud y en las consultas a demanda especialmente del primer año y en cuanto se encuentre el momento adecuado tratando de investigar si tienen idea de realizar el corte a su hija. Para ello se puede utilizar el poster expuesto en el anexo, donde se señalan las consecuencias y se desmitifican creencias en torno a la mutilación. Se recomienda valorar los genitales en cada revisión, pero esto sólo se realizará si el contexto es el adecuado.



5. **Avisar tanto a la madre como al padre**, especialmente en vísperas de su viaje de vacaciones, de las consecuencias legales que eso supondría; en este punto resulta importante la colaboración de los trabajadores sociales.
6. **“Compromiso preventivo”**: si van a viajar en breve, presentar ante madre y padre e invitarles a firmar el documento adjunto (Anexo 4) en el cual se avisa de las consecuencias legales si en cualquier momento se descubriera que la niña ha sido mutilada. Este papel les puede servir además como método disuasorio ante la presión familiar y social en el país de origen. Sin embargo este documento no nos exime de continuar con una rigurosa prevención de la MGF que debe de estar más basada en la convicción que en el miedo. Se recomienda sea realizado por la o el profesional sanitario que habitualmente atiende a la niña ya que goza de la confianza de la familia. Una posibilidad es graparlo junto al documento internacional de vacunas para ellos y al mismo tiempo es importante registrar tal dato en la historia médica de la niña.
7. **En caso de negativa a firmar el “compromiso preventivo”**, se debe contactar antes del viaje con Servicios Sociales de base, y valorar con ellos la notificación al Servicio Especializado de Protección de Menores. También si hay sospechas de posible MGF o si tras el retorno del viaje no acuden a la revisión pediátrica.

8. Aspectos de prevención social: organizar con mediadores culturales, educadores y trabajadores sociales grupos de inter-pares de ambos sexos para tratar estos temas desde las diversas entidades sociales de la zona: centros cívicos, ONGs, parroquias, asociaciones interculturales... En ellas sería fundamental implicar al padre y hacer protagonista a la madre. Aumentar su capacidad de decisión para que sean ellas las que decidan no intervenir a sus hijas y además multipliquen el impacto de esta negativa al llegar a sus países de procedencia. Una recomendación que puede ayudar es proponerles sustituir los rituales de la MGF por fiestas de otro tipo sin mutilación, haciéndoles comprender que las prácticas sociales evolucionan en todas las culturas.

B. ACTUACIONES PREVENTIVAS ANTE LA PRESENCIA DE UNA NIÑA INMIGRANTE QUE YA ACUDE CON MGF

Si hay sospecha o duda por haber encontrado alguna alteración preguntar a la madre directamente (se recomienda hablar de sunna o corte) o aprovechar el Programa de Salud Infantil para explorar sus genitales.

Valorar según el contexto familiar, la posibilidad de ofrecer apoyo psicológico siempre que lo deseen y esto no suponga un estigma o dé más importancia de lo que en esa familia le conceden a la MGF. Si se evidencian sinequias o una infibulación se remitirá al ginecólogo de referencia para valorar cirugía reparadora.

Cuando no se pueda asegurar que la niña ha sido mutilada después de haber emigrado a Euskadi por primera vez, no se deberá, en ningún caso, enviar parte de lesiones al juzgado o fiscalía de menores.

C. ACTUACIONES ANTE MGF PRACTICADA A UNA NIÑA QUE ANTES NO LA TENÍA

Si desde pediatría se detecta la práctica de una MGF reciente a una niña hay dos posibilidades diferentes. La primera es que debido a la movilidad familiar, esa niña no tenga historia en nuestra consulta ni se haya realizado prevención con la familia y la segunda posibilidad es que a pesar de haber actuado preventivamente se haya realizado el corte.

En ambos casos se estudiarán con detalle todos los hechos y circunstancias que rodean al caso (existencia de otras hermanas no mutiladas, situación de embarazo o previsión del mismo de la madre, situación socio-laboral de los padres, etc.) y se valorará la decisión de realizar el correspondiente parte de violencia de género, teniendo siempre en cuenta el bien superior de la menor.

La ley obliga al personal sanitario a realizar el trabajo éticamente adecuado con su paciente y está penado mirar a otro lado, no necesariamente el no dar parte de un supuesto delito. Esto puede suponer en algunos casos un dilema ético que el equipo pediátrico, conjuntamente con los agentes sociales implicados, no sean capaces de resolver, en cuyo caso lo recomendable es trasladar la consulta al Comité de Ética Asistencial (CEA) de su referencia.

EQUIPO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MÉDICO/A DE FAMILIA Y/O ENFERMERA Y/O MATRONA)

Las características de accesibilidad y longitudinalidad que definen la atención sanitaria desde la Medicina de Familia, hacen posible que las consultas de Atención Primaria sean un espacio muy favorable para prevenir, detectar y atender a las mujeres y a las niñas mutiladas y por ende a toda su familia contribuyendo de esta manera a erradicar esta práctica.

DETECCIÓN EN CONSULTA

Aunque el primer contacto de estas mujeres con el sistema sanitario se produce casi siempre por temas no relacionados con la MGF, en ocasiones sí que pueden acudir a la consulta por secuelas de la MGF como infecciones urinarias de repetición, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras.

La durabilidad en el tiempo de la atención a las personas y sus familias en el nivel de la Atención Primaria, hace que no sea indispensable hablar del tema en la primera consulta, sino que sea posible esperar a futuros encuentros cuando se haya creado ya una relación de confianza que posibilite abordar cuestiones como la MGF, así como sus complicaciones y secuelas.

Aunque ya se ha dicho en las recomendaciones de carácter general, en el ámbito de la consulta de Medicina Familiar es donde tiene todo el sentido establecer una relación clínica basada en el respeto a la persona y que asegure a la mujer la confidencialidad y la intimidad. Cabe insistir en la “**no estigmatización**” de estas mujeres y de sus familias, promoviendo actitudes “de rescate” del padre y de la madre de la niña o mujer mutilada, porque tomaron la decisión de realizar la práctica por la importancia que le dan al bienestar de la niña en concordancia con las normas de su etnia y evitando así que se produjese el rechazo de la misma en el círculo más cercano de su comunidad.

Lo más idóneo para abordar la cuestión de la MGF será de manera oportunista, cuando las mujeres y hombres procedentes de estos países o etnias, acudan a consulta a demanda por temas que puedan tener relación o que por diversos motivos se genere un clima de confianza propicio para hablar de esta cuestión.

Pero igualmente será un momento idóneo el aprovechar las diferentes consultas que se realizan de cara a garantizar la aplicación de los Planes de Salud de Osakidetza, actualmente tanto el Plan de Salud de la Mujer, como el Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix pero también durante las consultas efectuadas por cuestiones de planificación familiar, consultas durante el embarazo, consultas de índole ginecológica y/o de cuestiones relativas a la esfera sexual de estas mujeres.

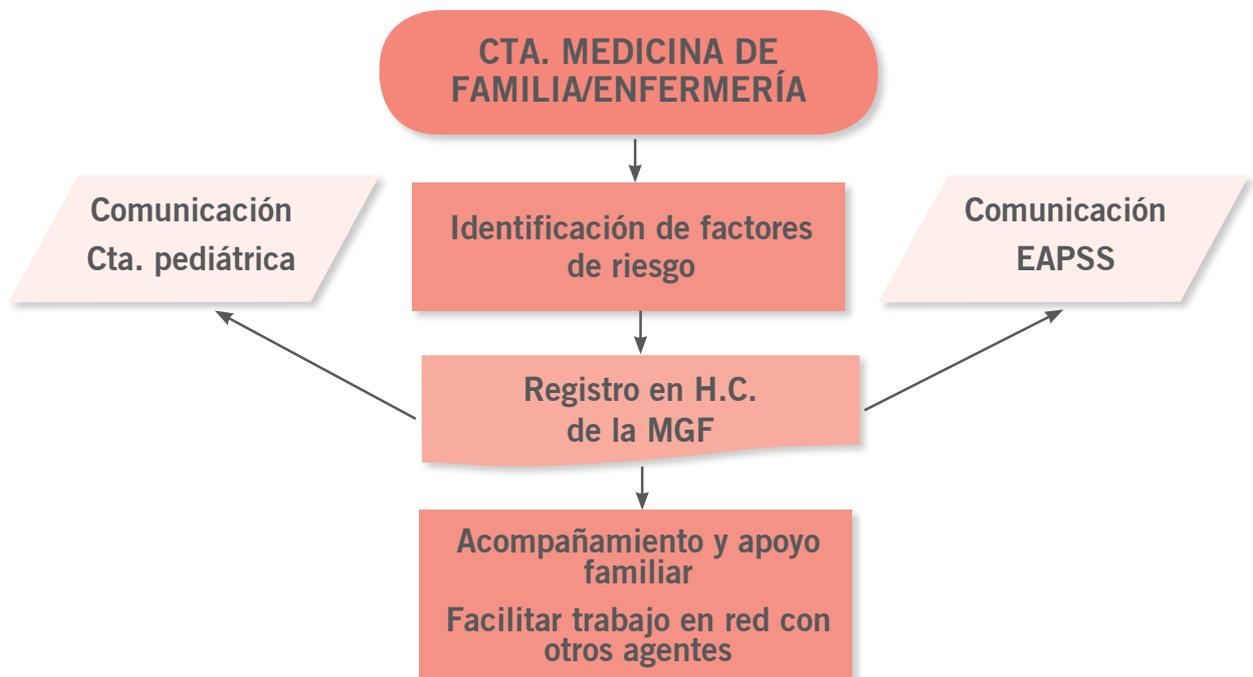
En las consultas referidas, y ante una mujer de nacionalidad y/o etnia de riesgo y/o con síntomas o signos que nos hagan sospechar, se procedería a preguntar y a explorar a la mujer, si fuera necesario.

La pregunta acerca la mutilación se realizaría con términos como “sunna” o “corte” (términos desprovistos de connotaciones y que son comprensibles por ellas) y ante la respuesta afirmativa de la mujer se procedería a:

- Registrar y codificar en la historia clínica de Osabide, de la manera más completa y exhaustiva posible, el tipo de MGF y las secuelas existentes, la actuación y la prevención realizada y los cuidados que se precisen.
- Si la mujer tiene hijas menores de edad, o niñas menores a su cargo, se debe poner en conocimiento de la o el pediatra asignada a esa niña.

Por todo ello, tras la confirmación de una MGF de una mujer que presente las características citadas anteriormente en la consulta, debería iniciarse el abordaje educativo y preventivo de nuevas situaciones que incluya también a su pareja, elaborando estrategias en colaboración con otros recursos y servicios de la zona, proporcionando información acerca de recursos de apoyo (ámbito educativo y organizaciones locales comunitarias) , sobre la legislación vigente y sobre 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.

En Osakidetza, el personal médico y de enfermería de Medicina de Familia al atender a la población desde los 14 años, también deberían proceder a identificar o detectar precozmente y prevenir 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.



En definitiva, el papel de los y las profesionales de la Medicina de Familia ante la MGF será el desempeñar un rol facilitador que active un poderoso trabajo en red con otros agentes implicados y que además desempeñe también un labor de acompañamiento y apoyo a la familia en todo este proceso preventivo.

EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO Y SERVICIOS SOCIALES

En la labor preventiva de la MGF, cobra especial relevancia la participación de los y las trabajadoras sociales de las diferentes Organizaciones Sanitarias de Osakidetza, así como la de profesionales de los Servicios Sociales. El trabajo directo con personas, familias y comunidad en general, ofrece la oportunidad y un espacio privilegiado y facilitador de dinámicas de comunicación y coordinación.

En este sentido los y las Trabajadoras Sociales “Sanitarias”, como profesionales de referencia para el conjunto de profesionales sanitarios en todos los niveles de atención (primaria, especializada y hospitalaria), constituyen el enlace idóneo para establecer la coordinación entre los diferentes sistemas intervinientes.

Desde los servicios sociales se presta una atención continuada en el tiempo, lo que permite generar una relación de vinculación y confianza con la familia que a su vez posibilita un abordaje paulatino, facilitando la prevención y detección de casos de riesgo inminente.

Sin embargo, para poder incidir eficazmente en la prevención de la MGF, se debe partir de una sensibilización, formación y capacitación de profesionales de los diferentes ámbitos, incluidos los y las trabajadoras sociales, que estén en relación directa con comunidades, mujeres y niñas originarias de países de la denominada franja MGF.

Para poder detectar correctamente los factores de riesgo en una menor o para conocer cuando una mujer que se está atendiendo en el despacho puede que tenga practicada MGF, es necesario contar previamente con conocimientos y elementos conceptuales que posibiliten una aproximación cultural, desde una mirada antropológica y con perspectiva de género, a la MGF.

Previo a definir los momentos y características de la intervención desde el Trabajo Social, se deben tener en cuenta las siguientes premisas:

- El **principio rector** que guiará toda nuestra intervención es el interés superior de la menor en riesgo. Todas las acciones que se definan y lleven a cabo, en coordinación con el resto de profesionales, serán valoradas desde la perspectiva del beneficio supremo para la niña.
- Con las familias originarias de países donde se sigue practicando la MGF, los y las profesionales debemos crear un clima de confianza, desde el respeto, evitando actitudes de juicio o culpabilización, y, abordar el tema de la MGF con naturalidad pero a la vez expresando con firmeza lo que la MGF supone en cuanto a violación de los Derechos Humanos y un peligro para la salud de las niñas y mujeres.
- Las familias que optan por la práctica de la MGF a sus hijas, por lo general, son madres y padres que quieren a sus hijas. Las familias que practican o promueven esta práctica lo hacen en la convicción y creencia de que es lo mejor para sus hijas. La intervención preventiva se centrará en proporcionar argumentos disuasorios. (Ver apartado “¿Desde cuándo y por qué se practica?” de la presente Guía).

- Un aspecto muy importante a tener en cuenta es la frecuente situación de precariedad socioeconómica en la que se encuentran muchas de las mujeres con MGF y sus familias, en ocasiones con serias dificultades para cubrir las necesidades más básicas. La intervención desde el Trabajo Social también debe abordar las orientaciones o acciones oportunas al respecto. En sus circunstancias, la MGF no la contemplan como problema ni entra dentro de sus prioridades.

Con respecto a la **tipología de la intervención**, se pueden distinguir:

- Las acciones individuales y directas con familia (niña, madre, padre) o con la comunidad.
- Las acciones en coordinación con otros profesionales, el trabajo en red.

ACTUACIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

La intervención en la prevención de la MGF desde el trabajo social estará determinada por el momento y el ámbito de procedencia en la detección de los factores de riesgo.

1. Detección en consulta de obstetricia/matrona o en Unidad de Partos Hospitalaria de mujer con MGF, embarazada y que da a luz una niña.

Si en la consulta de obstetricia/matrona se detecta una mujer con MGF practicada y en el desarrollo de la actividad preventiva, en ausencia de programas específicos en su ámbito territorial y se considera oportuno, se coordinará con el o la profesional de trabajo social de referencia.

En el ámbito hospitalario, tras comunicación al trabajador o trabajadora social del hospital donde se prevé el parto de una niña, hija de madre con antecedentes de MGF, se atenderá a lo establecido en los protocolos específicos de cada OSI, si los hubiese.

En cualquier caso y ante la no existencia de dichos protocolos, se realizarán entrevistas con la madre y si es posible con el padre de la nasciturus o recién nacida. Se averiguará si existen barreras idiomáticas que dificulten la comunicación y en caso de ser necesario se contarán con los recursos técnicos disponibles (sistemas de traducción).

En este primer contacto, es muy importante presentarnos y tranquilizar a la madre (y padre) ante nuestra presencia, preguntándole si era conocedora que íbamos a contactar con ella y los motivos. En el caso de que lo desconozca, se le informará adecuadamente y con naturalidad de la finalidad preventiva de nuestra intervención. Al referirnos a la MGF lo haremos utilizando los términos “corte” (“cortada”) o “sunna”.

A lo largo de la entrevista, que será abierta y procurando un ambiente distendido, se irán recogiendo datos socio-biográficos de la familia, incidiendo sobre **posibles factores de riesgo para MGF**: país de origen de la madre y el padre; grupo étnico al que pertenecen; idiomas en los que se expresan habitualmente; existencia de otras hijas e hijos con ellos o en país de origen y edad de las mismas y si MGF practicada; situación administrativa;

tiempo en el Estado Español o en Europa; situación laboral y económica; vivienda y convivencia; intención o previsión de viajes a país de origen; actitud ante la práctica de la MGF.

Con los datos obtenidos se realizará una primera valoración del riesgo que guiará **los siguientes pasos de la intervención:**

- Se aprovechará la entrevista para iniciar el trabajo de sensibilización con la familia, informando sobre las consecuencias perjudiciales de la MGF para la salud de las menores y sobre los aspectos legales vigentes.
- Asimismo, se atenderán las necesidades ante posibles dificultades sociales del núcleo familiar, proporcionando las oportunas orientaciones y realizando las derivaciones pertinentes.
- Se registrará la intervención en la historia de la mujer y en la de la menor para que pueda ser tenida en cuenta lo actuado en el hospital por los y las profesionales sanitarias (de pediatría y trabajo social) de Atención Primaria. Desde Atención Primaria, en coordinación con los servicios sociales se continuará con el proceso preventivo.
- En el caso, presumiblemente excepcional, de que se valore situación de alto riesgo inminente tras el parto, según el caso, se procederá a comunicarlo directamente a los Servicios Sociales Comunitarios y/o al Servicio Especializado con competencia en la Protección de Menores.

2. Detección en consulta de obstetricia/matrona o en Unidad de Partos Hospitalaria de mujer con MGF embarazada y que da a luz una niño.

Se indagará sobre la existencia de otras hijas e hijos a su cargo o en país de origen, edad de las mismas y si MGF practicada. En caso de que tenga alguna hija previa en edad de riesgo para MGF, se procederá igual que en el punto anterior.

Si no hay hijas previas, igualmente se recomienda realizar sensibilización sobre MGF (ante posibles embarazos futuros) y valoración sobre su situación social.

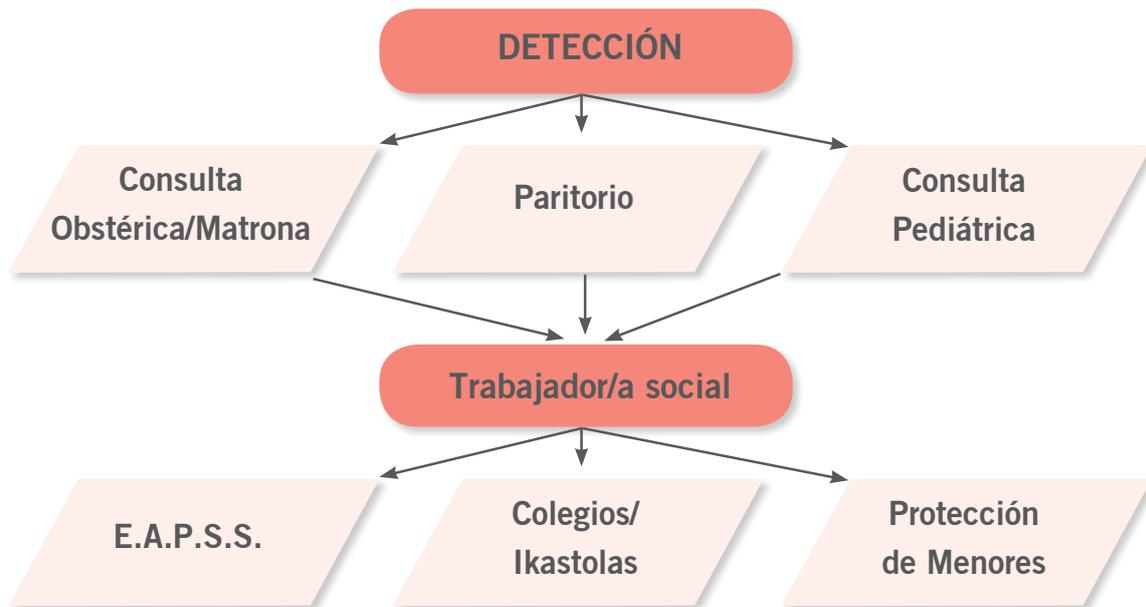
3. Detección en consulta de pediatría de niña con factores de riesgo para MGF.

A nivel de Atención Primaria, el abordaje en la prevención de la MGF exige la coordinación entre los diferentes ámbitos: sanitario, social y posiblemente educativo. Lo que se propone en esta Guía es que la definición de la intervención y las consiguientes acciones a desarrollar se valoren en los Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria (en adelante EAPSS) allí donde ya estén constituidos o se puedan constituir.

En los EAPSS, equipos a desarrollar en todas las OSIs y Municipios a propuesta del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, se prevé la participación coordinada multidisciplinar y multisectorial de agentes profesionales fundamentalmente de los ámbitos sanitario y social. En el caso de la prevención de la MGF, los componentes de dicho equipo serían profesionales de pediatría, médico/a y enfermera de Atención

Primaria, Trabajador/a Social de Atención Primaria si hubiese, enfermería pediátrica y obstétrica, TS del Servicio Social de Base correspondiente...

En ausencia de EAPSS, desde pediatría se realizaría el trabajo preventivo correspondiente a su ámbito de actuación, y en caso de considerarlo necesario se coordinaría con las o los trabajadores sociales de Atención Primaria y/o del Servicio Social de Base de ámbito municipal que corresponda, acordando el seguimiento y las acciones a realizar por cada profesional.



PREVENCIÓN A NIVEL COMUNITARIO

Como último punto, pero no por ello menos importante, se señalan actividades de prevención general o comunitaria a desarrollar desde los Servicios Sociales y las Áreas de Igualdad/Inmigración/Cooperación de los entes locales:

Promover e impulsar la creación, en colaboración con entidades sociales, asociaciones/ ONGs, módulos psicosociales, mediadores interculturales... de talleres específicos en salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, violencia contra las mujeres, relaciones saludables... en los que se trabaje el empoderamiento de las mujeres originarias de países con prevalencia en la práctica de MGF, la información sobre las graves consecuencias de la MGF para la salud de las niñas, y sobre aspectos legales y legislación vigente.

Formación de agentes de salud y mediadoras interculturales entre la propia comunidad de los propios países donde se sigue practicando la MGF.

Las actividades de prevención de la MGF a nivel comunitario, ofrecen un magnífico soporte complementario y necesario, implementando las realizadas en los diferentes ámbitos ya descritos, por lo que nuevamente es imprescindible establecer espacios de comunicación y coordinación ágiles y con la garantía del respeto a la obligada confidencialidad para con las personas atendidas.

Las experiencias realizadas hasta la fecha avalan el modelo propuesto.

3. Coordinación con otros agentes

Como queda evidenciado a lo largo de la presente Guía, el contexto social en el que se da la práctica de la MGF constituye un fenómeno tan complejo que su prevención exige un abordaje desde una perspectiva integral, con la participación de equipos multidisciplinares e interinstitucionales y el trabajo coordinado y en red entre los diferentes ámbitos implicados: Sanidad, Servicios Sociales Comunitarios, Servicios Especializados de Protección a la Infancia, Educación, Tercer Sector, Justicia...

Un enfoque integral para eliminar la MGF



Fuente: Prácticas Dañinas contra Mujeres y Niñas. Luis Mora – Jefe, Departamento de Género, Derechos Humanos y Cultura. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (Bilbao, 16 Noviembre 2015).

Como se puede apreciar en este esquema, las actuaciones y medidas a desarrollar por las comunidades donde viven niñas y mujeres sometidas a MGF son muchas y competen a variados agentes que deben coordinar sus acciones. Se explicaban en el apartado “derechos, obligaciones y responsabilidades” de esta misma guía el rol que desempeñan los distintos agentes implicados en la prevención y eliminación de la MGF. Se mencionaban a víctimas y sus familias, a líderes tradicionales, a profesionales de la salud, de la educación y sociales, a jueces y fiscales, a la sociedad civil organizada y a los medios de comunicación, como sujetos de responsabilidades en la empresa de la prevención de la

MGF. También los organismos internacionales, administraciones estatales o autonómicas y la justicia son sujetos obligados en este mismo fin.

Pero en el ámbito y posibilidades del Sistema sanitario de Euskadi y, más específicamente en lo que compete a sus profesionales asistenciales, **la coordinación con otros agentes se debe concretar con los profesionales de tres ámbitos: el social, el educativo y el judicial.**

En muchos de los flujogramas y descripciones de las actuaciones sociosanitarias recomendadas en esta guía se hace mención o se señalan necesidades de comunicación, interacción y/o coordinación con el ámbito educativo, el social o el judicial. No se llegan a concretar en esta guía los cómo, los canales y los detalles concretos de dichas colaboraciones porque Emakunde está propiciando que cada uno de estos ámbitos protocolice de alguna forma sus actuaciones para poder así ensamblar entre sí esas recomendaciones y conseguir unos programas perfectamente interconectados e integrados entre sí.

De todos modos, cabe recordar ahora que una estructura funcional que dentro del Sistema sanitario de Euskadi tiene un papel primordial en la coordinación con otros agentes es la del **Equipo de Atención Primaria Sociosanitario (EAPSS)**. Integra funcionalmente, en torno a los y las pacientes, a profesionales médicos y de enfermería de atención primaria, y los y las trabajadores sociales de base de ayuntamientos y diputaciones, con lo que la coordinación y colaboración con el ámbito social se ve facilitada en gran medida.

Por otro lado cada vez se producen más experiencias de colaboración con el ámbito de Educación, tanto a nivel profesional como institucional. Se deben aprovechar los canales abiertos por dichas experiencias, además de los que se diseñen específicamente para la MGF, para compartir la información sobre los riesgos que se puedan detectar en uno u otro ámbito. Así mismo, se podrán reforzar las actuaciones preventivas, sobre todo las de sensibilización, entre ambos ámbitos (la escuela y el centro sanitario).

Por fin, las comunicaciones del sistema sociosanitario con el judicial (Fiscalía de menores, juzgados, etc.) que están establecidas fundamentalmente a través de la emisión del parte de lesiones, deben complementarse con encuentros presenciales de profesionales de ambos ámbitos para dialogar y consensuar sobre criterios de actuación. Especialmente los y las profesionales de la salud necesitan sentir el respaldo de las autoridades judiciales en los problemas éticos que se generan en algunas de las decisiones que se deben adoptar y la mejor manera de conseguirlo es el conocimiento y la comprensión mutuos.

4. Sensibilización/formación a los y las profesionales de Osakidetza

En la cita preliminar de esta Guía, Ernesto Sábato decía que no se encuentra lo que no se busca y que se busca lo que está en nuestro corazón. Trasladado a la detección y prevención de la MGF, estaríamos hablando de la necesidad, primero, de sensibilizarnos con el problema y después de interiorizar los conocimientos y habilidades necesarios para su efectiva prevención.

Para **sensibilizar** es necesario en primer lugar visibilizar el problema de la MGF, a través de los medios de comunicación internos de Osakidetza y del Departamento de Salud, con datos, comunicados, sesiones informativas, clínicas, bibliográficas, etc... Al mismo tiempo conviene introducir y explicitar los registros y formularios específicos de la MGF y de sus actuaciones preventivas en Osabide para que los y las profesionales se vayan familiarizando con su uso.

Para interiorizar se debe **formar** sobre todo en detección y prevención de la MGF pero también en asistencia a las secuelas y consecuencias de la misma. Esta formación debe contemplar al menos dos grandes objetivos: el aprendizaje de conocimientos y la capacitación en habilidades individuales y grupales de técnicas de prevención efectivas. Los conocimientos se referirán a la antropología, la etnografía, y el entendimiento del origen socio-cultural de la MGF; la interculturalidad; y el marco ético y jurídico.

El aprendizaje de la parte de conocimientos, puede ser realizado de forma “on-line”, pudiendo llegar así a un gran número de profesionales, pero la adquisición de las habilidades necesaria para la realización de las actuaciones preventivas conviene hacerla de forma presencial y juntando equipos multidisciplinares para compartir las mismas sesiones.

Además es muy importante dirigir expresamente y prioritariamente esta formación, especialmente la presencial, a los y las profesionales más en contacto con las familias en riesgo de MGF. Afortunadamente contamos con la información de los lugares de residencia de estas familias en riesgo, con lo que resulta relativamente sencillo priorizar estas sesiones presenciales.

En esta tabla se han agrupado a las mujeres y niñas en riesgo residentes en la CAE en las demarcaciones territoriales de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), de forma que resulta evidente quienes sería los y las profesionales que deberían formarse antes. En el Anexo III se puede ver una tabla con esta misma distribución, desagregada por municipio.

Número de mujeres procedentes de países donde se practica la MGF por OSI

ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS	Nº DE MUJERES
OSI ARABA	917
OSI BILBAO-BASURTO	880
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	560
OSI BARAKALDO-SESTAO	220
OSI DONOSTIALDEA	140
OSI EZKERALDEA-ENKARTERRI-CRUCES	98
OSI BIDASOA	93
OSI DEBABARRENA	57
OSI URIBE	33
OSI GOIERRI ALTO UROLA	25
OSI TOLOSALDEA	22
OSI RIOJA ALAVESA	6
OSI ALTO DEBA	5
TOTAL	3.056



Anexo I:

Imágenes de los tipos de MGF

MGF TIPO I

Se objetivará la ausencia del prepucio clitorídeo con/sin extirpación parcial o total del clítoris.



En la imagen se observa una extirpación total del clítoris y en su lugar se aprecia una cicatriz queiloidea.

MGF TIPO II

Implica la resección parcial o total del clítoris y los labios menores y puede incluir el corte de los labios mayores.



En la imagen se observa una extirpación total del clítoris y los labios menores.

MGF TIPO III O INFIBULACIÓN

Se observará un pequeño orificio por el que se produce la salida de la orina y la menstruación. No se identificará el meato uretral ya que está oculto por el sellado de la abertura vaginal tras el corte y recolocación de los labios menores, con o sin resección del clítoris.



En la imagen se observa un orificio por el que se accede a la vagina, no visualizándose el meato uretral, ya que se encuentra oculto por el corte y recolocación de los labios menores en la línea media.

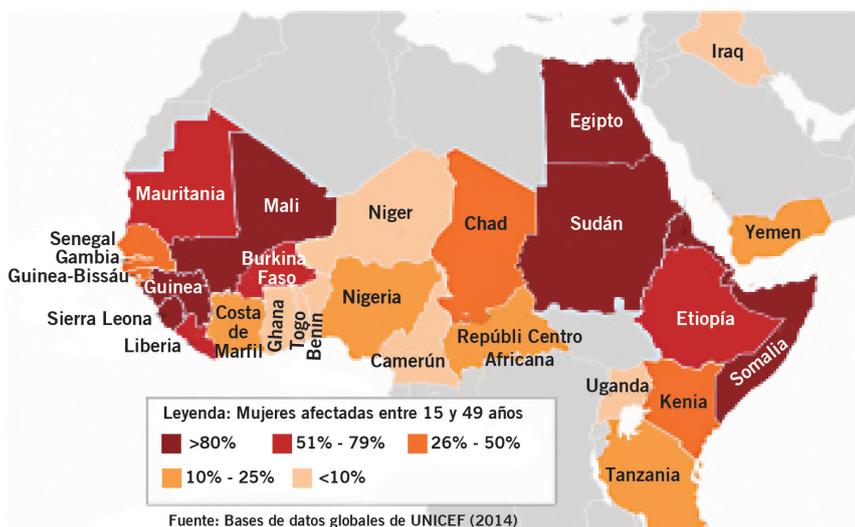
TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA DESINFIBULACIÓN

Tras el lavado de los genitales con un antiséptico, se introduce el dedo índice a través del introito bajo la cicatriz, con la finalidad de valorar la extensión de la zona a desinfibular. Se realizará una incisión desde el introito en dirección al pubis, siguiendo la línea media sobre la cicatriz y hasta que la uretra sea visible, no más arriba para evitar hemorragias. Posteriormente, se sutura ambos lados por separado.

Para una descripción detallada de la técnica y acceso a imágenes de calidad se puede visitar esta web: <http://www.uptodate.com/es/home> Female genital cutting (circuncisión) .

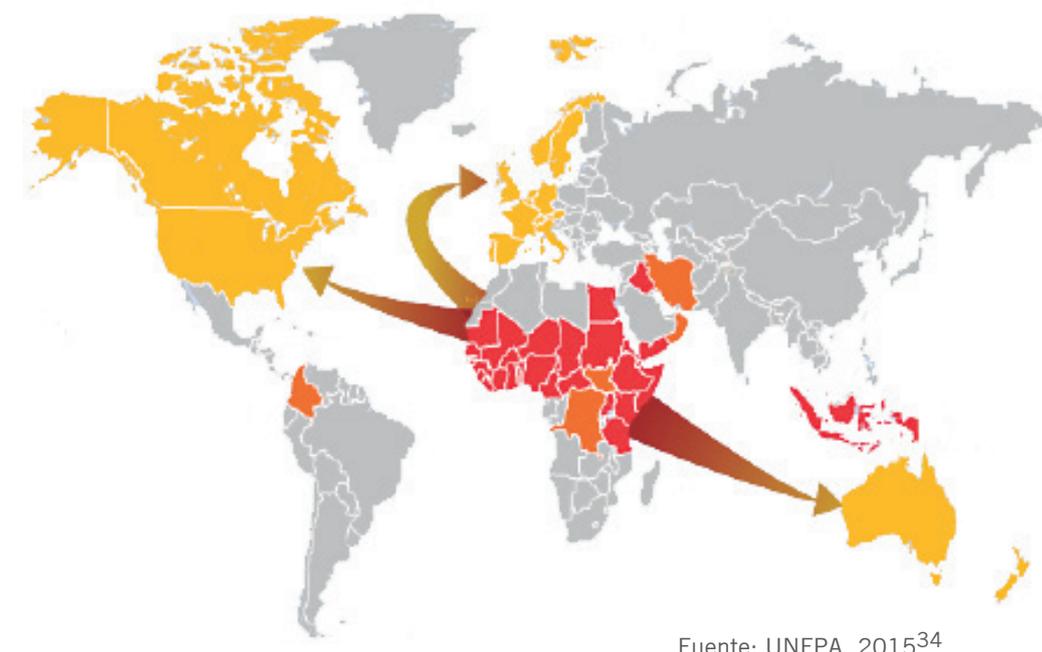
Anexo II: Mapas

Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años afectadas por la MGF



Fuente: UNICEF 2014

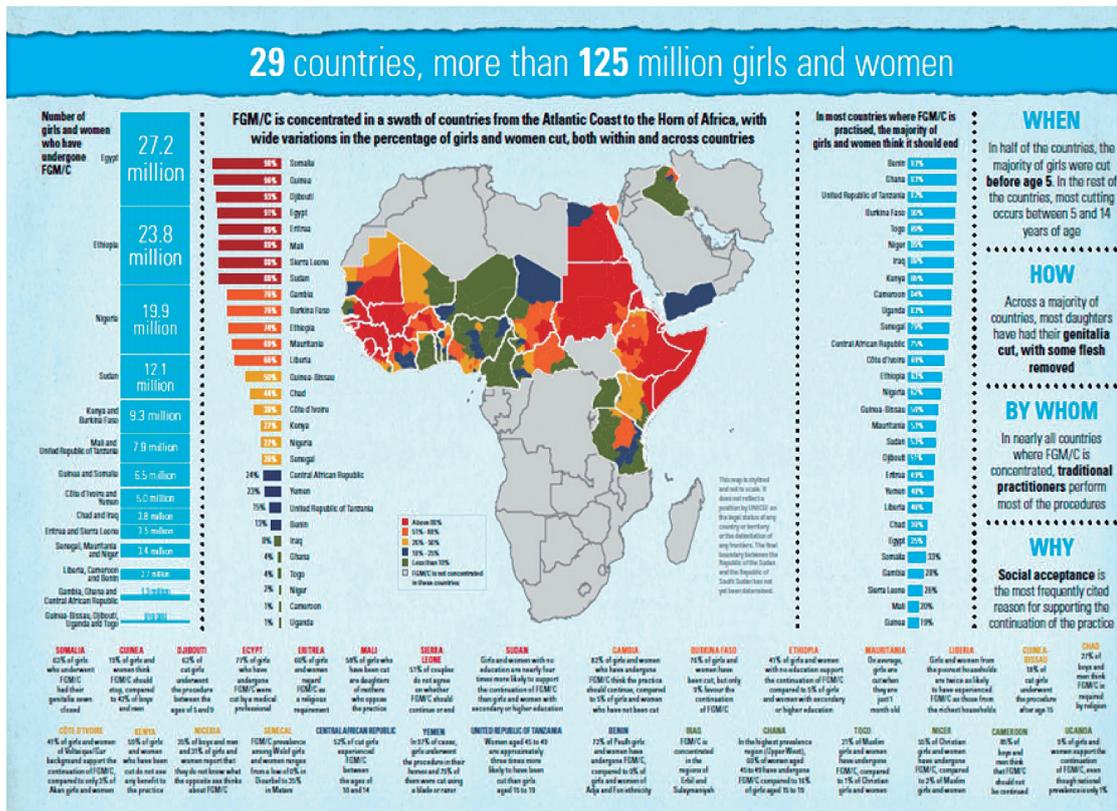
MGF en el mundo



- Countries with FGM data collected by household surveys.
- Countries in which FGM has been reported.
- Countries in which FGM has been reported among some immigrant communities.

³⁴ “Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation”, UNFPA, 2015

Poster explicativo para los locales de consulta



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

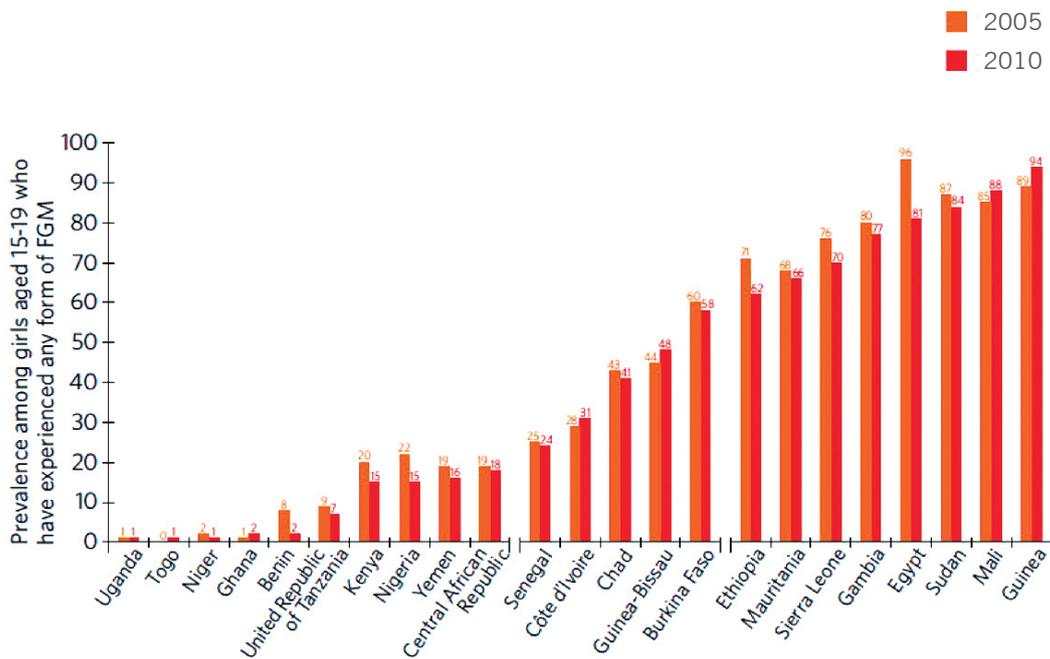
- Se basa en una tradición social importante pero esconde dominio y violencia contra la niña-mujer.
- Ninguna religión obliga y el Corán no contiene ningún llamamiento a ella.
- La mutilación genital es delito aunque se realice fuera del Estado español (LO 3/05).
- Tiene consecuencias físicas y psicológicas que marcarán a la niña para siempre.

Anexo III: Tablas y gráficos

Municipios de la CAE con mayor número de mujeres procedentes de países donde se practica la MGF

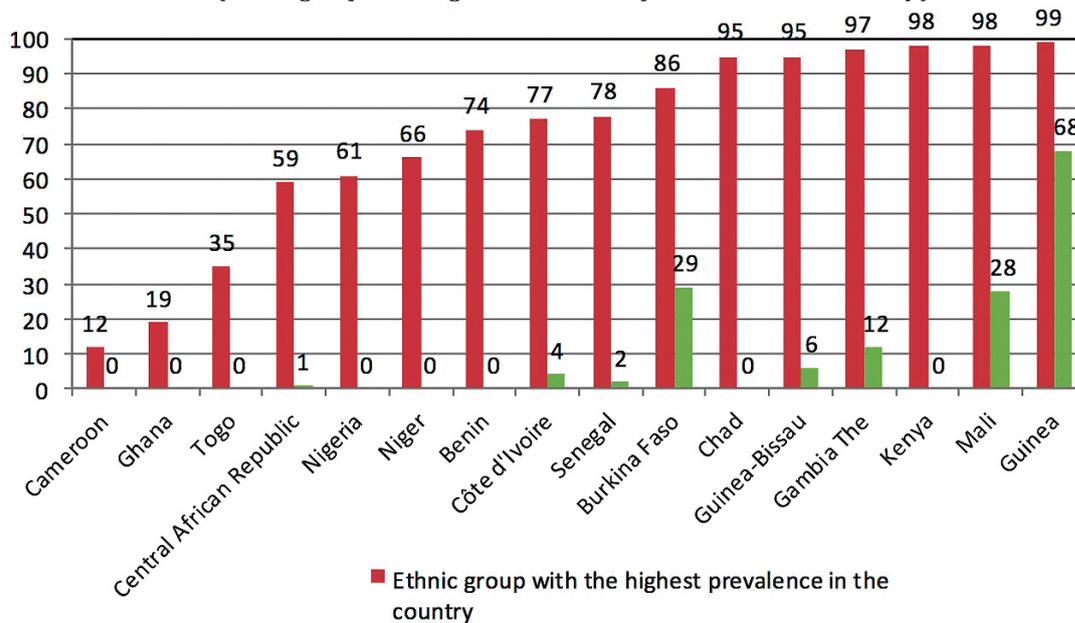
	NIGERIA	SENEGAL	MAURITANIA	CAMERUN	GHANA	REPUBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO	GUINEA-BISSAU	MALI	GUINEA	COSTA DE MARRIL	KENIA	BURKINA FASO	EGIPTO	ETIOPIA	GAMBIA	BENIN	SIERRA LEONA	SUDAN	UGANDA	NIGER	LIBERIA	YEMEN	TOGO	TANZANIA	REPUBLICA CENTROAFRICANA	TOTAL GENERAL	
Vitoria-Gasteiz	371	78	104	76	54	14	3	57	26	26	26	29	7		2	3		1								1	879
Bilbao	313	71	48	96	54	102	111	13	21	10	1		4	3	8	6	1	2	1					1	1		867
Durango	54	35	1	4	21		4	19	5								2										145
Barakaldo	55	18	14	29	5	1	12	1	3					1	3									1			143
Sestao	48	5	4	8	2	2			8																		77
Irun	11	14	2	29	5				1	3		3															68
Donostia-San Sebastián	10	16	7	9	3			1	2	1	1	3	4	2					1								60
Basauri	7	8		16		7	5	3	5					3													54
Markina-Xemein		47						2				1															50
Iurreta	28	4	1		9			6		1																	49
Santurtzi	11	2	5	6		6	5		1																		36
Amorebieta-Etxano	8	4	3	1	3	7	1							2	1						3						33
Ermua	3	9		2				18																			32
Errenteria	16	1	1	5	2																						25
Elorrio		18	1					2	1		3																25
Hondarribia	1	19		1					1					2										1			25
Arrigorriaga	12	1	2	5	1																						21
Salvatierra/Agurain	5		13		1					2																	21
Amurrio	1	3	17																								21
Portugalete	12		4	1		1	1							1													20
Abadiño	7	6			2			5																			20
Bermeo	1	5	10		1					2																	19
Berriz	6	4	2		3			3																			18
Lasarte-Oria	8				2				1		5																16
Balmaseda	4		9							2				1													16
Ondarroa		10	2		2					2																	16
Pasaia	3	8	1											1										2			15
Lekeitio		10									4																14
Alonsotegi	3	2	5	2		1																					13
Laudio/Llodio	2		9												1												12
Berriatua		11										1															12
Galdakao		3	1	3		3		2																			12
Resto municipios	61	98	87	18	10	5	5	11	19	5	7	2	1	2	2	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	337
Total general	1061	510	353	311	180	149	147	143	96	52	48	38	18	17	16	9	5	3	3	3	3	2	2	1	1	3171	

Fuente: Diagnóstico. Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, junio de 2014.

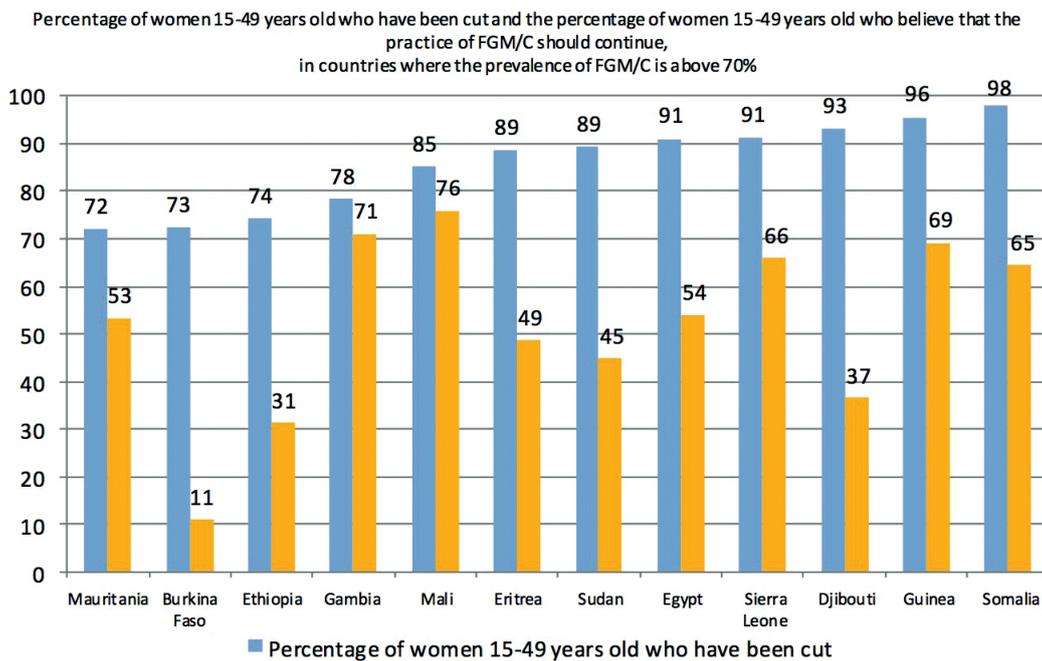


(Fuente: UNFPA 2015)

Percentage of women aged 15-49 years who have been cut by ethnicity (ethnic group with highest and lowest prevalence in the country)



(Fuente: UNFPA 2015)

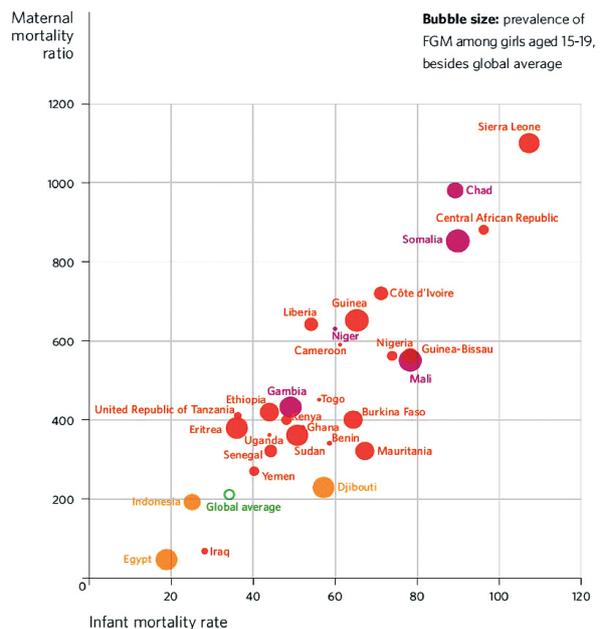
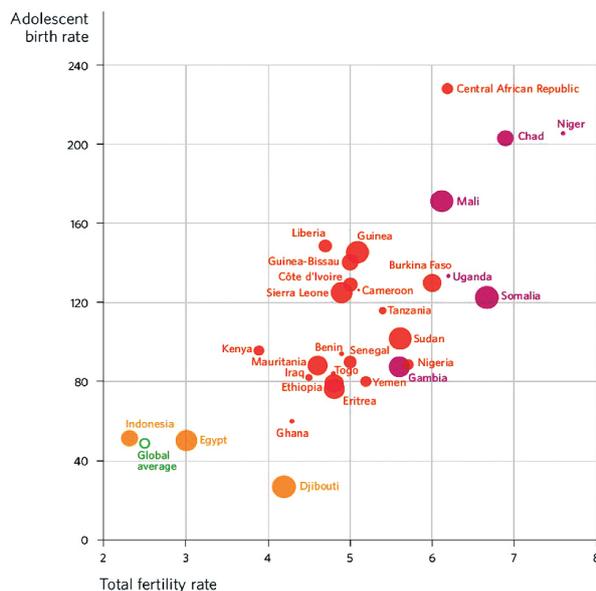


Source: UNICF global databases, 2011.
Prepared by the Statistics and Monitoring Section, UNICEF HQ

(Fuente: UNFPA 2015)

Several demographic characteristics are common to countries where FGM is prevalent:

- Young populations
- High fertility levels
- High child and maternal mortality levels



Country	Data on	Year	Type of person who preformed circumcision			Don't Know Missing	Source of data
			Health Professionals	Traditional Practitioners	Others		
Egypt	Daughters	2005	74.5	24	0.1	1.3	DHS
Sudan	Mothers	2006	42.5	53.5	1.7	2.3	SHHS
Kenya	Daughters	1998	34.4	62.2	0.3	3	DHS
Nigeria	Mothers	1999	13	73	2	12	DHS
Guinea	Mothers	2005	10	88.7		1.3	DHS
Yemen	Mothers	1997	8.6	90.8		0.7	DHS comparative report
Cameroon	Mothers	2004	4	85	4	7	DHS
Tanzania	Mothers	1996	3.5	82.8	7.4	6.2	DHS
Chad	Mothers	2004	2.7	75.6	18.6	3.1	DHS
Mali	Mothers	2006	2.5	91.5	0.1	5.8	DHS
Mauritania	Mothers	2000-01	1.1	70.9	0.6	27.5	DHS
Ethiopia	Daughters	2000	0.8	97.5	0.9	0.8	DHS
Eritrea	Mothers	2002	0.6	92.2	2.3	4.9	DHS
Senegal	Mothers	2005	0.6	92.3	0.3	6.9	DHS
Niger	Mothers	2006	0.5	96.3	0.7	2.5	DHS
Cote d'Ivoire	Mothers	1998-99	0.4	93.2	1.3	5.1	DHS
Burkina Faso	Mothers	2003	0.2	88.5		11.3	DHS
Benin	Mothers	2006		99		1	DHS

Health professionals include doctors, trained nurse/midwives and other health cadres.

Traditional practitioners include circumcision practitioners, traditional birth attendants, traditional circumciser, gradmothers/relatives, old women, babers and gypsies.

(Fuente: UNFPA 2015)

AFRICAN COUNTRIES and OTHER COUNTRIES	COUNTRIES OF IMMIGRATION
Date of entering into force	Date of entering into force
Benin (2003)	Australia (6 out of 8 states between 1994-2006)
Burkina Faso (1995)	Austria (2002)
Central African Republic (1996)	Belgium (2000)
Chad (2002)	Canada (1997)
Cote d'Ivoire (1998)	Cyprus (2003)
Djibouti (1994)	Denmark (2003)
Egypt (2008)	France (Penal Code, 1979)
Eritrea (2007)	Italy (2005)
Ethiopia (2005)	Luxembourg (on mutilations only, not specific on 'genital', 2008)
Ghana (1994)	New Zealand (1995)
Guinea (1965, 2000)	Norway (1995)
Guinea Bissau (2011)	Portugal (2007)
Kenya (2001, 2011)	Spain (2003)
Mauritania (no comprehensive law, but there is a ban on the practice in government health facilities and by medical practitioners)	Sweden (1982, 1998)
Niger (2002)	Switzerland (2005, new stricter penal norm in 2012)
Nigeria (2015)	United Kingdom (1985)
Somalia (2012)	United States (Federal law 1996, 17 out of 50 states between 1994 and 2006)
Senegal (1999)	
South Africa (2000)	
Sudan (no national legislation, but outlawed in 5 states)	
Tanzania (1998)	
Togo (1998)	
Uganda (2009)	
Zambia (2005)	
Colombia (Resolution No. 001 of 2009 by indigenous authorities)	

(Fuente: UNFPA 2015)

Anexo IV: Documento “Compromiso preventivo”



COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.

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

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAÍS AL QUE VIAJA

Acerca de:

- Los riesgos sociosanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países, y de la vulneración que supone su práctica para los Derechos Humanos y en particular, para los derechos de la mujer y de la infancia.

- El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la mutilación haya sido realizada fuera de España, según modificación de la LOPJ 3/2005. La comisión de este delito podría acarrear pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de Protección de Menores.

- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/la Peditra/Médico/a 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 y sociales.

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

Por todo ello:

1. **DECLARO** haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la niña sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
2. **CONSIDERO HABER ENTENDIDO** el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
3. **ME COMPROMETO a cuidar la salud de la menor de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje, a este mismo Centro de Salud.**

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

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

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma. Peditra/ Médico

Anexo V: Registros en la Historia Clínica

DETECCIÓN EN EL EMBARAZO

Anotar el antecedente de MGF en la Cartilla de Embarazo (en riesgo elevado de problemas perinatales).

DETECCIÓN EN EL PARTO

Anotar MGF en Partograma y:

1. Realizar una Interconsulta No Presencial con Trabajo social que contestará en la Historia Clínica del Recién Nacido. (Informe Adicional de Historia).
2. En informe de alta de obstetricia codificar MGF con CIE10.

HISTORIA CLÍNICA DE RECIÉN NACIDO

1. Informe de alta del Recién Nacido: anotar el antecedente MGF de la madre.
2. Revisión de la intervención de trabajo social en Informe Adicional de Historia.

PEDIATRÍA AP

• En recién nacida

1. Registro en el Formulario de Recién Nacido, en DBP: Riesgo Psicosocial: SI y anotar “madre con MGF” en observaciones MGF.
2. Crear Episodio OTROS CONSEJOS ESPECIFICADOS (V 65.49) colgar en texto libre todas las actuaciones preventivas.

• En niña, no recién nacida

- En el formulario de inmigrante/adoptada, en DBP: Genitales exploración: (normal, dudoso, anormal)
- Si ya presenta una mutilación se crea Episodio MGF y crear episodio V65.49 para anotar en texto libre las actuaciones preventivas.
- Si se detecta posteriormente, valoración de realizar parte de lesiones (VG) y comunicar a Servicios sociales (DBP)

EN CONSULTA: MATRONA, MEDICINA DE FAMILIA, ENFERMERÍA, GINECOLOGÍA

1. Si se identifica unos antecedentes de mutilación crear Episodio MGF y anotar en texto libre las actuaciones preventivas y en Osanaia las actuaciones enfermeras que pudieran derivarse.
2. Valoración, tras detección en mujer adulta, si se deriva a Trabajo Social en función de la edad, si tiene hijas... al mismo tiempo que inicia actividades preventivas.
3. Queda pendiente, por parte de la Organización Central de Osakidetza, el definir un FORMULARIO COMPARTIDO AP/ESPECIALIZADA para registro de MGF. En este caso el formulario serviría para registro de la detección y las actuaciones de MF, Matrona y enfermera (esta registraría en OSANAIA y habría datos que se deberían volcar directamente en este formulario). También para utilizar este formulario en las consultas de Ginecología donde se detectase un caso de MGF o se quiere comunicar uno ya detectado en AP. Fundamental como soporte de comunicación y recogida conjunta de los DBP que se consideren según perfil profesional.

CODIFICACIÓN UTILIZADA EN MGF

	CIE 9	CIE 10
MGF	629.20	N90.810
MGF tipo I	629.21	N90.811
MGF tipo II	629.22	N90.812
MGF tipo III	629.23	N90.813
Otro estado de MGF(tipo IV)	629.29	N90.818
Otros consejos especificados	V65.49	

Bibliografía

GUÍAS SOBRE MGF PUBLICADAS EN CASTELLANO

1. Guía para profesionales. *La MGF en España. Prevención e intervención*. Unión Nacional de Asociaciones Familiares (UNAF), 2013.
2. *La ablación o mutilación genital femenina. Guía Práctica*. Rosa Belén Agirregomezkorta Ibarluzea (dir.). Irene Fuertes Cabrera (CEIM). Paz y Desarrollo ONGD.
3. *La erradicación de la Mutilación genital femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo*. Ana Sequi, Isatou Touray, Zuleyka Piniella (Coordinadora). O'DAM.
4. *Mujeres plenas. Notas sobre mutilación genital femenina*. Fatou Secka, Paula Nogales, Bakea Alonso. Fundación CEPAIM.
5. *Mutilación Genital Femenina. Abordaje y Prevención*. Medicos Mundi Andalucía. 2008.
6. *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales*. Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la prevención y el estudio de las prácticas tradicionales perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, 2010.
7. *Protocolo Común de actuación sanitaria. Mutilación genital femenina*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
8. *Protocolo de actuación sanitaria para el abordaje de la mutilación genital femenina (mgf)*. OSI Bilbao-Basurto. Osakidetza. 2014.
9. *Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona*. Generalitat de Catalunya. 2003, actualizado en 2006.
10. *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.

11. *Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón*. Gobierno de Aragón.
12. *Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra*. Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. Gobierno de Navarra. 2013.

ARTÍCULOS, ESTUDIOS, LIBROS

1. Aranzabal de M. *Mutilación Genital Femenina: combatirla sin demonizar*. Acceso Internet.
2. Aretio Romero, A. *Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres*. Gac Sanit. 2007;21(4):273-7.
3. Asúa Batarrita, A.; *Criminología y multiculturalismo. Medidas internacionales y propuestas de tratamiento jurídico para la erradicación de la mutilación genital femenina*. Eguzkilore, nº 18, 2004, p. 93.
4. Ballesteros Meseguera, Carmen. Almansa Martínez, Pilar. Pastor Bravo, M^a del Mar e Jiménez Ruiz, Ismael. *La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia*. Gac Sanit. 2014;28(4):287–291.
5. Berg RC, Underland V. *Obstetric consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C)*. Report from Kunnskapssenteret nº. 6- 2013. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2013.
6. Boël Sambuc. *La justicia frente a la diversidad cultural: reflexiones sobre la tentación culturalista en derecho penal y sus consecuencias discriminatorias para la mujer*. Sistema de control penal y diferencias culturales. Anuario de Derecho Penal 2010.
7. Carmona Rubio, Ana Belén. Ramírez Crespo, M^a Victoria. *Conocimiento de las profesionales y los profesionales sobre la prevención de la mgf en España*. Investigación. Asociación Lasexología.com.
8. Cobo, Rosa. De Miguel, Ana. Universidad de La Coruña, abril de 1998. *Diversidad cultural y multiculturalismo. Prólogo de “La mutilación genital femenina y los Derechos Humanos”*. Editorial Amnistía Internacional (EDAI).

9. Emakunde. *Diagnóstico de la MGF en la Comunidad Autónoma de Euskadi*. Junio 2014.
10. Fraser, Nancy: *Multiculturalidad y equidad entre los géneros: un nuevo examen de los debates en torno a la "diferencia" en EE.UU.* Revista de Occidente (Madrid), nº 173, octubre 1995.
11. Gambia. Consejo de Derechos Humanos. *Informe nacional presentado con arreglo al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo de Derechos Humanos*. Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal. 20º período de sesiones. Ginebra, 27 de octubre a 7 de noviembre de 2014.
12. Gracia, Diego. *Ética de los cuidados paliativos: entre la convicción y la responsabilidad*. Ten Have, H & Clark, D. (Eds.) Buckingham-Philadelphia, Open University Press, 2002, pp. 87-105.
13. Hastings Center Report. *Seven things to know about Female Surgeries in Africa*. Noviembre, diciembre 2012.
14. Kaplan Marcusan, Adriana; LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2, Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.
15. Kaplan Marcusan, Adriana; FORBES, M; BONHOURE, I; UTZET; M; MARTÍN M; MAMEH, M; CEESAY, H. (2013) "Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn" en International Journal of Women's Health, 2013:5, 323-331.
16. Kaplan Marcusan, Adriana.; HECHAVARRIA, S.; MARTIN, M.; BONHOURE, I. (2011) "Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action", en Reproductive Health Journal, Vol. 8:26.
17. Kaplan Marcusan, Adriana. Pere Torán, Monserrat. Bedoya Muriel, M^a Helena. Bermúdez Anderson, Kira. Moreno Navarro, Juani. Bolívar Ribas, Bonaventura. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. Aten Primaria. 2006;38(2):122-6.
18. Kaplan Marcusan, Adriana. (2006) "Un estudio sobre la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio de las mujeres migratorias senegambianas", en Género e Inmigración. Bilbao, Bilbao Harresiak Apurtuz, 109-120.

19. Kaplan Marcusan, Adriana. (2004) "Salud y derechos sexuales y reproductivos en la población senegambiana: Tradición, identidad e integración social", en CHECA, F.; CHECA, J. C., ARJONA, A. (eds.) La integración social de los inmigrados. Participación social y Derechos Humanos. Almería, Universidad de Almería, 203-226.
20. Kaplan Marcusan, Adriana. y RISLER, S. (2004) "Iniciación sin Mutilación" video-documentary 26' Ovideo Producciones, Barcelona.
21. Kaplan Marcusan, A.; Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género. Multiculturalidad. Cuadernos de Derecho Judicial. Dir. J. DE LUCAS MARTÍN, nº 6, 2001, pp. 197-199.
22. Kaplan Marcusan, Adriana. (1998): De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social, X Premio de Investigación en Ciencias Sociales Dr. Rogeli Duocastella. Barcelona, Fundación "La Caixa".Larrauri Pijoán, E.; *Feminismo y multiculturalismo. Análisis del Código Penal desde la perspectiva de género*. Instituto Vasco de la Mujer. 1998, pp. 43-44.
23. Lucas, B.; *Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal*. Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho, nº 17, 2008, http://www.uv.es/CEFD/17/blucas_prevenccion.pdf.
24. Martín Espildora, N. *Atención de menores inmigrantes en la consulta: entre la diferencia cultural y el delito*. Un caso de ablación de clítoris. Aten Primaria. 2005; 36(7): 397-400.
25. Palomo Pinto, M. *Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente?* SEMERGEN 2004;30(2):68-71.
26. Pastor Bravo, M.M. Almansa Martínez, Pilar. Ballesteros Meseguer, C. Pastor Rodríguez, J.D. *Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería*. Análisis videográfico. Enfermería Global. ISSN 1695-6141. Universidad de Murcia.
27. Ropero Carrasco, J.; *La mutilación genital femenina: una lesión de los derechos fundamentales de las niñas basada en razones de discriminación sexual*. Curso de Derechos Humanos, vol. 4. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. 2003. pp. 372 y ss.

28. Sambuc, Böel. *La justicia frente a la diversidad cultural: reflexiones sobre la tentación culturalista en derecho penal y sus consecuencias discriminatorias para la mujer*. Sistema de control penal y diferencias culturales. Anuario de derecho penal 2010.
29. Torres Fernández M.E, Universidad de Almería. *La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado*. Seminario “Mutilación Genital Femenina: aplicación del derecho y desarrollo de buenas prácticas en su prevención”, celebrado en la Universidad de Valencia los días 30 y 31 de octubre de 2008.
30. Touraine Alain: *¿Qué es una sociedad multicultural? Falsos y verdaderos problemas*. Claves de la razón práctica (Madrid), octubre 1995.
31. UNICEF. 2014. *Female Genital Mutilation/Cutting: What might the future hold?* New York.
32. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Banks E, Meirik O et al. WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; 367:1835.