

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

GUÍA PARA PROFESIONALES





La mutilación genital femenina en España. Prevención e intervención. Guía para profesionales es una obra colectiva elaborada por el equipo de la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF).

Agradecemos a UNICEF, Mundo Cooperante e Imagen en Acción su generosidad por la cesión de algunas de las imágenes incluidas en esta guía.

Edita: UNAF- Unión de Asociaciones Familiares
Ilustración de portada: Dandolevueltas Creatividad+Diseño
Diseño y maquetación: Coral Cano
Impresión: Gráficas JMG
Depósito Legal: M-23728-2016

Índice

PRÓLOGO	7
1. Las mutilaciones genitales femeninas desde el enfoque de derechos	11
La MGF, una forma de violencia de género contra las mujeres	15
MGF, violencia de género y derechos sexuales y reproductivos	17
UNAF, comprometida con la erradicación de la MGF	22
2. Las Mutilaciones Genitales Femeninas	25
¿Qué son las mutilaciones genitales femeninas?	27
Definición	27
Origen	28
Terminología	29
Tipos	32
Quiénes la practican	36
A quiénes y cuándo se realizan las MGF	37
Cómo se practican las MGF	37
Mapa de las MGF	40
Las MGF en el mundo	40
La MGF en Europa, en España	46
Causas que sustentan las MGF: argumentos y mitos	49
¿Cómo desmontar los mitos?	54
Consecuencias de la Mutilación Genital Femenina	63
Consecuencias para las mujeres y niñas	63
Consecuencias para los/as bebés	69
Consecuencias para los hombres	70
Contexto y desarrollo comunitario	71

3. Instrumentos y medidas para erradicar las MGF	73
Legislación, sensibilización e intervención	75
Marco normativo. Instrumentos recientes	76
Protocolos de prevención y actuación	79
Prevención y sensibilización para la erradicación de las MGF	90
Claves de actuación	93
Dificultades, retos y alternativas	123
Herramienta para el cambio: la educación sexual	126
4. Intervención en los ámbitos social, educativo y sanitario	137
Momentos clave que definen la intervención	139
Ámbitos de actuación: social, educativo y sanitario	150
5. UNAF: nuestra experiencia	167
Buenas prácticas para erradicación de la MGF	169
Programa de Prevención de la Mutilación Genital Femenina	170
Aprendizajes y transferencia de conocimiento	180
6. Anexos	191
Anexo I. Marco normativo contra las MGF	193
Marco normativo Internacional	193
Marco normativo regional: África, Europa; El convenio de Estambul	198
Marco normativo estatal y CC.AA.	203
Anexo II. Modelo de compromiso preventivo de la MGF	208
7. Bibliografía	209
8. Índice de tablas y gráficos	215

Prólogo

Las Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF) son prácticas documentadas y presentes en diferentes lugares de los cinco continentes, reconocidas internacionalmente como una violación de los Derechos Humanos, una forma de violencia contra las mujeres y una manifestación extrema de la desigualdad de género. La MGF atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, les niega su derecho a la salud y a la integridad del propio cuerpo.

Al menos 200 millones de niñas y mujeres en el mundo han sufrido mutilación genital (44 millones son menores de 14 años); cada año, hay 3 millones de niñas en riesgo. Según datos del Parlamento Europeo, en Europa hay 500.000 mujeres y niñas que han sido víctimas de las MGF y 180.000 niñas en peligro de serlo. En España, la población procedente de países donde se practica la MGF se estima en unas 200.000, de las que son mujeres alrededor de 55.000; entre ellas, unas 17.000 niñas en situación de amenaza.

La Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) es una organización de referencia en la prevención y erradicación de la Mutilación Genital Femenina a nivel nacional e internacional. A través de sus programas Promoción de la Salud Sexual en la Población Inmigrante y Prevención e Intervención ante la MGF, UNAF lleva trabajando desde hace diez años en la promoción de los derechos y la salud sexual de las mujeres y niñas inmigrantes que viven en nuestro país, desde un enfoque de derechos humanos, de equidad de género e intercultural.

UNAF considera que las/los profesionales de distintos ámbitos (social, educativo y sanitario) que trabajan con población inmigrante en riesgo de MGF tienen un papel clave en su prevención y erradicación.

Por este motivo, UNAF ha elaborado esta *“Guía para profesionales. La Mutilación Genital Femenina en España. Prevención e intervención”*, que tiene como objetivos:

- Contribuir al conocimiento, análisis y revisión documental de la práctica de la MGF para su erradicación, con una mirada en profundidad a la situación en nuestro país.
- Aportar una herramienta útil y eficaz de información y comprensión desde diversas perspectivas epistemológicas, que permita a las/os profesionales intervenir de manera reflexiva, efectiva y profesional en la prevención de las mutilaciones genitales femeninas.
- Instar al cumplimiento los mandatos internacionales de Derechos Humanos, particularmente, para la erradicación de la MGF, ofreciendo instrumentos de trabajo a profesionales con implicación en las dinámicas sociales en torno a la Mutilación Genital Femenina, con el fin de abordar la intervención y sensibilización sobre la misma de forma interdisciplinar e integradora.

Esta guía recoge la experiencia acumulada por UNAF en prevención y erradicación de las MGF a través de nuestro trabajo con población inmigrante, profesionales y otros agentes clave a nivel nacional e internacional. Los debates, reflexiones e intercambios de buenas prácticas que han tenido lugar en las decenas de talleres, cursos y actividades de sensibilización, junto con las Jornadas Internacionales anuales contra la MGF, desarrollados por UNAF a lo largo de estos años, enriquecen su contenido. Se trata de una tercera edición más completa de esta publicación, de la que ya se han distribuido unos 30.000 ejemplares.

En ella, UNAF propone una aproximación integral a la Mutilación Genital Femenina desde un enfoque de derechos humanos, que involucre tanto a las titulares de esos derechos (mujeres y niñas), como a los titulares

de obligaciones (Estado, sistemas públicos) y de responsabilidades (familias, autoridades tradicionales, religiosas, sectores privados, sociedad civil, medios de comunicación, etc.). Consideramos imprescindible la coordinación y compromiso de todos los agentes implicados para luchar contra esta violación de los derechos humanos, tanto en la prevención como en la intervención.

Se incluye además información detallada para profundizar en la realidad de la Mutilación Genital Femenina en el mundo y en nuestro país, presentando y analizando en detalle los instrumentos y estrategias para su prevención y erradicación, ofreciendo orientaciones concretas y prácticas a las/los profesionales para el desarrollo de su trabajo.

UNAF está comprometida con poner en activo todos los recursos e instrumentos a su alcance para la prevención y erradicación de las Mutilaciones Genitales Femeninas. Con este fin ha sido elaborada esta guía, que pretendemos sea una herramienta de utilidad.

Ascensión Iglesias Redondo
Presidenta de UNAF





Las mutilaciones genitales femeninas desde el enfoque de derechos



“La defensa de la diversidad cultural es un imperativo ético, inseparable del respeto por la dignidad de la persona... Nadie puede invocar la diversidad cultural para vulnerar los derechos humanos garantizados por el derecho internacional, ni para limitar su alcance” (artículo 4)
Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural. UNESCO 2001

Las Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF) son prácticas documentadas y presentes en diferentes lugares de los cinco continentes reconocidas internacionalmente como una violación de los Derechos Humanos y una forma de violencia de género. La práctica de las MGF viola los derechos a la salud, seguridad e integridad física de la persona, el derecho a estar libre de tortura y de un trato cruel, inhumano o degradante y viola el derecho a la vida cuando el procedimiento conduce a la muerte. Los datos más recientes señalan la existencia de al menos 200 millones de mujeres y niñas mutiladas en los 30 países de los que se tiene registro hasta el momento¹.

Las MGF se inscriben dentro de las denominadas “**Prácticas Tradicionales Perjudiciales**”, que afectan la salud de las mujeres y niñas y vulneran sus derechos humanos, y que son frecuentes en todo el mundo. Son realizadas mediante el uso de la fuerza (violencia o presión) y en nombre de la tradición. Las MGF, como el resto de estas prácticas, tienen sus raíces en **el sistema de dominación patriarcal, que se mantiene por valores y creencias sostenidas por las comunidades de generación en generación**².

1- Informe Unicef 2016.

2- Ejemplos de Prácticas Tradicionales Perjudiciales son: La MGF, el matrimonio precoz y / o forzado; los tabúes alimentarios y la alimentación forzada; el levirato y el sororato; la exclusión social por acusación de brujería (comedores de almas); el planchado o aplastamiento de pechos al nacer; ciertos ritos de viudedad (quema de viudas en India); la muerte por la dote; el infanticidio femenino y el feticidio; los crímenes de honor; la entrega de mujeres o niñas como pago de deudas; la prueba de la virginidad, etc.

Las primeras iniciativas de las Naciones Unidas para colocar la MGF en la agenda internacional comenzaron en los años 50, sin embargo, desde entonces los avances se han ido produciendo lentamente. En 1979, la aprobación de la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)** constituyó un hito clave en el reconocimiento de las Mutilaciones Genitales Femeninas como violación de los derechos humanos³. En ese mismo año, en el **Primer Seminario Regional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales que afectan la Salud de la Mujer (Organización Mundial de la Salud (OMS), Jartum, Sudán)**, se realizó un llamamiento histórico de condena a la práctica de la MGF en todas sus formas.

Fue tan solo hace unos años (**2012**), cuando la **Asamblea General de la ONU aprobó la primera resolución que condenaba la MGF** y exigió a los estados miembros su prohibición y castigo, considerándola "*un atropello irreparable e irreversible que niega los derechos humanos de las mujeres y las niñas*" y demandando el fortalecimiento de "*los programas de concienciación y la participación de las y los líderes comunitarios y religiosos, las instituciones de enseñanza, los medios de difusión y las familias*". En este foro se acordó también continuar observando la fecha del **6 de febrero** como **Día Internacional de la Tolerancia Cero contra las Mutilaciones Genitales Femeninas**.



El ODS 5 de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, se propone "Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas", y en él se incluye como meta específica la eliminación de todas las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil.

3- El enfoque de derechos humanos de la MGF ha sido sucesivamente reforzada en varias conferencias internacionales, entre ellas: la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena, Austria (1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo, Egipto (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín, China (1995), al igual que en las reuniones de seguimiento de las mismas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sido una de las instituciones abanderadas en la lucha contra la MGF.

Más recientemente, en la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible** aprobada por la **ONU (2015)** que marca **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** contra la pobreza y la desigualdad, la **eliminación de la mutilación genital femenina se incluye como meta específica**⁴.

Las MGF, una forma de violencia de género



Las Mutilaciones Genitales Femeninas son reconocidas como una forma de violencia de género contra las mujeres. Según la **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Naciones Unidas, 1993)** se entiende por violencia contra las mujeres todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada.

Mujeres y hombres sufrimos muchos tipos de violencia en común: la violencia económica, étnica, de clase, la tortura, la guerra... pero existe también una **violencia específica contra las mujeres**, que se utiliza en las sociedades patriarcales como instrumento para mantener relaciones jerárquicas, de poder y dominación de los hombres sobre las mujeres. Todas las sociedades humanas conocidas del pasado y del presente son patriarcales⁵. Todas las sociedades presentan **prácticas perjudiciales que legitiman el uso de la violencia contra las mujeres**.

4- <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-5-gender-equality>
<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgooverview/post-2015-development-agenda.html>

5- Alicia Puleo en "El patriarcado ¿una organización social superada?" La antropología ha definido el patriarcado como un sistema de organización social en el que los puestos clave de poder (político, religioso, económico y militar) se encuentran exclusiva o mayoritariamente en manos de los varones. Temas para el debate n133, diciembre 2005. pp. 39-42

La violencia de género ejercida contra las mujeres es **uno de los principales obstáculos para lograr la igualdad** de derechos. Existe en todos los países del mundo y tiene lugar a lo largo de toda la vida de las mujeres, e incluso antes del nacimiento, produciéndose de diversas formas:

Tipología de violencia que viven las mujeres por el hecho de serlo según la etapa de la vida⁶



6- Lozano Caro, I. *Agenda Española. Compromisos adquiridos en la CIP 1994. Cuenta atrás 2015*. Ed. FPF. 2008

El **Convenio de Estambul/Convenio del Consejo de Europa (2011)** es el primer instrumento vinculante europeo sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Entró en vigor en el Estado español el 1 de agosto de 2014, y recoge el compromiso de los países firmantes de perseguir internacionalmente la mutilación genital femenina, sin que posibles restricciones de la justicia universal puedan ser un impedimento⁷. (Más información en página 74 y Anexo I)

MGF, violencia de género y derechos sexuales y reproductivos

La defensa de los derechos sexuales y la salud reproductiva es clave para combatir muchas de las situaciones vitales de dominación patriarcal que padecen mujeres y niñas, entre las que se encuentran las Mutilaciones Genitales Femeninas. De hecho, **las MGF suponen una de las más graves violaciones de los derechos sexuales y de la salud reproductiva⁸** con efectos devastadores, a corto y largo plazo, por cuanto atentan contra el derecho a la integridad física, a la salud, a la seguridad y a la igualdad de oportunidades de mujeres y niñas, además de incrementar su vulnerabilidad ante el VIH. Por este motivo, **las MGF forman parte del mapa de contenidos prioritarios e interseccionales entre derechos sexuales y salud reproductiva de las Conferencias Internacionales sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)**, así como de los compromisos adquiridos en la última CIPD celebrada en El Cairo en 2014.

En los actos de violencia sexual y de género se producen situaciones cruzadas de discriminación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, que deben ser tratadas conjuntamente. También es importante reconocer las contradicciones que existen en relación a las políticas y discursos que conllevan el control del cuerpo y la sexualidad

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

8- *Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines -2013/2040(INI)-*. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo.

de las mujeres, como por ejemplo: la práctica de la esterilización forzada y el aborto forzado, en oposición a las limitaciones para la interrupción voluntaria del embarazo y la educación sexual; el uso coercitivo/forzado de anticonceptivos versus los obstáculos para utilizarlos; el infanticidio femenino y la selección prenatal del sexo, frente a las políticas natalistas sin programas de atención a los trabajos de partos y sus impactos (fístula obstétrica, entre otras).

Las violaciones de los derechos a la salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas son frecuentes y se manifiestan de distintas formas a lo largo de su todo su ciclo de vida, por ejemplo: la negación del acceso a la mujer a los servicios de salud; el condicionamiento de su acceso a la autorización de terceros; la realización de procedimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva de la mujer sin su consentimiento (incluyendo la esterilidad forzada, los exámenes de virginidad forzados o el aborto forzado).



UNAF. IV Jornadas Internacionales MGF. Foto: Ana Irigoyen, imagenenaccion.org

Violaciones de los derechos sexuales y reproductivos en mujeres y niñas

Interrupción Voluntaria del Embarazo en condiciones de riesgo Anualmente se calcula que se producen 22 millones de abortos en condiciones de riesgo. Aproximadamente 47.000 muertes relacionadas con el embarazo son provocadas cada año por complicaciones a causa de un aborto en condiciones de riesgo⁹.

Anticoncepción y planificación familiar 222 millones de mujeres en los países en desarrollo no tienen acceso a métodos anticonceptivos modernos¹⁰. Esto limita las oportunidades de las mujeres para elegir cuándo y cuántas criaturas quieren tener, con un impacto negativo tanto en su derecho a la salud como en su derecho a la educación, al trabajo y a un adecuado nivel de vida, entre otros derechos humanos.

Una encuesta de Naciones Unidas¹¹ indica que solo un 59,3% de los países se comprometió a *"incorporar la educación sexual integral dentro de la educación formal"*, y solo un 49,3% se comprometió a *"llevar a jóvenes no escolarizados información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva"*.

9- OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2012.

10- Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Sí a la opción, no al azar: planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo*. Informe Estado de la Población Mundial, 2012.

11- Encuesta Global de la Revisión Operativa de la Conferencia Internacional del Población y Desarrollo más allá del 2014.

Fístula obstétrica

Cada año, entre 50.000 y 100.000 mujeres de todo el mundo padecen una fístula obstétrica¹², cuya formación se relaciona directamente con una de las causas principales de mortalidad materna: el parto obstruido.

Se calcula que en Asia y en África subsahariana más de 2 millones de mujeres padecen una fístula obstétrica sin tratar.

Matrimonio infantil

El matrimonio infantil¹³ normalmente implica poner fin a la educación de una niña y su derecho a elegir la vida que quiera. Diversos estudios confirman que cuanto menores sean las niñas que se casan son mayores los riesgos de sufrir violencia por parte de su compañero.

Aunque los matrimonios infantiles están disminuyendo, 50 millones de niñas podrían seguir en riesgo de ser casadas antes de cumplir los 15 años en esta década.

El análisis de nueve países donde se practican las MGF (Mauritania, Senegal, Mali, Guinea, Sierra Leona, Burkina Faso, Ghana, Nigeria y República Central Africana)¹⁴ muestra una relación entre matrimonio infantil y una mayor probabilidad de que las hijas sean sometidas a MGF.

12- Datos y cifras sobre la fístula obstétrica. OMS 2010.

13- *Demasiado joven para casarse, terminemos con el matrimonio infantil*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012.

14- *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*. UNFPA, 2015.

Mortalidad materna

En promedio, cada día mueren aproximadamente 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de todas las muertes maternas ocurren en países en desarrollo¹⁵.

Mutilación genital femenina

Los datos más recientes (UNICEF 2016) señalan la existencia de al menos 200 millones de mujeres y niñas con MGF en los 30 países de los que se tiene registro hasta el momento. Si las tendencias actuales continúan, el número de niñas y mujeres sometidas a las MGF aumentará considerablemente en los próximos 15 años¹⁶.

Trata de personas y explotación sexual

Al menos 152 países de origen y 124 países de destino están afectados por la trata de personas, y ningún país es inmune. Las niñas, junto con las mujeres, representan el 70% de las víctimas de trata en todo el mundo.

La mayoría de las víctimas de la trata son objeto de explotación sexual¹⁷.

VIH-SIDA

Las desigualdades de género limitan el acceso de las mujeres jóvenes a la atención médica y a la educación, lo que supone que éstas representen una cantidad desproporcionada (60%) de nuevas infecciones entre la población joven que vive con el VIH¹⁸.

15- *Mortalidad Materna*, nota descriptiva N°348. Organización Mundial de la Salud. Mayo, 2014.

16- UNICEF (2016) Nueva York Informe La Mutilación Genital Femenina: una preocupación mundial [HYPERLINK "http://www.unicef.org/spanish/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf" \t "_blank"](http://www.unicef.org/spanish/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf) Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern .

17- *Informe mundial sobre la trata de personas*. UNODC, 2014.

18- *Informe de déficit y diferencias*. ONUSIDA, 2014.

La violencia de género, incluida la violación y el matrimonio precoz, también impide a las mujeres adultas y adolescentes poder protegerse adecuadamente del VIH¹⁹.

Violencia contra las mujeres

Al menos una de cada tres mujeres (35,6%) en el mundo denuncia haber experimentado violencia física y/o sexual por su pareja o violencia sexual por otra persona distinta a su pareja. El 38% de las mujeres asesinadas en el mundo lo fueron por sus parejas²⁰.

En las unidades familiares donde las mujeres han experimentado otras formas de violencia hay mayor riesgo de que sus hijas sean sometidas a MGF²¹.

UNAF, comprometida con la erradicación de la MGF

La MGF no es una práctica cultural inofensiva, **intencionadamente ape-
la a la tradición y suscribe la rúbrica de "tradicional" para justificar y
normalizar un modelo social discriminatorio e injusto para las niñas
y las mujeres, a las que somete mediante el uso de la violencia física,
psicológica y simbólica.**

Todas las prácticas culturales perjudiciales deben ser revisadas desde la perspectiva de los derechos humanos y de los derechos colectivos de los pueblos, con el fin de **garantizar el bienestar integral de las personas que integran las diferentes culturas.**

19- CSW 59/Beijing+20. Nueva York, 2015.

20- *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica. OMS, 2013.

21- Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation. UNFPA, 2015.



Foto: Mundo Cooperante.

La Unión de Asociaciones Familiares (UNAF), junto a otras organizaciones sociales y al movimiento de mujeres, está comprometida con la responsabilidad y el esfuerzo para visibilizar, prevenir y erradicar la práctica de las Mutilaciones Genitales Femeninas, abordándolas desde el enfoque de derechos y en el marco de la violencia y la desigualdad de género que afecta a todas las mujeres del mundo.



“Ábreme la puerta para que entre, de manera que pueda conocer mis derechos humanos y las responsabilidades por esos derechos”.

Letra de la canción escrita por los participantes del Programa de Empoderamiento de la Comunidad (Tostan, 2012)





Las mutilaciones genitales femeninas

¿Qué son las mutilaciones genitales femeninas?

Definición

Las Mutilaciones Genitales Femeninas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son aquellas prácticas que comprenden todos los procedimientos que involucran la escisión parcial o total de los órganos genitales externos de las mujeres o cualquier daño a los genitales femeninos, sin que haya motivos médicos o de salud²².



Estas prácticas -profundamente arraigadas en las creencias y conductas sociales, según las cuales, se considera a las mujeres y las niñas inferiores a los hombres y los niños sobre la base de funciones estereotipadas- se utilizan para justificar la violencia contra las mujeres como una forma de "protección" o dominación de las mujeres en el hogar o la comunidad²³.

Las MGF no están **ligadas** de manera específica a ninguna religión, son practicadas por personas y comunidades de religión musulmana, cristiana y judía²⁴, también animistas, etc. Así mismo, existen países de población mayoritariamente musulmana que no la practican, como Marruecos, Turquía y Túnez, entre otros.

22- Recomendación General 31 / Observación General 18 (2014) sobre prácticas nocivas. CEDAW y Comité sobre los Derechos del Niño.

23- Recomendación general núm. 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, párr. 11.

24- Véase el caso de las mujeres judías falashas de Etiopía o las cristianas de Egipto.

Origen

Como todas las formas de violencia de género, las Mutilaciones Genitales Femeninas se inscriben dentro del **orden social patriarcal**, imperante en las sociedades conocidas de todos los tiempos; siendo uno de los ejemplos más extremos de **control y dominio sobre el cuerpo y la sexualidad femenina** (promoción de la castidad, la virginidad, la fidelidad, reducir el placer...), que conlleva la negación y rechazo colectivo hacia los genitales femeninos.

Se desconoce su origen milenario; cuándo y dónde empezó es una incógnita. Lo que sí se sabe es que es una práctica muy antigua, anterior a las religiones monoteístas, que ya se practicaba en Egipto hace unos 5.000 ó 6.000 años, en la época de los faraones (de ahí el nombre de "circuncisión faraónica"), como se constata en momias encontradas de esa época.

El nombre de "infibulación" (MGF tipo III) procede de los romanos, del término fíbula, que era el broche con el que se cerraban la toga. También se sabe que este rito era practicado hace siglos en zonas tropicales de Asia (Filipinas, por ejemplo), por ciertas etnias de la Alta Amazonía y en Australia, entre las mujeres *arunta*²⁵.

Sin embargo, el dominio sobre el cuerpo de las mujeres y el control de su sexualidad no ha sido exclusivo de ciertas sociedades no occidentales, como se ha querido hacer ver desde sectores neocoloniales²⁶. En las sociedades occidentales, los genitales femeninos también han sido objeto de persecución, no sólo simbólica sino también física.

25- Medicusmundi Andalucía. *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Granada, Grupo Editorial Universitario. 2008

26- Dolores, J. Reseña "Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios de María Cristina Álvarez". *Athea Digital*. Primavera 005. Universidad Autónoma de Barcelona. 2004.

La clitoridectomía (MGF tipo I)²⁷, se realizaba también en Europa y Estados Unidos durante los siglos XVIII y XIX y hasta comienzos del siglo XX. Se trataba de una práctica a la que acudían algunos médicos como tratamiento para “curar” los casos de histeria, epilepsia o migrañas (en la creencia de que el origen de las enfermedades nerviosas era la masturbación) y como remedio para apaciguar aquello que se consideraba “un exceso de deseo sexual” en las mujeres (el mito de la “ninfomanía”). La MGF se usaba además para tratar otros problemas ginecológicos.

En la actualidad, en países occidentales se realizan operaciones de estética genital en las que se corta parte de los labios menores, se retocan quirúrgicamente los labios mayores, se estrecha el orificio vaginal, entre otras intervenciones a los genitales femeninos por causas no terapéuticas. En relación a estas prácticas, la Organización Mundial de la Salud ya ha señalado, en diferentes informes, que las operaciones de genitales femeninos motivadas por razones estéticas tienen puntos de coincidencia argumental con las posturas que sostienen el mantenimiento de las MGF.

Terminología

Encontramos diversos términos para nombrar las Mutilaciones Genitales Femeninas que no son casuales sino que responden a cuestiones religiosas, ideológicas o jurídicas, entre otras. Denominaciones como circuncisión femenina, cirugía genital femenina, escisión, corte, *sunna*, ablación, *ñyaka* (en la lengua mandinga), etc., que no son del todo exactas, aluden a varios significados y tienen connotaciones que generan confusión.

27- Ampliación de información en la Tabla Tipos de Mutilación Genital Femenina, pág.30.



¿Cómo se dice MGF en diferentes lenguas africanas?

Musolu la nyaaka, sukareh rebweh, yaharu londindeh, gizet, mknshab, gudninka fircooniga, selot, kitanaa

Términos más utilizados:

- **Circuncisión femenina** o **ablación**, ambos se consideran términos relativistas que ocultan la agresión y la violencia que conlleva la práctica de las MGF.

El término *circuncisión femenina* se emplea con frecuencia en correlación al de circuncisión masculina, cuando la realidad es que no pueden ser equivalentes, ya que nombran dos prácticas distintas. Las Mutilaciones Genitales Femeninas se diferencian de la circuncisión masculina por el mayor grado de agresión que las MGF suponen y las consecuencias para la salud.



Para que la equiparación entre los términos "circuncisión masculina" y "circuncisión femenina" (referida a la MGF) fuera correcta: "La circuncisión masculina significaría cercenar el glande, mutilar los testículos y que el resto del pene quedara en una especie de bolsa vacía; así sería el equivalente auténtico" Hirsi Ali, A. Yo acuso. Defensa de la emancipación de las mujeres musulmanas. Barcelona. Debolsillo 2007

- **Cirugía Genital Femenina**, se trata de un eufemismo para nombrar las MGF que se utiliza en ámbitos sanitarios, y que hace énfasis en el ejercicio médico (cirugía), como forma de reivindicar por algunos sectores su inclusión en la praxis de la medicina (como sucede en Egipto).

- **Cortes Genitales Femeninos (*Female Genital Cutting* - FGC en inglés)** se utiliza en los ámbitos académicos considerándolo supuestamente neutro, con el argumento de que es más respetuoso hacia las poblaciones que la practican, al evitar la estigmatización o los juicios de valor.
- **Modificación genital, operación...etc.**, son formas distintas de referirse a las MGF en ámbitos profesionales, que pretenden evitar la alusión a la violencia, ya que consideran que resultaría poco respetuosa con las culturas que la practican.
- **Sunna:** se utiliza en el mundo islámico y hace alusión a la tradición. Si bien, la MGF no tiene carácter preceptivo en el Corán²⁸, no es obligatoria y su carácter es meramente recomendatorio (a diferencia de la circuncisión masculina que sí es imperativa), la MGF se ha convertido en una obligación social para las mujeres si éstas quieren formar parte de la comunidad.
- **Mutilación Genital Femenina (MGF):** es el término utilizado por los movimientos que defienden a las mujeres y sus derechos humanos, engloba todos los tipos de MGF y pone el énfasis en el acto de “amputar” una parte funcional y sana del cuerpo femenino y en los derechos fundamentales que vulnera, pues atenta contra la integridad física y psíquica de mujeres y niñas. Se trata también de la expresión promovida por Naciones Unidas y la OMS para nombrar esta práctica, aprobada también por el Comité Interafricano para las Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres e Infancia y utilizada en numerosos foros internacionales²⁹.

Las Mutilaciones Genitales Femeninas se tratan de justificar, en la mayoría de los casos, aludiendo a motivos culturales que implican un beneficio

28- La MGF es una práctica pre-islámica y el Corán no hace alusión en ninguno de sus versículos a ella. Sin embargo, en el caso de los hombres, la circuncisión sí constituye una obligación en el Islam.

29- En algunas ocasiones, se utiliza también el término **Prácticas tradicionales perjudiciales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas**, conceptualizándolo como una acción.

para las niñas o las mujeres, y no se asocian a la idea de mutilación. Por ello, aunque términos como “corte” o “cosido” (en el caso de la mutilación tipo III), puedan resultar útiles para entendernos mejor en los primeros contactos con la población de las comunidades donde se practica (que con frecuencia no suelen comprendernos cuando les hablamos de mutilación), el término Mutilación Genital Femenina es el más correcto.

En esta guía utilizamos Mutilación Genital Femenina (MGF), o en su plural **Mutilaciones Genitales Femeninas**, en consonancia con los organismos internacionales y las organizaciones que promueven los derechos humanos de las mujeres, considerando que se trata del término más adecuado.



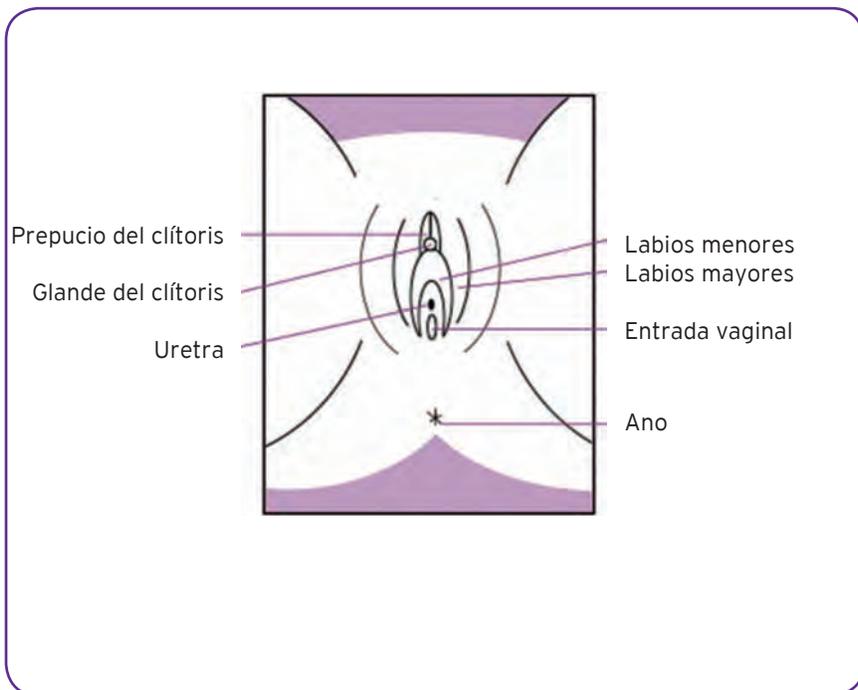
El término MGF visibiliza la agresión que representa esta práctica, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales para las mujeres y las niñas. La MGF implica una eliminación más allá del órgano sexual de la mujer, en cuyo trasfondo encontramos la subordinación de las mujeres y las niñas y la necesidad de controlar su sexualidad. Representa una violación de sus derechos humanos, pues se pone en peligro incluso sus vidas y atende a la “no voluntariedad”, especialmente en el caso de las niñas.

Tipos

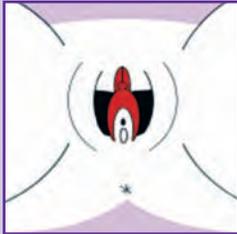
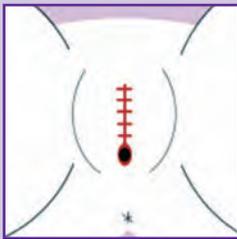
Existen distintos tipos de MGF que se clasifican en función de las zonas de los genitales femeninos amputadas. Según la OMS, el organismo internacional que más ha contribuido al conocimiento y difusión de esta práctica para su erradicación, encontramos cuatro tipos de MGF.

Con el objetivo de facilitar la comprensión de las zonas anatómicas afectadas por los diversos tipos de MGF presentamos, en primer lugar, una ilustración esquemática de la vulva, mostrando unos genitales externos femeninos que no han sido mutilados, tal y como se podrían observar si se separaran los labios menores con ayuda de los dedos. A partir de aquí, iremos describiendo los diferentes tipos de MGF, en los que las zonas amputadas o afectadas se encuentran coloreadas en rojo o negro.

Partes de la vulva implicadas en los diversos tipos de MGF:



Tipos de Mutilación Genital Femenina³⁰:

<p>TIPO I CLITORIDECTOMÍA</p>		<p>Consiste en la extirpación total o parcial del clítoris o el prepucio del mismo.</p>
<p>TIPO II ESCISIÓN</p>		<p>Consiste en la extirpación parcial o total del clítoris y de los labios menores con o sin escisión de los labios mayores.</p>
<p>TIPO III INFIBULACIÓN</p>		<p>Consiste en el estrechamiento del orificio vaginal a través de la sutura, cosido o recolocación de los labios menores y/o mayores para su cicatrización, con o sin extirpación del clítoris.</p> <p>Es la forma más severa de mutilación, que deja un pequeño orificio para la salida de la orina y la sangre menstrual. Dado que el orificio es mínimo, se realizará una <i>desinfibulación</i> en el momento del parto y, después del parto, de nuevo la <i>reinfibulación</i>. También se suele realizar la <i>desinfibulación</i> el día de la boda para poder mantener la relación genital, después será nuevamente <i>reinfibulada</i>.</p>
<p>TIPO IV</p>	<p>Abrasión Cauterización del clítoris Introducción de sustancias en la vagina Piercing Dry sex Etc.</p>	<p>En este tipo se engloban todas aquellas prácticas que suponen lesiones en los genitales femeninos, no clasificados en los tipos anteriores, y que no responden a fines terapéuticos ni médicos.</p> <p>Encontramos en esta clasificación: el raspado, la cauterización, la perforación, la incisión en la zona genital, la "introcisión", que consiste en la ampliación del orificio vaginal mediante cortes o desgarros, o por el contrario procediminetos orientados a estrechar la vagina (mediante hierbas, etc.)... Otros ejemplos dentro de esta tipología serían el piercing, dry sex, stretching...</p>

30 - WHO Division of Family Health. *Female genital mutilation*. Report of a WHO technical working group. 1996.

La OMS hace una subclasificación de cada uno de estos tipos en función de los órganos dañados o amputados, reflejo de la diversidad en la que podemos encontrar las MGF.

Algunas consideraciones sobre los tipos de MGF:

- ✓ La realización de unos tipos u otros de MGF depende fundamentalmente de la etnia que lo practica.
- ✓ Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir el 90% de los casos³¹.
- ✓ La mutilación tipo III es la menos frecuente. Se realiza primordialmente en los países del Cuerno de África (Somalia, Sudán y Djibuti) y constituye el 10% de los casos. En menor medida se practica también en Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia y Kenia, pero la prevalencia³² interna varía mucho de un país a otro.
- ✓ La infibulación (tipo III) y la introcisión (tipo IV) pueden darse en la misma mujer, si la primera ha sido tan lesiva que impide la penetración del marido.

En algunas ocasiones, el proceso de abandono se realiza de un modo gradual. Esto es, grupos o etnias que practican la MGF tipo III pasan a la tipo II (menos agresiva) y así sucesivamente.

31- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

32- Prevalencia: medición, proporción de personas que han sufrido la MGF con respecto al total de la población.

Quiénes la practican

Habitualmente, **las MGF son realizadas por una mujer** designada para esta tarea que, con frecuencia es de edad avanzada. Suele ser la persona que ejerce la medicina tradicional (curandera), es **muy respetada en la comunidad y se le atribuyen conocimientos y habilidades especiales**. En general es la misma persona que atiende los partos. Aun así, las **“circuncidadoras” o “mutiladoras”**, como se las nombra a menudo, que son también parteras, **no asocian las complicaciones para la salud de las mujeres y los bebés en los nacimientos con la práctica de la mutilación genital**.

Las mujeres son las que promueven la mutilación de sus hijas o nietas con la creencia de que la mujer a la que se le practica es más femenina, más limpia, más bella y más honorable³³. Sin embargo, aunque el hecho de que las MGF sean realizadas y defendidas por las propias mujeres pueda percibirse como una cuestión en la que los hombres no tienen nada que ver, esto no es cierto. Si bien la identificación de estas mujeres con los roles y valores de género femenino (que impone el patriarcado) les lleva a defender la MGF como práctica constitutiva y esencial de identidad individual y colectiva frente a las demandas de eliminación, lo cierto es que los hombres de la comunidad juegan un papel decisivo como guardianes de la tradición.

33- Dandash K. F, Refaat A. H, Eyada M. “Female Genital Mutilation: A descriptive study”, en *Sex Marital Ther*, 27:453-8. LITTLE C. M. 2003; “Female genital circumcision: medical and cultural considerations”, en *Journal of Cultural Diversity*, 10:30-4 . 2001.

A quiénes y cuándo se realizan las MGF

A pesar de la escasa investigación respecto a la variabilidad de edad y de grupos étnicos, podemos afirmar que, en general, la MGF suele realizarse a niñas entre 4 y 14 años (antes de la primera menstruación); aunque existen algunas culturas donde se practica días después del nacimiento y otras donde se realiza antes del matrimonio, durante el embarazo o tras el parto. La edad también varía en función de los núcleos de población -rural o urbano-, según los grupos étnicos y según su localización geográfica. **Si bien las MGF suponen en muchos casos un ritual de paso de la niñez a la edad adulta, se aprecia una tendencia creciente a realizarla a edades cada vez más tempranas.** Por una parte adelantar la edad de las MGF reduce la posible resistencia de la niña, además se tiene la falsa creencia de que evita su recuerdo y, sobre todo, facilita su ocultación ante las autoridades en aquellos países en los que se encuentra penada. Así mismo, encontramos que cada vez más niñas mayores se escapan de sus casas ante la inminente preparación del ritual, otro motivo más para realizarla a más temprana edad. En el caso de las familias migrantes, las MGF se suelen practicar aprovechando el momento de un viaje al país de origen.

Cómo se practican las MGF

Las MGF se suelen realizar sin ningún tipo de anestesia, con un instrumento cortante: cuchillos, tijeras, hojas de afeitar, cortaúñas, trozos de vidrio, piedras afiladas e incluso la tapa de aluminio de una lata. Cuando la mutilación es colectiva, se utiliza el mismo instrumento para todas.

La duración es de 15 ó 20 minutos, dependiendo de la habilidad de quien la realiza y de la resistencia que oponga la niña, que permanece inmovilizada.

Posteriormente, la herida se limpia utilizando alcohol, zumo de limón u otros materiales como ceniza, mezclas de hierbas, aceite de coco o excrementos de vaca. En los casos de infibulación, se unen los labios menores, con espinas de acacia por ejemplo, y se atan las piernas de la niña hasta que la herida haya curado. El proceso de curación puede durar de tres a cuatro semanas.

Medicalización de la práctica:

Mientras que en casi todos los países las MGF son generalmente realizadas por las practicantes tradicionales, más de la mitad de las niñas en Indonesia fueron mutiladas por equipos médicos³⁴. Se sabe también que las MGF se realizan por profesionales sanitarios en países como Egipto, Sudán, Kenia, entre otros, que justifican su actuación con el argumento de minimizar riesgos y evitar el dolor. **Estas MGF medicalizadas pretenden “legitimar” la práctica, obviando el hecho de que constituyen una agresión y un acto de violencia contra mujeres y niñas.**

Pese a que algunas personas han sugerido que la medicalización puede ser el primer paso para el abandono de la MGF, no hay evidencia que soporte dicha expectativa. Es más, la medicalización de la MGF **contribuye a institucionalizar la mutilación genital femenina como una intervención sanitaria y a transmitir la falsa impresión de que se trata de una práctica segura desde el punto de vista médico**³⁵.

34- UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern. New York: UNICEF, 2016

35- Naciones Unidas (2008), Eliminating female genital mutilation: An Inter-Agency Statement, pág. 12; disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf.



Foto: Mundo Cooperante.

El Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, ha señalado³⁶ que aunque la ley autorice la práctica médica de la MGF en determinados países, las mutilaciones genitales siguen siendo tortura y la existencia de una ley así equivale a la aquiescencia del Estado. Así mismo, cuando se realizan en clínicas privadas y no se penaliza al personal médico que las practican, significa que el Estado competente la consiente *de facto* e incurre en responsabilidad. **Las y los profesionales de la salud que practican las MGF violan los Derechos Humanos de las mujeres y las niñas, así como el principio fundamental de la ética médica de no hacer daño³⁷.**

36- Informe de 2008 (A/HRC/7/3)

37- Véase OMS y otros, *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*.

38- UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern*. New York: UNICEF, 2016

Mapa de las MGF

Las MGF en el Mundo

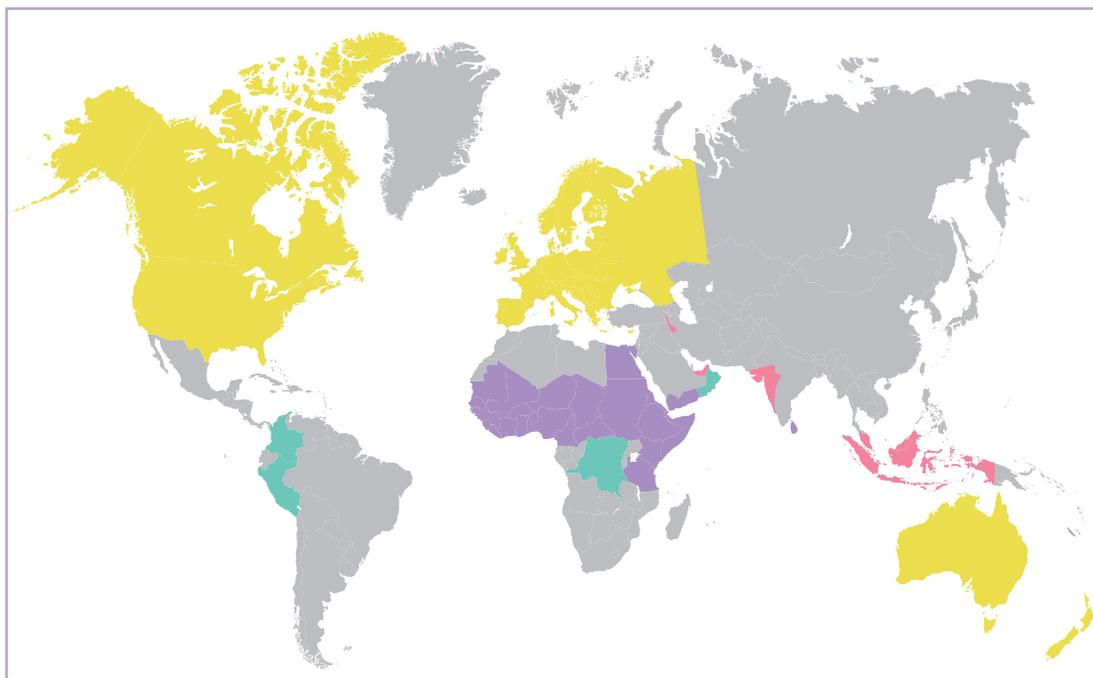
Según los estudios estadísticos y otros estudios de menor dimensión, así como otros datos cualitativos, las MGF son un problema mundial que afecta a las niñas y a las mujeres en todas las regiones del mundo. El último informe estadístico publicado por UNICEF³⁸ habla de al menos 200 millones de mujeres y niñas en 30 países que han sufrido MGF. La mitad de ellas se concentran en tres países: Egipto, Etiopía e Indonesia. En cuanto a regiones, África Subsahariana y Oriente Medio tienen los más altos índices de prevalencia, aunque esta varía notablemente de un país a otro.

Es importante tener en cuenta que la práctica de las MGF no se da en todos los países africanos, ni dentro de un mismo país se practica por igual pues **está asociada con ciertos grupos étnicos** (Awusa, Bambara, Dogon, Edos, Fante, Fulbe -Fule, Pular Tukulor-, Mandinga, Masái, Sarakole, Somalí, Soninke) en los que, prácticamente, todas las mujeres han sido mutiladas. Entre las etnias NO practicantes de las MGF destacamos: Manjak, Ndiago, Serer, Wolof. Aunque también podemos encontrar mujeres de etnias practicantes que no han sufrido MGF y viceversa, como consecuencia de la existencia de matrimonios mixtos (por ejemplo, si una mujer de una etnia no practicante se casa con un hombre de un grupo donde las MGF son tradición, probablemente haya sido mutilada como requisito para casarse).

También se han encontrado casos de práctica de MGF en Asia en países como Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka, y en comunidades de la India como en la secta Daudi Bohra. Además, se han identificado MGF en grupos indígenas de América Central y del Sur en Brasil, y en la comunidad *Emberá* de Colombia, México y Perú³⁹.

39- Ending Female Genital Mutilation/Cutting: *Lessons from a decade of progress*. Washington, DC. Population Reference Bureau. 2013.

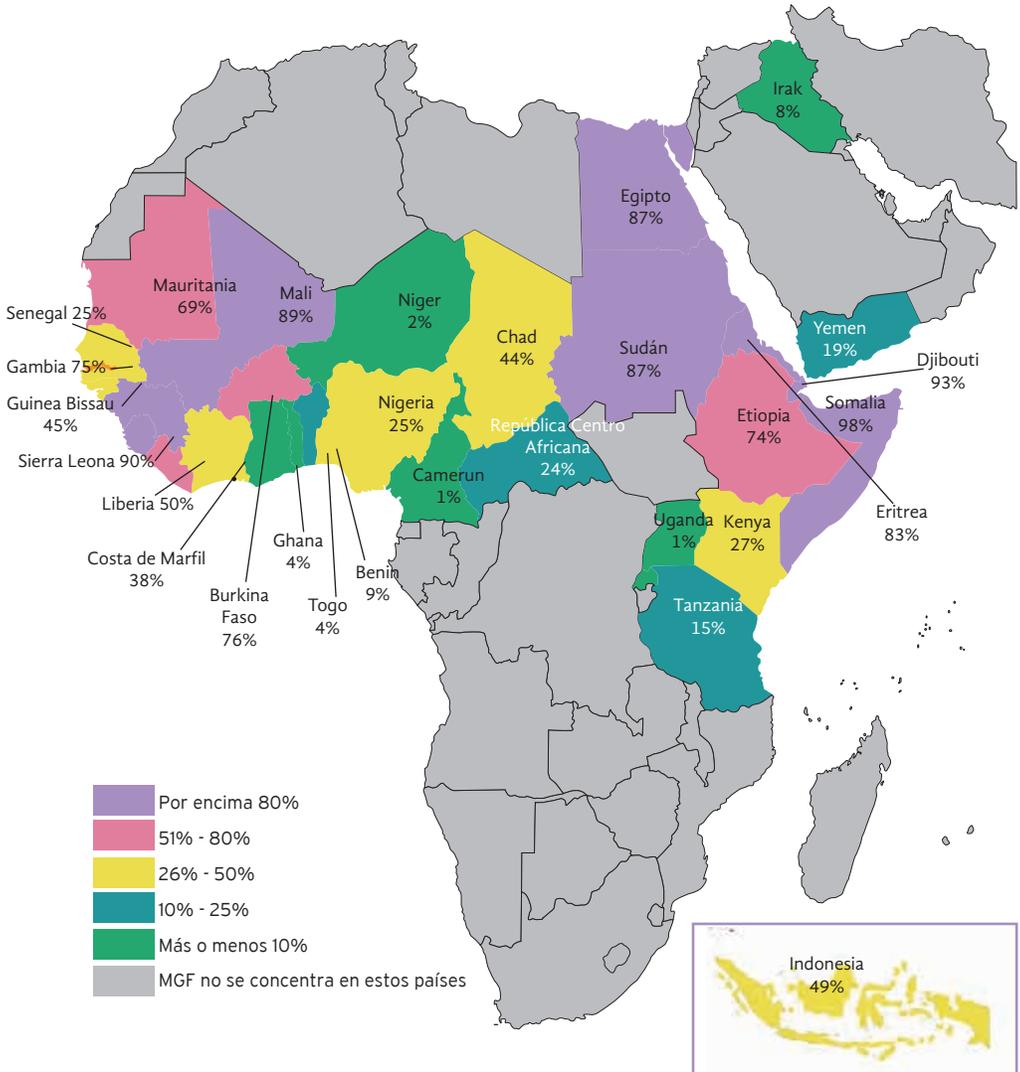
De estos 200 millones de mujeres y niñas que han sufrido las MGF, 44 millones son menores de 14 años; para este grupo de edad, Gambia tiene la mayor incidencia (56%), seguida de Mauritania (54 %) e Indonesia, donde alrededor de la mitad de las niñas menores de 11 años han sido sometidas a la mutilación genital. En muchos países la mayoría de las niñas fueron mutiladas antes de llegar a su quinto cumpleaños. En Yemen, el 85% de niñas sufrieron la MGF en su primera semana de vida. Con los movimientos migratorios, la práctica de las MGF se ha extendido a zonas de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, por lo que además del trabajo que se está realizando en los países de origen para su erradicación, es preciso trabajar en la sensibilización, atención y prevención de nuevos casos en los países de destino.



- | | |
|--|--|
|  MGF original: documentada y con medición de prevalencia |  MGF original: reportes anecdóticos |
|  MGF original: documentada pero sin estimaciones nacionales |  MGF en la diáspora |

Fuente: GIPE/PTP - Fundación Wassu- UAB. 2012.

Prevalencia de niñas y mujeres de entre 15 y 49 años que han sufrido MGF, por región/país⁴⁰



40- UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern. New York: UNICEF, 2016

Todavía en la actualidad, desconocemos el alcance total de la MGF ya que no existen datos exhaustivos sobre su prevalencia, ni siquiera en Europa occidental. De hecho, en los últimos tiempos, a medida que aumenta la disponibilidad de datos sobre las MGF, también crece el número de mujeres y niñas afectadas. Lo que sí podemos afirmar es que estamos frente a un fenómeno global cuya práctica está más extendida de lo que se creía hace unos años.

Análisis por país⁴¹ (Tabla 1)

Somalia	El 63% de niñas con MGF tenían sus genitales cosidos.
Guinea	El 19% de niñas y mujeres y el 42% de niños y hombres piensan que las MGF deben finalizar.
Djibouti	Al 62% de niñas con MGF se les realizó la práctica entre los 5 y 9 años.
Egipto	El 77% de niñas con MGF fueron mutiladas por personal sanitario.
Eritrea	El 60% de niñas y mujeres consideran las MGF como un mandato religioso.
Mali	El 58% de niñas con MGF son hijas de madres que se oponen a esta práctica.
Sierra Leona	El 51% de parejas no están de acuerdo en si la práctica debe continuar o no.
Sudán	Las niñas y mujeres que no han estudiado apoyan cuatro veces más la práctica que aquellas que han recibido educación secundaria o superior.
Costa de Marfil	El 41% de niñas y mujeres del grupo Voltique/Gur apoyan las MGF frente al 3% de las que pertenecen al grupo Akan.
Kenia	El 59% de niñas y mujeres con MGF no ven ningún beneficio de esta práctica.
Nigeria	El 35% de niños y hombres y el 31% de niñas y mujeres dicen no conocer qué piensa el otro sexo de esta práctica.
Senegal	La prevalencia de MGF en niñas y mujeres varía del 0% en Diourbel al 35% en Mataml.

41- UNICEF. *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF, 2013

República Centrafricana	El 52% de niñas con MGF fueron mutiladas entre los 10 y 14 años.
Yemen	En el 97% de los casos, las niñas fueron mutiladas en sus casas. En el 75% usaron una cuchilla o una navaja.
Tanzania	Las mujeres de entre 45 y 49 años son tres veces más partidarias de las MGF que las chicas de entre 5 y 19 años.
Gambia	El 82% de niñas y mujeres con MGF piensan que esta práctica debe continuar, en comparación con el 5% sin MGF.
Burkina Faso	El 76% de niñas y mujeres han sido mutiladas pero sólo el 9% está a favor de esta práctica.
Etiopía	El 41% de niñas y mujeres sin estudios apoyan esta práctica, mientras solo lo hacen el 5% con educación secundaria o superior.
Mauritania	De media, las niñas son mutiladas cuando tienen un mes de edad.
Liberia	El apoyo a las MGF es dos veces superior en niñas y mujeres que provienen de hogares pobres frente a las de hogares más ricos.
Guinea Bissau	El 18% de niñas con MGF fueron mutiladas después de los 15 años.
Chad	El 27% de niños y hombres piensan que las MGF son preceptos religiosos.
Benin	El 72% de niñas y mujeres de la etnia Fulbe han sido mutiladas frente al 0% de las etnias Adja y Fon.
Iraq	Las MGF se concentran en las regiones de Erbil y Sulaymaniyah.
Ghana	En la zona de mayor prevalencia (Oeste) el 60% de mujeres entre 45 y 49 años han sido mutiladas frente al 16% de mujeres entre 15 y 19 años.
Togo	El 21% de las niñas y mujeres musulmanas han sufrido la MGF frente al 1% de las cristianas.
Níger	El 55% de niñas y mujeres cristianas han sufrido MGF frente al 2% de musulmanas.
Camerún	El 85% de la población masculina piensa que las MGF no deberían continuar.
Uganda	El 9% de niñas y mujeres apoyan las MGF, aunque la prevalencia nacional es sólo del 1%.

A pesar de estos datos desalentadores, existe también una creciente desaprobación generalizada hacia las MGF. Según los últimos estudios, una gran mayoría de las personas de los países de los que disponemos de datos, considera que la práctica de la Mutilación Genital Femenina se debería eliminar (incluidos casi dos tercios de los niños y los hombres)⁴². Sin embargo, los progresos realizados hasta ahora aún son insuficientes en relación al ritmo de crecimiento de la población, ya que si las tendencias actuales continúan, el número de niñas y mujeres sometidas a las MGF aumentará considerablemente en los próximos 15 años.

El conocimiento de los países y etnias que practican las MGF y sus índices de prevalencia es clave para detectar posibles casos y constituye una información necesaria para el trabajo en la prevención y atención de las MGF.



Foto: Mundo Cooperante.

42- INFORME UNICEF (2016) "La Mutilación Genital Femenina: una preocupación mundial" HYPERLINK "http://www.unicef.org/spanish/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf" \t "_blank"Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern.

La MGF en Europa, en España

En el contexto de la diáspora transnacional, emigran las personas y con ellas viajan sus culturas y sus formas de vida, lo que conlleva afrontar nuevos retos y nuevas oportunidades en el país de destino. Las MGF están afectando a mujeres y niñas que residen en Europa, siendo objeto de este tipo de mutilación bien en su territorio o en los países de origen antes de trasladarse a Europa, o bien durante sus desplazamientos hacia este destino⁴³. **Se estima que en Europa hay 500.000 mujeres y niñas que han sido víctimas de las MGF y 180.000 niñas corren el riesgo de serlo⁴⁴.** Cada año, unas 20.000 mujeres y niñas procedentes de países donde se practican las MGF piden asilo en Europa, de las que 8.809 podrían estar afectadas por esta práctica⁴⁵.

La población empadronada en **España**, procedente de países donde se sigue practicando las MGF, se estima en 214.00 personas, de las que 55.000 son mujeres. De especial importancia son las niñas menores de 15 años, a quienes podemos considerar como población susceptible de riesgo, teniendo en cuenta que el tramo de edad predominante de realizar las MGF es antes de cumplir 15 años, y que en todo el territorio nacional residen más de 17.000 niñas⁴⁶.

En cuanto a los países de origen destacan Senegal, Nigeria, Mali, Gambia, Ghana y Guinea, cuya población reside mayoritariamente en las comunidades autónomas de Cataluña, Andalucía, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y Aragón.

43- Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo: Hacia la eliminación de la mutilación genital femenina, 2013.

44- Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de junio de 2012, sobre la erradicación de la mutilación genital femenina.

45- ACNUR. *Demasiado Dolor. Mutilación Genital Femenina y Asilo en la Unión Europea*, 2013.

46- Los datos referidos a la población total empadronada en España proceden del padrón continuo a 1 de enero de 2016. La estimación de 17.000 niñas menores de 14 años es recogida por el informe "La MGF es España", de Febrero de 2015, realizado por la Delegación de Gobierno contra la Violencia de género, que se basa en el último Mapa de la MGF en España, de la Fundación Wassu-UAB.

Población empadronada en España de países donde se practica
MGF⁴⁷ (Tabla 2)

País	TOTAL	% Prevalencia ⁴⁸	Mujeres y niñas
Benin	421	9	124
Burkina Faso	1.315	76	341
Camerún	6.034	1	2.159
Chad	112	44	32
Costa de Marfil	3.309	38	934
Djibouti	23	93	8
Egipto	5.004	87	1.530
Eritrea	106	83	50
Etiopía	4.072	74	1.850
Gambia	20.115	75	3.866
Ghana	16.006	4	3.478
Guinea	11.588	97	3.612
Guinea-Bissau	5.773	45	1.289
Indonesia	2.071	49	992
Iraq	2.100	8	760
Kenia	1.543	21	1.112
Liberia	683	50	245
Mali	22.212	89	2.507
Mauritania	9.426	69	2.141
Níger	273	2	65
Nigeria	35.550	25	14.707
R.Centroafricana	138	25	59
Senegal	63.004	25	12.160
Sierra Leona	961	90	300
Somalia	291	98	112
Sudán	375	87	111
Tanzania	375	15	188
Togo	502	5	155
Uganda	191	1	90
Yemen	130	19	30
TOTAL	213.703		55.007

47- Datos de padrón continuo 1 de enero 2016 (Países marcados con asterisco Padrón continuo 1 de enero 2015).

48- Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años con MGF en el país de origen, 2004-2015. Datos de UNICEF 2016.

La MGF en España



Fuente: Elaboración propia con datos del padrón continuo a 1 de Enero de 2016.



Consideraciones en relación a la tabla:

- ✓ Los datos se refieren a la población empadronada en España. Por tanto, los datos reales podrían ser superiores.
- ✓ El lugar de procedencia es un indicador de factor de riesgo a tener en cuenta pero no es determinante, por lo que hay que considerar otros factores como la etnia y la prevalencia de las MGF, etc.

Hemos de tener en cuenta la masculinización de la migración y trabajar la prevención también con la población masculina: por cada mujer que reside en España procedente de estos países, encontramos una media de cuatro hombres.

Causas que sustentan las MGF: argumentos y mitos

En estas comunidades la MGF es una marca de identidad femenina (para ser una mujer como se “debe ser”, hay que tener mutilados los genitales), asociada al mandato de la castidad, la virginidad, la pureza y limpieza (simbólica y física: higiene). La MGF es en muchas comunidades un rito de paso a la edad adulta (de niña a mujer), que confirma su feminidad y le permite cumplir adecuadamente con su papel de buena esposa, madre e hija, garantizando el “honor de la familia”. La MGF es considerada un componente crucial del proceso de socialización de la comunidad.

Por tanto, tenemos que tener en cuenta que existe una creencia generalizada que considera que las MGF son beneficiosas para las mujeres y las niñas (por un lado, les otorga la condición de mujeres respetables y dignas de pertenencia a la comunidad - “buenas mujeres”; por otro, se piensa que la mutilación genital asegura que su cuerpo será el adecuado para cumplir su rol de mujer - “más limpio”, mayor satisfacción sexual para el marido, hijas e hijos más sanos).

Mapa mental de argumentos de la MGF⁴⁹



En un intento de expresar el conjunto de argumentos y creencias que sustentan la práctica de la MGF y sus interrelaciones, la OMS ha elaborado un “mapa mental”⁵⁰ de argumentos que opera a diferentes niveles:

Primer nivel: Religión, Sociedad, Higiene y estética: tres grupos de razones que interactúan entre sí y en la confluencia de las tres se crea y reproduce el mito:

Espirituales y religiosas: la creencia de que **los genitales externos femeninos son espiritualmente “impuros”**, por lo que algunas culturas consideran las MGF condición necesaria para que las mujeres sean “puras” en un sentido espiritual. En el caso de las comunidades musulmanas, a pesar de que en el Corán no aparece ninguna alusión a las MGF, hay argumentaciones que le atribuyen una fundamentación islámica

49- Adaptación del gráfico del mapa mental de la OMS realizada por la ONGD O'DAM en la publicación: Erradicación de la MGF. Enfoques y perspectivas desde la cooperación al desarrollo, 2013.

50- WHO. *Female Genital Mutilation. Programmes to Date: What Works and What Doesn't A Review*, 1999.

basada en varios *hadices* (dichos y acciones del profeta Mahoma), en los que se menciona las MGF, pero cuya autenticidad no puede ser confirmada⁵¹.

Sociales: En muchos países de África subsahariana, las MGF son un **rito de paso** de la infancia a la edad adulta y forman parte del proceso de socialización de las niñas, que otorga estatus, identidad étnica y de género, así como un reconocimiento social en su comunidad. Existe la creencia de que el clítoris impide a las mujeres alcanzar la madurez y que tiene el poder de causar males y desgracias.

De higiene y estéticas: se considera que los genitales externos son feos y sucios y que si no se amputan pueden crecer hasta llegar a proporciones antiestéticas.

Estos tres grupos de razones se mantienen y consolidan a través de varios mecanismos de refuerzo comunitario. Uno de los argumentos más poderosos y determinantes de la práctica de las MGF es que forman parte de la tradición y dan un sentido de pertenencia al grupo. Por tanto, si no se respeta esta tradición, surge el rechazo y el aislamiento social. Tanto en la comunidad como en la familia, existe una fuerte presión para el mantenimiento de las MGF, con mecanismos de refuerzo comunitario. Por ejemplo, el divorcio o el rechazo a casarse con mujeres que no hayan sufrido la MGF; el juramento secreto en algunas comunidades para no divulgar el dolor que ocasiona esta práctica; la existencia de poemas y canciones que ridiculizan a las mujeres que no han sufrido la MGF; el uso del miedo al castigo divino; la ira y la sanción de los antepasados en caso de que no se practique. Esta marginación puede conllevar la pérdida de apoyo económico y de movilidad social. En cambio, si las mujeres se atienen a la "norma", esperan que se las recompense, por ejemplo, mediante la inclusión y el elogio.

51- WISE. *Female Genital Cutting: Harmful and Un-Islamic*. 2010

Segundo nivel: macro, razones psico-sexuales y sociales que tienen que ver con el control del cuerpo de las mujeres y su sexualidad

Psicosexuales: la creencia de que si no se extirpan los genitales pueden acontecer peligros a la niña, a su familia, al futuro marido y a la sociedad. Por ejemplo, se tiene la falsa creencia de que el clítoris puede llegar a crecer hasta alcanzar el tamaño del pene, pudiendo dañar al hombre en las relaciones coitales y al bebé en su nacimiento, hasta el punto de poder morir o padecer algún trastorno mental si roza su cabeza con el clítoris en el momento del parto.

Sociales: las mujeres no mutiladas generan desconfianza al futuro marido y se consideran una amenaza para toda su comunidad. Con la MGF se controla la sexualidad de la mujer para salvaguardarla de la pérdida de su virginidad, lo que deshonoraría a las familias y además impediría que se casara. A menudo otras mujeres en las redes comunitarias que ya han sido mutiladas perpetúan la "norma" y ejercen una presión adicional sobre las mujeres más jóvenes para que se sometan a la MGF porque, de lo contrario, éstas corren el riesgo de verse condenadas al ostracismo, el rechazo y la estigmatización. Se argumenta que "por el bien y la protección" de las niñas y las mujeres, a través del control de su sexualidad "se asegura su fidelidad y se contrarresta el deseo sexual". Encontramos expresiones entre las mujeres subsaharianas tales como *"es necesario demostrar a los suegros que la niña va a ser una buena esposa"* o que *"así jamás la suegra podrá decirte que los hijos que tienes no son de tu marido"*... Estas creencias consideran que una mujer "cortada" es una mujer que va a ser fiel a su marido y va a asegurar su paternidad. De lo contrario, *"será más ardiente e irá detrás de los hombres, no se controlará"*. Así mismo, se cree que "las MGF mejoran la fertilidad", un valor especialmentepreciado en estas culturas que contribuye a la perpetuación de la mutilación.

En líneas generales, no debemos olvidar que la MGF tiene lugar en sociedades patriarcales, en el que el valor de las mujeres está relacionado con el hecho de estar casada (ser esposa) y de tener hijos e hijas

(ser madre). Una mujer sin mutilación genital podrá ser rechazada, devuelta a su familia de origen, y el marido podrá reclamar la dote pagada por ella, lo que unido al rechazo y al desprestigio, hará que la familia de la mujer quede más empobrecida. Sin embargo, las mujeres con mutilación genital podrán acceder al reconocimiento social y cumplir el mandato de género que le corresponde como mujer: ser esposa y madre.

En definitiva, el arraigo social y cultural sobre el que se sustentan y re-
troalimentan las MGF en una comunidad, como marca de identidad étnica y de género determinante, reforzada por la autoridad y la experiencia de sus mayores -de las propias madres y abuelas- donde los mensajes religiosos son confusos y las leyes que la prohíben poco rigurosas, nos pueden acercar a comprender su pervivencia.

El conocimiento de estos argumentos nos ayudará, desde el ámbito profesional, a elaborar unas claves y unas estrategias de intervención que nos ayuden a “desmontar” estas creencias.



“Debería realizarse un acercamiento antropológico a la realidad de los grupos en que se practica la MGF, para así poder ser reconocidos como mediadores y poder trabajar eficientemente con sus integrantes las problemáticas que les afectan”

Adriana Kaplan

En relación a la población masculina, es importante señalar que su mapa mental está cambiando. Los últimos estudios de transnacionalidad y migraciones revelan que en la migración cada vez más hombres viven experiencias transformadoras en el campo de las relaciones de género a través de las paternidades y los emparejamientos transnacionales⁵².

52- Guarnizo, L. “Migración, globalización y sociedad: teorías y tendencias en el siglo XX” en: Ardila, Gerardo. *Colombia: migraciones, transnacionalismo y desplazamiento*. Universidad Nacional de Colombia, Centro de Estudios Sociales -CES-, Facultad de Ciencias Humanas. Bogotá. 2006.

En particular, los hombres están viviendo experiencias eróticas y sexuales con mujeres compatriotas que no han sufrido mutilación genital que manifiestan, con claridad y contundencia, su derecho al placer y a la equidad en los distintos órdenes de la relación. Según la opinión de profesionales de atención de la salud sexual y reproductiva, que atienden a varones africanos de grupos étnico-culturales en riesgo, éstos afirman que las relaciones eróticas con mujeres con MGF suelen ser menos satisfactorias para ellos, debido al sufrimiento que experimentan las mujeres y, en algunos casos, al no poder practicar relaciones coitales.

¿Cómo desmontar los mitos?

Entre las dificultades para abordar la erradicación de la práctica de las MGF encontramos: temor y falta de habilidad en cómo y qué preguntar, cómo aproximarnos a un tema considerado tabú, cómo entablar conversación y cómo ir desmontando los mitos sobre los que estas familias argumentarán la defensa de lo que pueden llegar a considerar una parte importante de su cultura y de su tradición.

En su abordaje es importante atender a las consecuencias negativas para la salud de las MGF. Pero además es crucial contar con argumentos más elaborados que consideren el complejo sistema de creencias en todos sus niveles.

A partir del trabajo realizado con mediadoras y mediadores interculturales, exponemos en esta guía algunos argumentos que contrarrestan estas creencias, junto con reflexiones y ejemplos que pueden servir para desmontar los mitos principales sobre la Mutilación Genital Femenina y que, muy probablemente, irán surgiendo en las intervenciones que realicemos tanto en las entrevistas personales, como en los cursos y talleres grupales.



Si queremos desmontar los mitos, frente a la acusación de “colonialismo” o de que son ideas de occidente que se quieren imponer, tenemos que aportar información científica.

IV Jornadas Internacionales de MGF, organizadas por UNAF en colaboración con UNICEF. 5 y 6 febrero, 2015



Foto: Mundo Cooperante.

Falsos mitos y argumentos para desmontarlos (Tabla 3)

FALSOS MITOS	ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS
Es bueno porque lo manda la tradición	<p>Las tradiciones que son beneficiosas pueden conservarse, pero aquellas que tienen efectos negativos deben cambiar.</p> <p>Aquellas costumbres que atentan contra los derechos de las personas y causan problemas para la salud es preciso cuestionarlas y cambiarlas por otras que protejan la salud de las mujeres y las niñas.</p> <p>La información sobre las diversas consecuencias para la salud de las mujeres y sus bebés puede hacerles cuestionarse la conveniencia de esta tradición. Una vez que las familias están informadas sobre las consecuencias que tienen las MGF para la salud, ya no pueden esconderse tras los argumentos de la tradición y pretender ignorar los aspectos negativos que puede tener esta práctica sobre sus hijas. Por lo tanto, tienen la responsabilidad de proteger la integridad física de las mismas.</p>
Supone un bien para las niñas	<p>Es importante incidir en las consecuencias negativas para la salud, tanto las inmediatas como las que se producen a medio y largo plazo. Conocer y entender estas repercusiones relativiza la idea de que es beneficioso para las niñas. Las MGF conllevan dolor y sufrimiento.</p>

FALSOS MITOS

ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS

Supone un bien para las niñas

Hay que preparar a las familias para enfrentarse a sus mayores, porque este argumento sigue vigente y pesa mucho. Aquí aflora el problema de la presión familiar que es muy fuerte, así como el peso de la tradición. Se asume que si no se mutila a la niña será rechazada para el matrimonio, algo que se considera de vital importancia. Por ello, las familias tienen que ser conscientes de las consecuencias sobre la salud para poder iniciar un proceso de reflexión. Por fortuna, se encuentran cada vez más hombres africanos en contra que, además, prefieren mujeres no mutiladas para casarse, algo que es importante visibilizar.

Debemos tener presente que las mujeres con las que vamos a trabajar tienen, con frecuencia, poco peso en las decisiones familiares y que siguen existiendo los matrimonios forzados, dentro de los que la familia del futuro marido está en disposición de exigir la mutilación de la niña que será esposa de su hijo. Por eso, la presión familiar es tan fuerte que incluso en personas concienciadas puede resultar complejo el negarse a seguir la tradición.

Si la familia que viaja a su país de origen conoce la legislación española en relación a la MGF y tiene intención de volver a España, es más probable que no la realicen, porque es evidente que esto sería un problema para su futuro a su regreso. En el caso de que el motivo del viaje sea casar a su hija, sí es probable que le practiquen la mutilación, puesto que en los países en los que se realiza es condición indispensable para contraer matrimonio. Es importante que padres y madres se encuentren preparados para hacer

FALSOS MITOS

ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS

Supone un bien para las niñas (cont.)

frente a la presión familiar en estos casos, puesto que con frecuencia es tan fuerte que resulta complicado negarse. Aquellas personas mejor informadas sobre la legislación, las consecuencias para la salud y las secuelas diversas que las MGF tienen para las mujeres, tendrán más argumentos para hacer frente a la presión familiar.

Protege la virginidad

Protege de la infidelidad

Las mujeres mutiladas sufren mucho por este falso mito. Algunas mujeres tienen que “ser abiertas” (desinfibulación) para poder mantener relaciones coitales con su marido y experimentan mucho dolor cada vez que las mantienen. Es importante transmitir la idea de que la fidelidad no depende de tener o no clítoris. Además, si una mujer “no está cortada” goza de mejor salud y es más probable que disfrute con su pareja.

Una mujer que “no está cortada” tiene más probabilidades de disfrutar de las relaciones sexuales (sobre todo de las que implican la penetración) que aquellas que lo están. Por tanto, si se encuentran satisfechas con su pareja, es menos probable que busquen placer y satisfacción con otros hombres.

Conversaremos sobre la idea de que, si desean transmitir la importancia de la fidelidad a la pareja, lo más efectivo es la educación y la transmisión de estos valores a través de la familia, no es preciso mutilar sus genitales. Es una manera más efectiva y duradera, y que no implica sufrimiento para la niña o la mujer.

FALSOS MITOS

ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS

**Es más limpio.
Por motivos de
pureza o higiene
en la mujer**

“Si el clítoris fuera algo malo, Dios no lo pondría ahí”. Este es un argumento que tiene bastante peso para las personas con creencias religiosas.

Es importante hacer referencia a otras mujeres que no están mutiladas, por ejemplo las españolas.

La idea de que tener clítoris implica suciedad, falta de pureza o higiene es posiblemente una forma de transmitir temor hacia esta parte del cuerpo, y esto podemos reflexionarlo con ellas y ellos.

Es fundamental explicar las consecuencias que tiene la práctica: infecciones, fístulas, hemorragias..., porque demuestran con claridad que este argumento no es cierto.

**El clítoris
puede crecer
demasiado si no
se corta**

Es muy positivo enseñar fotografías de los genitales sin el corte para demostrar que el clítoris no crece ni se vuelve como un pene.

Un argumento efectivo es que el clítoris protege ya que ayuda a la mujer a lubricar.

A veces, las mujeres indican que si el clítoris no se corta se produce picor en los genitales, y las mujeres han de estar todo el rato rascándose. En estos casos, pueden darse ejemplos de mujeres sin mutilar (españolas, marroquíes, Wolof,...) a las que esto no les ocurre.

FALSOS MITOS

ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS

El “corte” en la mujer previene los problemas de salud en sus bebés y la transmisión de enfermedades y daños en los hombres

Encontramos ejemplos para desmontar esta idea en las experiencias de las mujeres que no se encuentran “cortadas” (mujeres españolas o las propias africanas pertenecientes a etnias no practicantes). Tanto unas como otras tienen bebés sanos y no transmiten problemas ni infecciones a sus parejas.

La transmisión de infecciones y enfermedades no se evita “cortando” a la mujer. En todo caso, sería justo lo contrario, puesto que la mujer que tiene practicado “el corte” es más vulnerable a las infecciones genitales.

En las relaciones sexuales, el hombre siente mayor placer si la mujer está mutilada

Los hombres que se han encontrado en ambas situaciones saben que hay mucha diferencia entre mantener relaciones sexuales (coitales) con una mujer “cortada” y mantenerlas con otra que no lo está. No es lo mismo que la mujer responda a los estímulos, a que no responda porque no siente placer. La mujer “no cortada” tiene mayor probabilidad de sentir placer, de ser receptiva a los estímulos eróticos y de sentir deseo. La mujer “cortada” no suele sentir placer. Un hombre disfruta más cuando se encuentra con una mujer que a su vez también disfruta.

En el placer femenino también influye la manera en que los hombres africanos mantienen relaciones sexuales, en muchas ocasiones sin estimular a la mujer. Es importante explicar que hay muchas formas de disfrutar y que el cuerpo tiene diversas zonas erógenas, además del clítoris, pero que si falta el clítoris el placer de la mujer suele verse dificultado.

FALSOS MITOS

ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS

En las relaciones sexuales, el hombre siente mayor placer si la mujer está mutilada

Una pareja que disfruta junta, con las caricias, los besos, los abrazos y el contacto piel con piel, se encuentra más predispuesta a mantener una relación de pareja armoniosa. Las relaciones sexuales, donde participan dos y disfrutan dos, suelen ser más significativas y completas, y hacen sentir a ambas personas más felices y más realizadas.

En la sexualidad del ser humano son importantes los afectos, las emociones, los sentimientos. El ser humano generalmente disfruta más cuando la otra persona también disfruta y se siente bien, cuando existe cariño, buen trato y sentimientos positivos. Entonces la sexualidad se convierte en algo realmente importante y plenamente satisfactorio, que nos hace más humanos.

Las mujeres mutiladas tienen más hijas/os

Una posible reflexión para las personas con creencias religiosas: "Si los hijos que se tienen son cosa de Dios, las MGF no tienen por qué aumentar el número de hijos".

Si las mujeres "blancas" tienen menos hijos no es "por no tener practicado el corte", sino porque tienen buena información sobre métodos anticonceptivos y saben cómo planificar sus embarazos.

Las MGF conllevan complicaciones en los partos que pueden ocasionar la muerte del bebé, incluso de la madre.

Las infecciones producidas por la mutilación pueden ocasionar infertilidad.

FALSOS MITOS

ARGUMENTOS PARA DESMONTARLOS

La religión obliga

No hay ningún versículo en el Corán que haga referencia a la MGF⁵³. Sin embargo, el Corán sí recoge la frase del profeta: “Cuidad de vuestras hijas y no les hagáis daño”.

Hay países musulmanes que no lo practican.

No tiene que ver con la religión, responde a tradiciones y su origen es preislámico. Además, también lo practican personas de religiones no islámicas, como algunos cristianos de Nigeria y Camerún, judíos, animistas... Depende de la zona y de la etnia, no de la religión.

Es importante contrastar la información que dan los imanes, así que podemos sugerirles que pregunten a su imán en qué lugar del Corán viene indicado que hay que realizar la MGF.

También podemos realizar diferentes preguntas que genere la reflexión del grupo, como por ejemplo: ¿Por qué los Wolof o los Serer no la practican si también son africanos y musulmanes?

53- Bojang-Sissoho, Amie; Dibra, Omar; Touray, Isatou. “MGF e Islam, Corán, Sharia y Hadihs: “Declaraciones y perspectivas desde el mundo islámico”, en Ana Sequi, Isatou Touray, Zuleyka Piniella (Coords.). O'DAM: *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la Cooperación Internacional al Desarrollo* La Estafeta Ediciones. 2013.

Consecuencias de la Mutilación Genital Femenina



“Es posible rehacer las normas de sociedad cuando éstas conducen a mejores estadios de salud y bienestar”.

Molly Melching, fundadora de Tostan

Las Mutilaciones Genitales Femeninas son una forma de violencia de género contra mujeres y niñas, que no tienen ningún efecto beneficioso para la salud ni para el desarrollo comunitario de las sociedades que las practican. La amputación y el daño del tejido y los órganos genitales femeninos sanos tienen múltiples efectos perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas, que puede llevarles a la marginación social e incluso a la muerte. Además afecta a otros órdenes vitales de su desarrollo como ser humano, así como a otros miembros de la comunidad.

Consecuencias de la MGF para mujeres y niñas

Todos los tipos de MGF tienen consecuencias perjudiciales, siendo los tipos II y III los más agresivos y, por tanto, los que habitualmente tienen peores consecuencias para las mujeres y las niñas. Además del tipo de mutilación practicada, las consecuencias dependen de las condiciones y circunstancias en que se realicen: instrumentos utilizados, higiene, anestesia, habilidad de la persona que la realiza, estado físico de la mujer o la niña (estado de nutrición, por ejemplo), etc. Consecuencias para toda la vida que podemos encontrar de forma inmediata, a medio y a largo plazo.



Existe una referencia a los **tres dolores de las mujeres relacionados con la MGF**: 1) los dolores del día que se realizan las MGF; 2) los de la noche de bodas, donde a la mujer hay que “cortarla” para tener relaciones coitales y 3) aquellos que se producen el día del parto, por cuanto el paso de la vagina es muy angosto para un parto seguro.

Consecuencias inmediatas:

- **Dolor intenso:** la gran cantidad de terminaciones nerviosas existentes en la región vulvar y el deficiente uso de medidas anestésicas hacen que el corte ocasione un intenso dolor, que suele acompañarse de sensación de **miedo y angustia**.
- **Hemorragia:** es la complicación más frecuente de esta práctica. La región vulvar es una zona muy vascularizada, por lo que la incisión puede producir un sangrado importante. La lesión de la arteria del clítoris puede dar lugar a una hemorragia tan grande que cause la **muerte** de la niña; también puede producirse un sangrado posterior por desprendimiento del coágulo que cubre la herida.
- **Shock:** puede ocasionarse por el dolor tan agudo que produce la práctica, por un sangrado grave o por ambos. Puede ser tan grave como para causar la muerte.
- **Infecciones y Sepsis:** pueden producirse por la falta de higiene durante la práctica (instrumentos sin esterilizar o mal esterilizados o medios para cauterizar la herida contaminados, entre otras posibilidades), por **retención urinaria** a causa del dolor o por daño de la uretra.

También pueden producirse otras infecciones más graves como tétanos, VIH, hepatitis, herpes...

- **Lesiones de tejidos periféricos:** las MGF pueden ocasionar lesiones en órganos adyacentes como la uretra, vagina, perineo y/o recto. No olvidemos que con frecuencia esta práctica suele realizarse por mujeres ancianas y, además, el intenso dolor hará difícil que la mujer o la niña se mantenga quieta.

- **Fracturas:** dependiendo de la resistencia que oponga la niña.

- * En algunas ocasiones y lugares la MGF es practicada por personal sanitario, en condiciones asépticas y con anestesia o analgésicos. Esto, reduce algunos riesgos pero seguirán existiendo consecuencias muy perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas.

Consecuencias a medio y largo plazo:

Transcurrido el tiempo, bien como consecuencia de las complicaciones de la práctica de la MGF en sí misma -que no se hayan curado correctamente- bien al iniciar la mujer su vida sexual y reproductiva, podremos encontrar otros impactos sobre la salud de las mujeres:

- **Anemia severa:** provocada por las hemorragias originadas durante las MGF unidas a problemas de malnutrición o anemias hereditarias.

- **Infecciones:** tanto por la falta de higiene durante la práctica (instrumentos sin esterilizar o mal esterilizados o medios para cauterizar la herida contaminados, entre otras posibilidades), así como por infección urinaria, por retención o por daño de la uretra, las infecciones pueden evolucionar en **abscesos, septicemias**, incluso **gangrena** de los tejidos.

Las infecciones ginecológicas y urinarias pueden ser recurrentes y pueden alcanzar incluso a la **pelvis** y provocar **esterilidad, infecciones urinarias crónicas**, etc.

- **Problemas genitourinarios:** pueden ocasionar **complicaciones menstruales:** más dolorosas, de mayor duración y/o con retención del contenido menstrual. Se pueden producir **fístulas vesico- vaginales o recto-vaginales**, y **complicaciones renales** por retención de la orina a causa del dolor, la inflamación y la infección. La vejiga de una mujer infibulada puede tardar hasta 15 minutos en vaciarse. Los **problemas** de micción favorecen la proliferación de microorganismo e infecciones recurrentes del **tracto urinario**.
- **Problemas en la cicatrización:** puede producirse una formación patológica en los genitales (**fibrosis**), lesiones en la piel con crecimientos exagerados del tejido cicatricial (**queloides**), adherencias (**sinequia**) o **rotación de los tejidos**.
- **Problemas en el embarazo y parto:** en el caso de la escisión (tipo II), son frecuentes durante el parto los **desgarros** de la cicatriz por falta de elasticidad necesaria para la dilatación en la zona perineal. **Aumenta el número de episiotomías y de cesáreas** en el parto, hay un mayor índice de **hemorragias postparto, hospitalizaciones más largas y aumenta la tasa de mortalidad materna**.

Todo esto incide también en la mortalidad neonatal que, según la OMS, supone un incremento adicional de 10 a 20 muertes por cada 1.000 partos.

- **Sexuales:** al ser el clítoris la parte más sensible de los órganos sexuales femeninos, tras la mutilación total o parcial del mismo **disminuye la sensibilidad sexual** (placer, excitación, lubricación, orgasmos...).

Estudios e investigaciones muestran que las mujeres que han sufrido la MGF presentan una probabilidad 1,5 veces mayor de experimentar dolor durante el coito o **dispaurenia**, experimentan significativamente menos satisfacción sexual o anorgasmia, y refieren el doble de veces una **falta de deseo erótico** comparado con mujeres sin mutilación. En los casos de infibulación (tipo III) y de pseudoinfibulación (a veces, la cicatrización del tipo II produce una especie de infibulación), **la penetración vaginal** puede ser imposible sin reabrir la cicatriz, es decir, sin la desinfibulación.

- **Psicológicas:** la pérdida de sangre, el dolor y el miedo pueden generar traumas importantes en el acto y llegar al estado de shock médico a corto plazo. A medio y largo plazo, las mujeres son más propensas a sufrir trastornos psicológicos o psiquiátricos como: **ansiedad, depresión, somatizaciones, fobias y/o baja autoestima**. La deformación de los genitales, consecuencia de los quistes dermoides o cicatrices queloides, generan ansiedad, **vergüenza y miedo**, pues piensan que sus genitales están creciendo de nuevo de forma monstruosa o temen que sea un cáncer.

En el caso de las niñas, podemos observar cambios en su comportamiento o actitud, falta de interés, tristeza, ansiedad... La MGF es una práctica que impacta en la vida de las niñas y de las mujeres marcándolas durante toda su vida.



La mayoría de mujeres que han sufrido MGF padecen en silencio sus problemas, su dolor, su miedo y la memoria de la agresión, que las acompaña de por vida. En el país de acogida se enfrentarán, además, a mujeres no mutiladas y a la fuerte oposición a esta práctica.

Todos estos factores asociados a las MGF condicionan el estado de salud y su calidad de vida, ponen en peligro la supervivencia de algunas de estas niñas y perpetúan la desigualdad de género y la discriminación de las mujeres.

Síntesis de las consecuencias de las MGF para la salud de las mujeres

INMEDIATAS	<ul style="list-style-type: none"> . Dolor intenso . Anemia . Hemorragias . Infecciones . Retención urinaria . Miedo, angustia, estrés traumático <ul style="list-style-type: none"> . Daños en órganos vecinos . Fracturas . Transmisión VIH y/o Hepatitis . Tétanos, septicemia, gangrena . Shock . Muerte 		
A MEDIO Y LARGO PLAZO	FÍSICAS	PSICOLÓGICAS	SEXUALES
	<p>Anemia severa</p> <p>Infecciones (abscesos, septicemias, gangrena, esterilidad, infecciones urinarias crónicas..)</p> <p>Genitourinarias (dismenorrea, fístulas, complicaciones renales, problemas del tracto urinario..)</p> <p>Cicatrización (fibrosis, queloides, sinequia, rotación de los tejidos, quistes queloides)</p> <p>Complicaciones en el parto (más complicados, dilación, desgarros, incremento de episiotomías y cesáreas, hospitalizaciones más prolongadas, aumento tasa mortalidad materna e incluso del bebé)</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Depresión</p> <p>Somatizaciones</p> <p>Fobias</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Sentimientos de humillación y vergüenza</p> <p>Sumisión</p>	<p>Modificación sensibilidad sexual (placer, lubricación, excitación, orgasmos...)</p> <p>Dispaurenia</p> <p>Vaginismo</p> <p>Anorgasmia</p> <p>Disminución deseo erótico</p> <p>Estenosis introito-vaginal</p>

Tabla 4. Fuente: elaboración propia.

Consecuencias para bebés

La OMS ha constatado que las mujeres con mutilación genital, especialmente de los tipos II y III, experimentan con mayor frecuencia problemas durante el parto, con consecuencias para sus bebés⁵⁴. Las complicaciones más frecuentes son:

- ✓ Un mayor riesgo de infecciones durante el embarazo.
- ✓ Elevados índices de sufrimiento fetal y falta de oxígeno, entre otras, debido a una mayor retención en el canal del parto. El número de recién nacidas/os que precisan reanimación al nacer es significativamente más elevado en las madres con MGF.
- ✓ Incremento en las tasas de mortalidad de bebés durante el nacimiento, por las complicaciones en el parto. La mortalidad de los bebés durante el nacimiento es más elevada en hijos e hijas cuyas madres han sufrido la MGF del tipo II y III, pudiéndose atribuir el 22% de las muertes perinatales.
- ✓ Mayor mortalidad materna.

La huella de las MGF, en aspectos esenciales de la salud sexual y reproductiva, lleva a encadenar efectos sobre la demografía de las sociedades que la practican. Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Además, casi la totalidad de la mortalidad materna (99%) corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional⁵⁵. A estos índices intolerables se suman las prácticas tradicionales perjudiciales, como las MGF.

54- OMS. *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. The Lancet (Journal on-line). 2006

55 OMS. Mortalidad Materna, nota descriptiva N°348. Mayo, 2014

Consecuencias para los hombres

En las sociedades patriarcales, los hombres ejercen como guardianes de las normas y valores, que llegan a constituirse en modelos sacrosantos y aparentemente inalterables para sostener los modos de vida.

Las MGF son una muestra de una **tradición que perpetúa la dominación masculina**. Las mujeres deben lidiar con las actitudes a favor de la continuidad de la mutilación genital de los padres, los hermanos y los maridos quienes, frecuentemente, son apoyados por las mujeres de mayor edad. Son numerosos los hombres que continúan dando mucho apoyo a los mitos tradicionales referidos a los “posibles beneficios del corte genital”, en materia de **control de la sexualidad de las mujeres** y en la seguridad de la procedencia del parentesco del grupo. Como hemos visto, los mecanismos de refuerzo comunitario, anclados en la tradición y en las **ventajas masculinas que resultan de la desigualdad de género** en la organización social, se unen a las **deficiencias en educación sexual** de las sociedades en su conjunto.

Frente a los privilegios que el orden patriarcal otorga a los hombres y que la práctica de la MGF contribuye a mantener, **para la población masculina también existen algunas consecuencias**

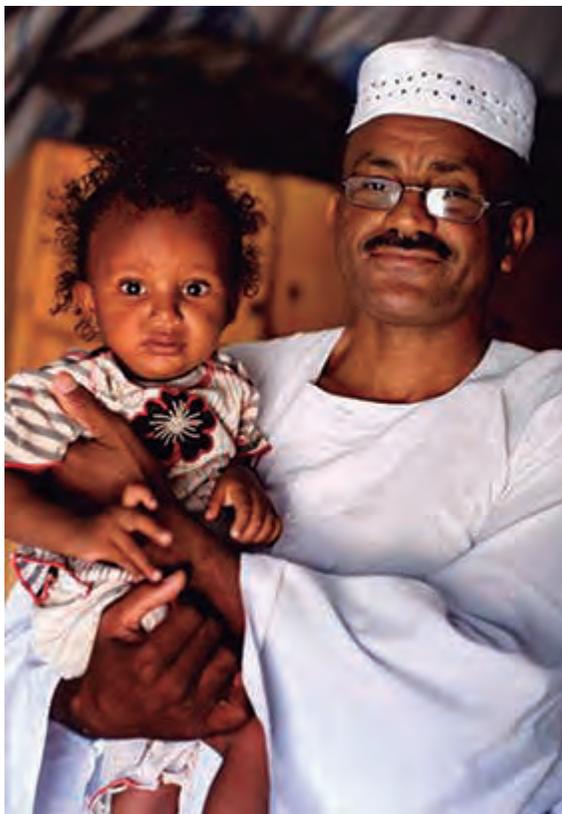


Foto: UNICEF

negativas (si bien menos documentadas) para la salud y salud sexual. Se han descrito problemas de alcoholismo y abuso de drogas debido a la imposibilidad de mantener relaciones coitales, impotencia por miedo a causar dolor con la penetración a su pareja y búsqueda de placer sexual fuera de la pareja con el riesgo añadido que conlleva de poder contraer **infecciones y enfermedades de transmisión sexual**. Según expresan profesionales de la salud sexual y reproductiva que atienden a varones de grupos étnico-culturales en riesgo, éstos afirman que sus relaciones eróticas suelen ser menos **satisfactorias**, debido al sufrimiento que experimentan las mujeres con mutilación o al no poder practicar relaciones coitales. Por este motivo, incapaces de sentir placer y disfrutar de las relaciones sexuales con su pareja muchos hombres experimentan sentimientos de **angustia, frustración y/o depresión**.

Contexto y desarrollo comunitario

Son numerosos los mecanismos socioculturales, económicos y psicológicos que refuerzan la continuidad de las MGF. Revertir esta tendencia es tarea no sólo de los grupos de mujeres, sino de otros agentes integrantes de la comunidad. La MGF es una práctica comunitaria y, por ello, es más factible que se abandone si la comunidad de manera unánime actúa frente a ella. La transformación de una convención social nociva está en la capacidad de sus integrantes para organizarse en una acción colectiva⁵⁷. En la experiencia migratoria se puede reconocer que los esquemas básicos de organización social “viajan” también en las redes y grupos migrantes. Por ello, **promover la participación colectiva de migrantes en riesgo en programas y proyectos de erradicación incorpora sinergias positivas en la consecución de objetivos**.

57- UNICEF: *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación y mutilación genital femenina*. Centro de Investigaciones de Innocenti Digest de UNICEF. 2005

El entramado comunitario comporta un papel decisivo en la prevalencia de las MGF, y también un potencial en la desestimulación de la práctica. El rol de las **organizaciones socio-comunitarias** en países de prevalencia y en contextos de migración de estas poblaciones en riesgo tiene una importancia capital.

Las MGF, en tanto que norma social profundamente arraigada en los lugares donde se practican, crea y mantiene un sentido colectivo de obligación y expectativa social con la práctica, aun cuando a nivel individual no se esté de acuerdo. Las **sociedades** que mantienen esta norma son **marcadamente patriarcales**. Además, el acceso de la mujer a la seguridad o a la tierra depende del casamiento con un hombre. Así mismo, las creencias, fuertemente enraizadas, de superioridad y mayor capacidad del hombre sobre la mujer son difíciles de cambiar tanto en los varones como en las propias mujeres.

En este sentido, el contexto rural es menos favorable al cambio. También **las brechas generacionales** pueden crear tensiones. Las mujeres sienten que no pueden cuestionar, desafiar o rechazar la sabiduría recibida.

En conclusión, la práctica de las MGF afecta fundamentalmente a mujeres y a niñas y se extiende, también, al resto de la familia (como parejas y descendencia) **perpetuando la desigualdad de género y la discriminación hacia las mujeres**. El carácter comunitario y social de estas prácticas implica que la comunidad tiene un importante papel en su prevención y erradicación. Por eso es importante que sensibilicemos a unos y a otras sobre sus riesgos y consecuencias.



Instrumentos y medidas para erradicar las MGF

Legislación, sensibilización e intervención

Al tratarse de un problema global, la erradicación de la MGF necesita instrumentos internacionales. Estos deben actuar sobre tres niveles principales de actuación: global, países de destino de migraciones y países de prevalencia de la práctica. El marco estratégico para la erradicación de las MGF persigue un cambio de cultura y de creencias que requiere recursos, financiación y compromisos políticos firmes y transnacionales. Se necesitan planteamientos transfronterizos y requiere trabajo en red, pues **el cambio tiene que producirse a tres niveles: en los estados, en las comunidades y en las mujeres, a través de su empoderamiento.**

Las medidas que adoptemos, así como la legislación que los gobiernos aprueben para prohibir las MGF, deberían contemplar y prever que las mujeres que no se sometan a esta práctica, pueden exponerse también a discriminación adicional: desde ser sujeto de ostracismo comunitario, a tener dificultades para casarse. Por ello, **es preciso abordar cuestiones más amplias como la posición de las mujeres en la familia y la economía, su acceso a los servicios de educación y salud, y las normas sociales y costumbres generales que respaldan la práctica de las MGF.**



Según las diferentes experiencias compartidas -internacionales/nacionales- el planteamiento más eficaz es **la combinación de dos instrumentos: la legislación y la implementación de medidas de intervención** en sensibilización, prevención y atención, ya que las leyes por sí solas se muestran insuficientes si bien son un soporte esencial para la intervención⁵⁸.

58- IV Jornadas Internacionales de MGF, organizada por UNAF los días 5 y 6 de febrero de 2015 en colaboración de UNICEF.

Marco normativo

Cada vez más países, a los que se suma España, han promulgado leyes específicas y elaborado planes de acción con orientaciones prácticas sobre intervenciones selectivas, en particular sobre la forma en que las y los profesionales de primera línea pueden abordar las normas sociales que impulsan la práctica de las MGF, y la manera en que los propios particulares y comunidades pueden contribuir a modificarlas⁵⁹.

El marco normativo incluye, además de las leyes específicas de cada país, una serie de documentos mediante los cuales los Estados que los suscriben se comprometen a interponer distintas medidas contra la Mutilación Genital Femenina y que están recogidos en el **Anexo I de esta guía: Marco Normativo contra las MGF**.

Instrumentos legislativos recientes*

El **Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica** inició su firma en Estambul el 11 de mayo de 2011. Fue ratificado por el gobierno Español⁶⁰, y entró en vigor el 1 de agosto de 2014.

Representa **el primer instrumento vinculante en Europa** para erradicar la violencia contra las mujeres y garantizar los Derechos Fundamentales, la igualdad y la no discriminación de éstas. En el desarrollo de su articulado señala la necesidad de disponer de datos estadísticos y de su

* Se destacan aquí algunas medidas legislativas recientes especialmente significativas, el marco normativo completo en torno a la MGF se puede consultar en el Anexo I de la guía.

59- Informe de la OACDH. *Buenas prácticas y principales dificultades en la prevención y eliminación de la mutilación genital femenina*, 2015

60- Publicada en el BOE, el 6 de junio de 2014.

actualización periódica. Así mismo, en los capítulos III y IV insta a poner en marcha medidas de intervención que contemplen la prevención, la sensibilización, la educación, la formación de profesionales, la participación del sector privado y los medios de comunicación, así como activar programas de intervención y tratamiento, de protección y de apoyo.

También conocido como el Convenio de Estambul, es el primer Tratado Europeo dedicado específicamente a abordar la violencia contra las mujeres, incluyendo las mutilaciones genitales femeninas. Este Tratado considera las MGF como una amenaza para las mujeres y las niñas en todo el mundo, incluso en Europa, y obliga legalmente a los Estados parte a acelerar las medidas preventivas para proteger y apoyar a las mujeres y las niñas afectadas por MGF, o aquellas que estén en riesgo, y para garantizar que tanto las investigaciones como los procesos judiciales sean eficaces y se adapten a las necesidades de las niñas.



El nuevo Convenio de Estambul brinda una poderosa herramienta para garantizar más eficazmente la protección de las personas solicitantes de asilo que están en riesgo de persecución por motivos de género y, en particular, en riesgo de MGF⁶¹.

Por otra parte, la **Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer** (2013-2016) constituye un instrumento vertebrador de la actuación de los poderes públicos para acabar con las MGF, con la toma de conciencia social sobre estas formas de violencia hacia las mujeres, impulsando su rechazo, persecución, sanción y, finalmente, su erradicación.

61- <http://www.fmreview.org/es/cambioclimatico-desastres/petipas-nelles#sthash.wvUtzPYE.dpuf>

Dentro del cuarto objetivo de la Estrategia Nacional, dirigido a la visibilización y atención a otras formas de violencia contra la mujer, se incluyen las siguientes medidas dirigidas a la eliminación de las MGF articuladas en diferentes áreas:

Medida 164. Incluir **información** acerca de las distintas manifestaciones de violencia contra la mujer en el **Plan de Convivencia y Seguridad Escolar**.

Medida 165. **Sensibilizar a los distintos grupos profesionales** implicados en la lucha contra la violencia de género acerca de la MGF.

Medida 166. Elaborar un **documento informativo** sobre los matrimonios forzados, mutilación genital, agresiones sexuales y trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.

Medida 167. Articular mecanismos de **colaboración** con asociaciones de migrantes para informar y sensibilizar acerca de estas formas de violencia.

Medida 168. Realizar actividades de **sensibilización** sobre estas formas de violencia contra la mujer, con la colaboración de la Escuela Diplomática y la Oficina de Derechos Humanos del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.

Medida 169. Promover actividades de **sensibilización** sobre otras formas de violencia contra la mujer, **tanto en sede como en terreno**.

Medida 176. Fomentar **acciones** para la conmemoración del **Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina (6 de febrero)**.

Medida 185. Promover la adopción de un **Protocolo Común para la Actuación Sanitaria** en relación con la mutilación genital femenina.

Medida 247. Instar a los distintos organismos competentes a **recabar datos estadísticos** sobre la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual y otras formas de violencia contra la mujer.

Medida 261. Promover el **intercambio de buenas prácticas** sobre prevención y lucha contra violencia de género y otras formas de violencia contra la mujer.

Protocolos de prevención y actuación

Entre los instrumentos más eficaces para hacer frente a la complejidad de las dinámicas sociales de las MGF están los protocolos de prevención y actuación.

El Pleno del Observatorio de la Infancia aprobó, en junio de **2014**, la **actualización del Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar** de 2007, aplicable a los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género y a algunas de las formas de violencia contra las niñas, en la que se incluye las MGF como una forma de maltrato infantil intrafamiliar.

En el ámbito sanitario, el **Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2012** se refiere a las MGF como una de las formas de violencia contra las mujeres que puede ser detectada por el personal sanitario.

No obstante, debido a las especiales características de esta práctica, **se han elaborado protocolos específicos contra las MGF a nivel local, regional y estatal**, que contemplan itinerarios internos y acciones coordinadas de servicios y agentes según los momentos de intervención y los ámbitos a los que afecta.

Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la MGF

El **Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina del Sistema Nacional de Salud 2015**, tiene como objetivo constituirse en herramienta básica para orientar actuaciones homogéneas de prevención e intervención de las MGF en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

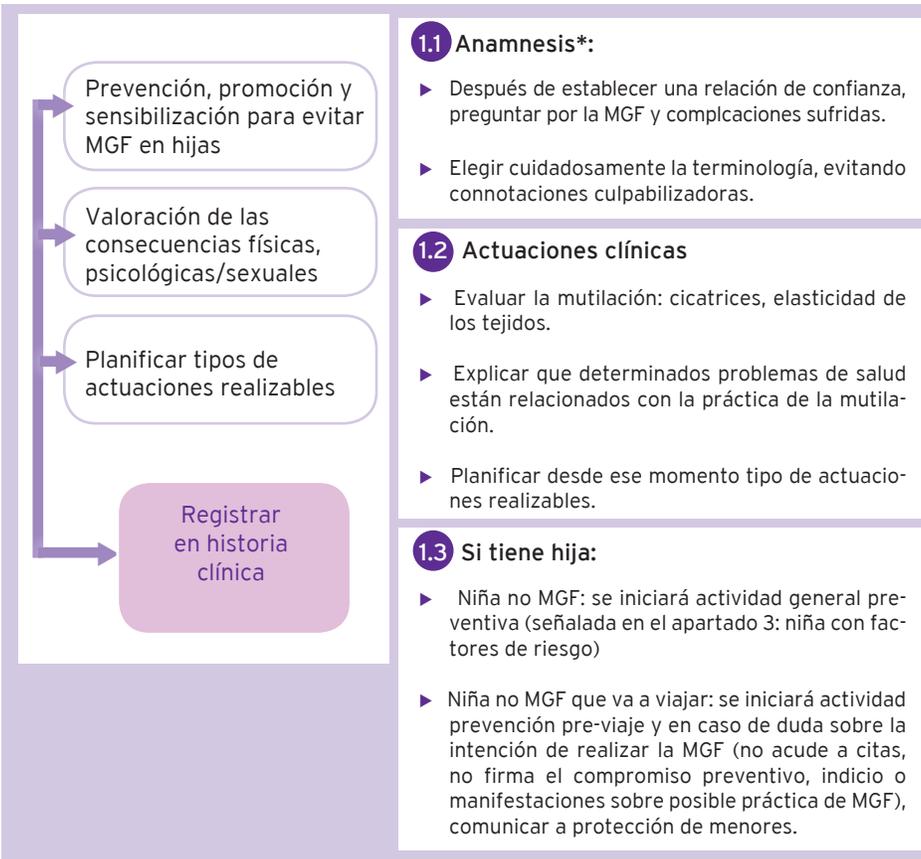
Las actuaciones contempladas abarcan tanto la atención primaria como la atención especializada (pediatría y enfermería de pediatría, personal de medicina y enfermería de familia, matronas, ginecología y obstetricia, urología...), así como los servicios de urgencias, con la finalidad de procurar una coordinación de acciones y garantizar la continuidad de cuidados a las mujeres y niñas con mutilación genital y a las familias.



Foto: Mundo Cooperante.

PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 2015.
Resumen de actuación⁶²

1- Mujer adulta con MGF practicada



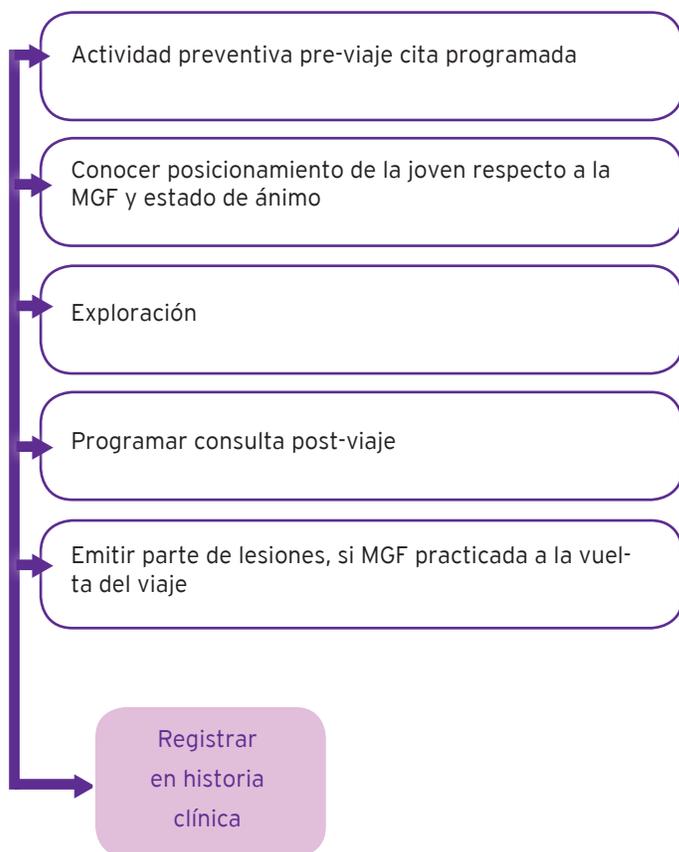
* En las diferentes disciplinas médicas, la anamnesis es el término empleado para referirse a la información proporcionada por las/los pacientes al equipo profesional sanitario durante una entrevista clínica, con el fin de incorporarla a su historial. La anamnesis es la reunión de datos subjetivos, relativos a un/una paciente, que comprenden antecedentes familiares y personales, signos y síntomas que experimenta en su enfermedad, experiencias y, en particular, recuerdos, que se usan para analizar su situación clínica.

62- www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 2015.

Resumen de actuación

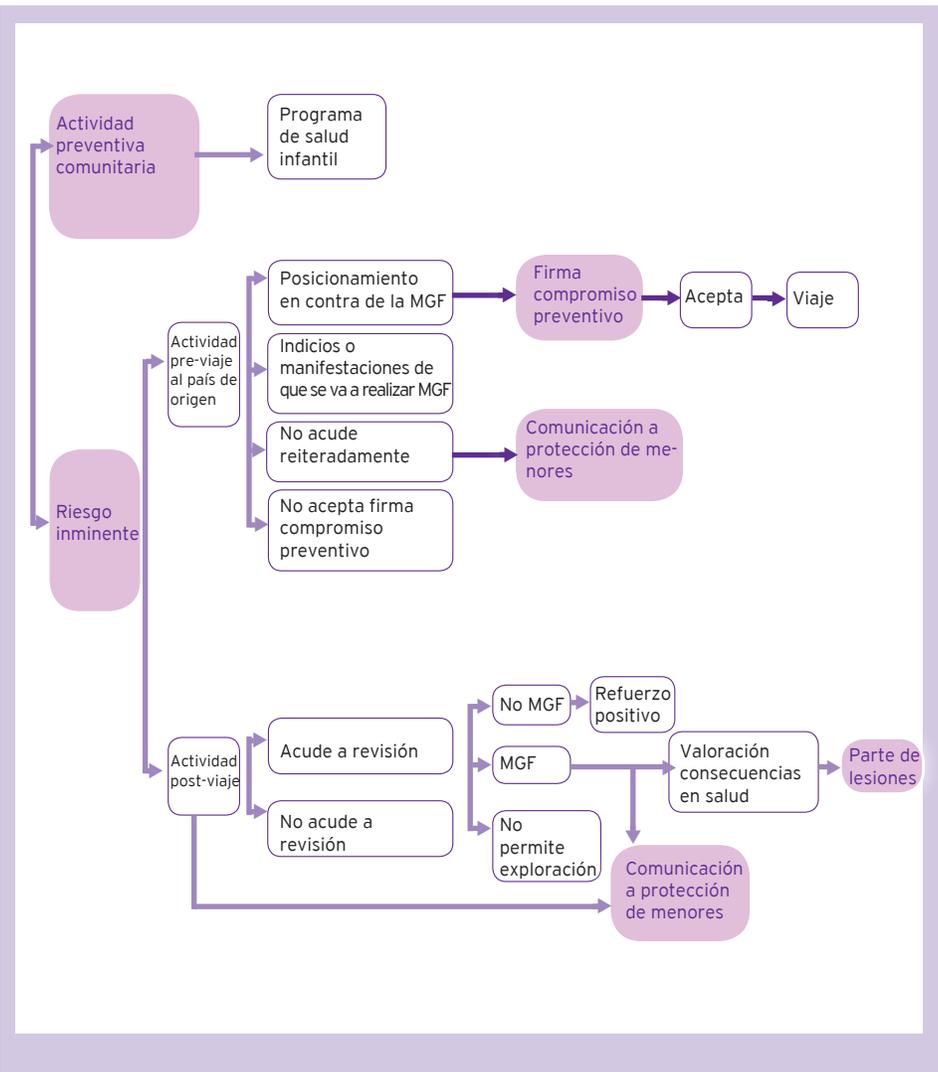
2- Mujer Joven > 18 años en riesgo



PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 2015.

Resumen de actuación

3- Niña con factores de riesgo



PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 2015.

Resumen de actuación

3- Niña con factores de riesgo

3.1 Pertenece a una familia con madre o hermana mutiladas

- ▶ Actividad preventiva general dentro del Programa de salud infantil
- ▶ Registrar en la historia clínica la integridad de sus genitales

3.2 Riesgo inminente por viaje a su país de origen

- ▶ Actividad preventiva específica
 - ▶ Refuerzo de la información general (consecuencias legales, salud...).
 - ▶ Ofrecer a sus padres firmar el compromiso preventivo
 - ▶ Programar visita médica al regreso del viaje
- ▶ Si existen dudas sobre la intención de realizar la MGF a la niña (no acude a citas, no firma el compromiso preventivo, indicio o manifestaciones sobre posible práctica de MGF):
 - ▶ Comunicación a protección de menores (hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario)

3.3 Actividad post-viaje

- ▶ Evaluación de la situación de salud al regreso
- ▶ Si no MGF: refuerzo positivo
- ▶ Si MGF practicada: valorar consecuencias en salud, emitir parte de lesiones y comunicar a protección de menores
- ▶ Si no acude a la visita programada:
 - ▶ Comunicar a protección de menores (hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario)

PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 2015.

Resumen de actuación

4- Momentos clave en la actuación clínica

4.1 Momentos clave para la detección de niña/menor con MGF:

- ▶ **Niña/menor** nacida en país de riesgo recién llegada
- ▶ Niña/menor nacida o residente en España que ha viajado a su país de origen (etnia y/o de riesgo)

4.2 Actuación Clínica

- ▶ Siempre **realizar actividad preventiva** comunitaria con la familia
- ▶ **Si niña con MGF practicada**, además de anotación en la historia clínica y comunicación a protección de menores, se debe emitir parte de lesiones (niña de origen extranjero que acude a consulta y se detecta MGF practicada o niña residente en nuestro país que regresa de un viaje con la MGF practicada)
- ▶ **Comunicación** con Protección de Menores ante sospecha de riesgo fundado o inminente de posible MGF a niña/joven menor
- ▶ **Exploración y evaluación** del estado de la MGF practicada: cicatrices, elasticidad de los tejidos, etc.
- ▶ **Planificar** desde ese momento atenciones para **paliar el daño en salud**

Protocolos de las CC.AA.

Los organigramas de los protocolos de las Comunidades Autónomas de Cataluña (2007), Aragón (2011) y la Comunidad Foral de Navarra (2013), cuentan con unos ejes comunes de intervención y de movilización de recursos para atender la situación según:

I) Los momentos de intervención⁶³:

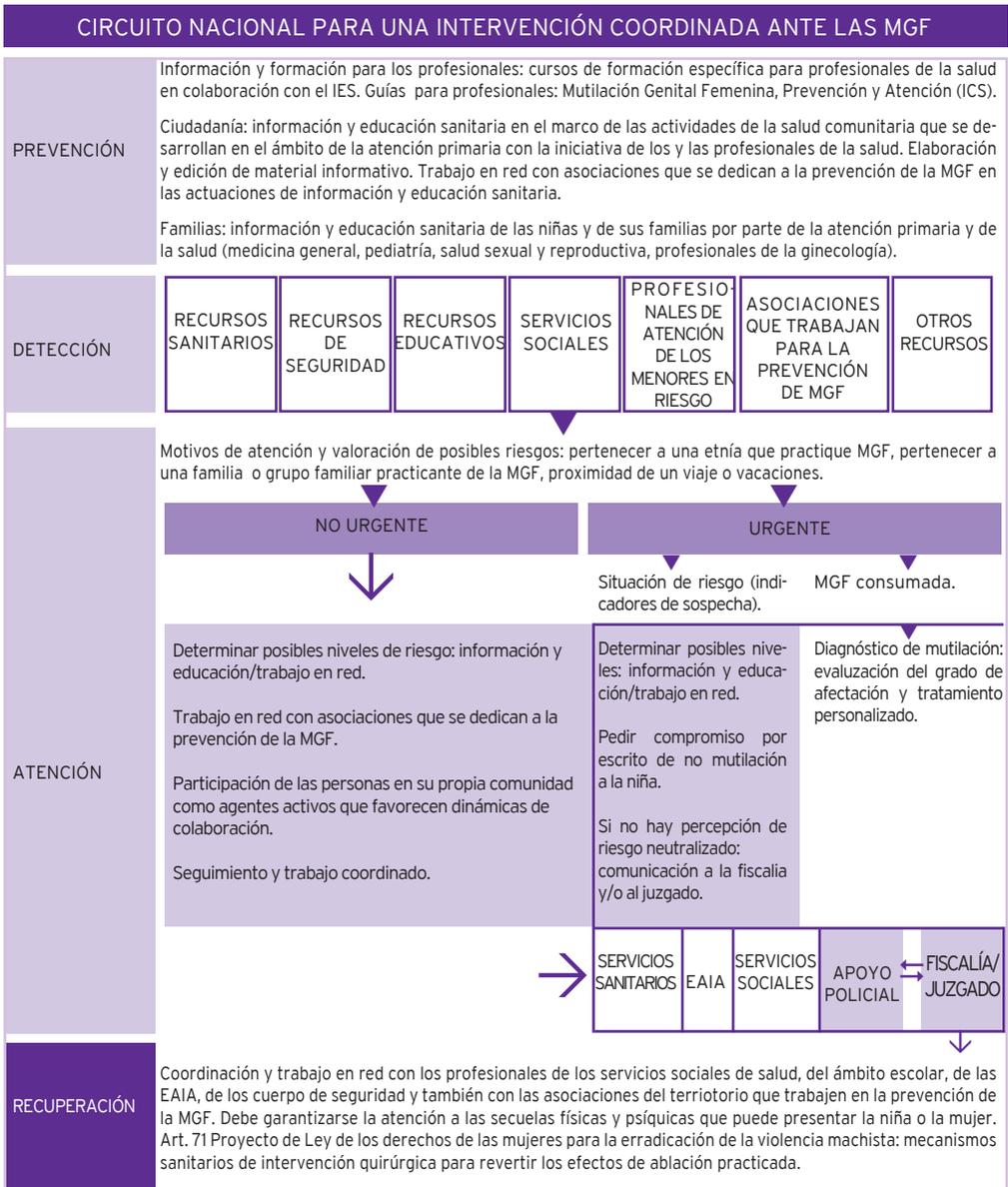
- ✓ Actuaciones diferenciadas según los momentos que definen la intervención (y desde los ámbitos de actuación): prevención de las MGF según factores y características sociales de riesgo, riesgo inminente de la práctica y MGF practicada (**Aragón**)
- ✓ Actuaciones diferenciadas tomando como punto de partida la **actividad de profesionales**: prevención, detección, atención y recuperación en su desempeño con diferentes grupos objetivo: familias y mujeres en riesgo (**Cataluña y Navarra**)

II) Los recursos disponibles por ámbitos profesionales:

- ✓ Itinerarios internos de actuación
- ✓ Circuitos de coordinación entre recursos de diferentes ámbitos

63- Para ampliar los aspectos teórico-prácticos de estos ejes, consultad los contenidos del apartado 4.1 y 4.2 de esta guía

Cataluña. Protocolo⁶⁴ (Tabla 6)



64- http://benestar.gencat.cat/web/content/03ambits_tematicos/05immigracio/08recursosprofesionals/02prevenciomutilacionfemenina/Protocol_mutilacio_castella.pdf.

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ARAGÓN, DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN DE 2011. Resumen de actuación⁶⁵

MOMENTOS QUE DEFINEN LA INTERVENCIÓN	FACTORES DE RIESGO	RIESGO INMINENTE	MGF PRACTICADA
	<ul style="list-style-type: none"> • Ser mujer y pertenecer a una etnia en la que la MGF se practica. • Ser miembro de una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF. 	<p>Factores precipitantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización inmediata de un viaje al país de origen. • La menor cuenta o informa de las previsiones familiares sobre la práctica inminente de la MGF. 	<p>MGF PRACTICADA</p> <p>En el ejercicio profesional, podemos encontrarnos con situaciones en las que detectemos/sospechemos posibles supuestos/casos, tanto de mujeres menores como adultas, con la MGF ya practicada.</p>

ACTUACIONES A REALIZAR DESDE LOS DISTINTOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN

SISTEMA EDUCATIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el marco de la labor tutorial, informar a los padres/madres de los riesgos para la salud y las implicaciones legales que en España supone la práctica de la MGF. 2. Valorar la respuesta y actitud familiar ante los planteamientos anteriores y, en su caso, comunicar al Centro de Salud (Unidad de Pediatría). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación/comunicación con el Centro de Salud para proceder, en el mismo, a la firma del compromiso preventivo y comunicación/coordinación con el Programa de Mediación de Interculturalidad del Centro Aragonés de Recursos para la Educación Intercultural (CAREI) y los Servicios Sociales de la zona. 	<p>Si dentro del Centro Escolar se sospecha que a una menor se le ha practicado la MGF:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Coordinación/comunicación con el Centro de Salud para revisión, y en su caso, verificación de la situación. 2.En caso de negativa de la familia a acudir al Centro de Salud, comunicar/informar al CAREI y a los Servicios Sociales de la zona.
SISTEMA SANITARIO	<p>Desde la Unidad de Pediatría, en el marco del Programa de Salud infantil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Información sobre los riesgos para la salud y las implicaciones legales que conlleva en España la práctica de la MGF. 2. Revisión/Citaciones más continuas. 3. Implicación de todo el equipo de atención primaria y coordinación con Servicio Sociales Generales de la zona. 	<p>Desde la Unidad de Pediatría:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención directa para revisión y en el caso de posible viaje, información sobre los riesgos para la salud, las implicaciones legales que conlleva en España y para proceder a la firma del compromiso (Modelo Anexo II del Protocolo). 2. En caso de negativa a la firma del compromiso preventivo o incumplimiento de asistencia a revisión al retorno del viaje, notificar el Servicio Especializado de Menores (Modelo Anexo I del protocolo). 	<p>Desde Unidad de Pediatría: si se detecta que una menor tiene practicada la MGF reciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Remisión al Juzgado, a través del Parte de Lesiones, y comunicación al Servicio Especializado de Menores. <p>Desde Unidades de Ginecología/Tocología:</p> <p>Mujer adulta con MGF practicada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención individual y familiar para prevenir la MGF en otras mujeres del contexto familiar y para abordar y tratar posibles secuelas/consecuencias de la MGF en la vida de la mujer. 2. Comunicación a la Unidad de Pediatría, en el supuesto de existencia de hijas menores, para abordar el caso ante la existencia de Factores de Riesgo.
SISTEMAS SERVICIOS SOCIALES (servicios sociales generales)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención Social con la unidad familiar con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF 2. Informar de las repercusiones para la salud de la mujer y de las consecuencias legales para quienes la practican 3. Coordinación con el Centro de Salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación /Comunicación con el Centro de Salud para prevención y protección de otras menores de la unidad familiar. 2. En caso de no acudir al Centro de Salud y existir riesgo inminente, notificar al Servicio Especializado de Menores (Modelo Anexo I del protocolo). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación /Comunicación para prevención y protección de otras menores de la unidad familiar. 2. Realizar valoración de la existencia de otros factores de riesgo e intervenir según criterios de Guía de Actuación Profesional de Servicios de Menores.

65- http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/05immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Protocolo_mutilacio_castella.pdf.

Navarra. Protocolo (Tabla 8)

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN NAVARRA, DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA DE 2013.

Resumen de actuación⁶⁶.

NIVELES DE ACTUACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN Y DETECCIÓN DE NIÑAS EN RIESGO E INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON SUS FAMILIAS	SISTEMAS SANITARIO	CAM (inicio de la intervención en embarazo). Atención Primaria (Pediatría, medicina de familia, enfermería y trabajo social). Urgencias hospitalarias del CHN, HGO y HRS. Servicio de pediatría del CHN, HGO y HRS.
	SISTEMA EDUCATIVO	Escuelas infantiles. Centros de educación Primaria.
	SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES	Servicios Sociales de Base. Servicios Sociales Especializados: EAIV Y EAIA.
II. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN MUJERES AFECTADAS	SISTEMA SANITARIO	Atención Primaria (Pediatría, medicina de familia, enfermería y trabajo social). Centros de Atención a la Mujer (CAM). Urgencias hospitalarias del CHN, HGO y HRS. Servicio de Pediatría del CHN, HGO y HRS. Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario de Navarra, HGO y HRS.
	SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES	Servicios Sociales de Base. Servicios Sociales Especializados. EAIV - Equipos de Atención Integral a Víctimas de Violencia de género. Sección Protección y Promoción del Menor
III. PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN A GRUPOS DE RIESGO	SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES	Servicios Sociales de Base. Servicios Sociales Especializados. EAIV - Equipos de Atención Integral a Víctimas de Violencia de género.
	SISTEMA EDUCATIVO	Escuelas infantiles. Centros de Educación Primaria.
	SISTEMA SANITARIO	Atención Primaria (Pediatría, medicina de familia, enfermería y trabajo social). Centros de atención a la Mujer (CAM)
IV FORMACIÓN A PROFESIONALES	SISTEMA SANITARIO	Atención Primaria (Pediatría, medicina de familia, enfermería y trabajo social). Centros de atención a la Mujer (CAM) Urgencias hospitalarias del CHN, HGO y HRS. Servicio de Pediatría del CHN, HGO y HRS.
	SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES	Servicios Sociales de Base. Sección de Atención a la inmigración. Servicios Sociales Especializados. EAIV Y EAIA. Sección Protección y Promoción al Menor.
	SISTEMA EDUCATIVO	Escuelas infantiles. Centros de Educación Primaria.
	SISTEMA JURÍDICO	Colegios de abogacía. Juzgados de violencia. Fiscalía de Menores.

66- <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/257636/Protocolo25junio.pdf>.

Prevención y sensibilización para la erradicación de las MGF

Las medidas de intervención irán encaminadas fundamentalmente a erradicar las MGF mediante la prevención y la sensibilización de la población sobre la gravedad de la práctica, a través de: **una educación basada en la salud y en la educación sexual y reproductiva, la igualdad de derechos y oportunidades y la no discriminación por razón de sexo**; así como las medidas legales a adoptar para preservar la integridad de las mujeres y las niñas y su protección frente a esta práctica.

La implicación de las Administraciones Públicas y asociaciones de la sociedad civil es fundamental. En este sentido, es importante reconocer y continuar apoyando la labor de las activistas, asociaciones y organismos civiles que están promoviendo la sensibilización. El impulso del tercer sector está teniendo una función bisagra con consecuencias positivas para que los Estados e Instituciones impulsen medidas estratégicas que lograrán, a la larga, la erradicación⁶⁷.

La **sensibilización y la prevención** son claves y complementarias entre sí, si bien tienen distintos objetivos y, por lo tanto, distintas estrategias de intervención.

La **sensibilización** pretende dar a conocer el problema social, que se entiendan sus causas y contextos, visibilizar la MGF, sacarla de la esfera privada, evitar las estigmatizaciones de las poblaciones que lo practican y facilitar el acceso a una información adecuada.

Las fórmulas más eficaces incluyen: **campañas** de sensibilización (folletos, carteles, difusión en los medios de comunicación...); **actos públicos** de denuncia de las MGF, como la conmemoración del Día Internacional de Tolerancia Cero con la MGF de las Naciones Unidas (6 de febrero).

67- IV Jornadas Internacionales de MMG, organizada por UNAF los días 5 y 6 de febrero de 2015 en colaboración de UNICEF.

La **visibilización de buenas prácticas** y avances y la organización de **talleres, seminarios, jornadas, etc.**, son también buenas estrategias de sensibilización.

Los **medios de comunicación** tienen un papel muy importante y un gran potencial en la sensibilización para la prevención y la erradicación de las MGF ya que son importantes agentes para una **transformación socio-cultural**, de un **cambio de mentalidad** y de **creencias**. Pueden contribuir a romper el silencio, generar conciencia e incluso al convencimiento para el abandono de la MGF. Los medios son además **titulares de responsabilidades** respecto a la práctica de la mutilación genital femenina. Entre sus principales responsabilidades están: a) **Sensibilización y educación de los y las profesionales de los medios de comunicación**; b) **Compromisos éticos para el abordaje responsable**; c) **Reconocimiento y apoyo público para quienes abandonan la práctica**; d) **Denuncia de los incumplimientos** por parte de los estados y autoridades de los compromisos y normas referentes a los derechos; e) **Difusión de las campañas y acciones de la sociedad civil organizada**; e) **Denuncia de las amenazas a defensores/as** de los DDHH y de la lucha contra la MGF⁶⁸.

La **prevención** actúa directamente sobre las causas, para tratar de evitar que en un futuro pueda producirse la mutilación de cualquier otra mujer o niña.

Incluye al menos tres acepciones complementarias: **“disuadir”**, es decir, hacer que haya un cambio de actitud de las familias ante la mutilación,

68- Las V Jornadas Internacionales contra la Mutilación Genital Femenina (6 Febrero 2016), organizadas por la UNAF en colaboración con la Asociación de la Prensa de Madrid, con el título: **“El reto de la comunicación: construyendo conjuntamente un discurso transformador”**, trataron sobre el papel y la responsabilidad de los medios de comunicación. El objetivo fue potenciar un espacio de diálogo entre los medios de comunicación y demás agentes sociales, especialmente, con la población migrante. Las jornadas favorecieron el intercambio de buenas prácticas y experiencias en el ámbito de la comunicación, con el fin de contribuir a una mayor comprensión y conocimiento sobre la MGF dirigida a sensibilizar e impulsar el cambio.
<http://unaf.org/events/v-jornadas-internacionales-contra-la-mutilacion-genital-femenina-2/>

lo que implica activar estrategias de información y sensibilización; **“anticipar”**, actuar antes de que se practiquen las MGF para impedir las, lo que supone poner en marcha mecanismos para detectar situaciones de riesgo de MGF: y **“detectar”** a las mujeres y niñas que ya han sido mutiladas, identificando las consecuencias (físicas, psíquicas, sexuales y sociales) de la práctica para darles respuesta, minimizando las diferentes consecuencias en su salud, y evitando que otras niñas de la familia y/o el entorno puedan ser mutiladas.

PREVENCIÓN	DISUADIR	Informar	Dar a conocer esta realidad
		Sensibilizar	Relacionar la práctica con sus consecuencias entendiendo sus causas y sus contextos
	ANTICIPAR	Detectar situaciones de riesgo	
		Actuar antes de que suceda	
	DETECTAR	Detectar mujeres y niñas mutiladas, atenderlas y prevenir nuevos casos en su familia y/o entorno	

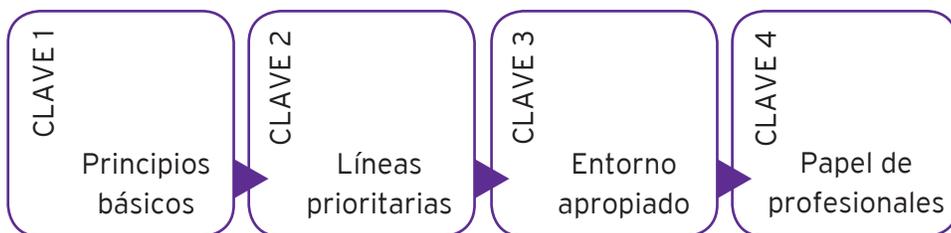
Tabla 9. Componentes de la prevención. Fuente: elaboración propia

La actuación se producirá en tres niveles: 1. Las causas que perpetúan el mantenimiento de la práctica (prevención primaria); 2. La mejora de las actuaciones que se están llevando a cabo (prevención secundaria) y 3. Las formas de evitar nuevos casos (prevención terciaria).

Es importante facilitar espacios en el tiempo, a la vez que asegurar unas condiciones de trato dignas y respetuosas a las familias.

Claves de actuación

La intervención precisa una serie de claves que hemos agrupado en cuatro:



Clave 1. PRINCIPIOS BÁSICOS

Los **principios básicos** sobre los que reflexionar para una buena elaboración de nuestra intervención y también sobre los que articularla son:

- **Posición y compromiso político e institucional**

La erradicación de las MGF ha de estar en las agendas políticas. Si los gobiernos asumen su compromiso y su implicación podremos asegurar un mayor impacto y éxito en el avance de la desaparición de estas prácticas. Sin este posicionamiento claro, la erradicación de la MGF continuará siendo lenta, con riesgo incluso de que siga extendiéndose.

Cuanto mayor sea el compromiso, mejores resultados se obtendrán y, para ello, también es preciso emprender una labor de concienciación y sensibilización dirigida a las personas con responsabilidades políticas e institucionales.

- **Interdisciplinariedad e interinstitucionalidad**

El trabajo contra las MGF no puede realizarse desde un solo ámbito ni por una o un solo profesional. Es preciso hacerlo desde una perspectiva integral, que abarque la prevención, atención, protección y seguridad de las mujeres y las niñas en riesgo.

Requiere la implicación de diversas instituciones y organismos (administraciones, profesionales, asociaciones), y un equipo interdisciplinar que incluya, al menos:

- ✓ Ámbitos profesionales de **primera línea** de actuación: sanitario, social y educativo junto con mediadoras o mediadores interculturales y, profesionales de los departamentos de protección de la infancia -que pueden estar ya representados en el ámbito social-, asociaciones y ONGs de población migrante, servicios comunitarios, etc.
- ✓ En **segunda línea** se incluyen a profesionales de la judicatura, fiscalía, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, por si fuera precisa su intervención.



Ámbitos profesionales mínimos implicados en primera y segunda líneas de intervención
Fuente: Elaboración propia

Las mediadoras y mediadores interculturales son claves y facilitarán el trabajo tanto para las familias migrantes como para las y los profesionales. La mediación a cargo de personas de los mismos o semejantes contextos culturales, con buen conocimiento de la temática y la forma de intervenir⁶⁹, actuará, más allá de solventar las barreras idiomáticas, aportando claves culturales y de comunicación necesarias y útiles para avanzar con éxito.

- **Coordinación**

Este principio es fundamental para que las intervenciones avancen con mayores probabilidades de llegar al fin deseado, optimizando la atención y el seguimiento de cada situación.

Tener un equipo de referencia, o una “comisión de seguimiento”, que pueda encargarse del diseño, elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las propuestas de intervención integral y de las actuaciones desarrolladas en cada ámbito será una medida para avanzar, regular e ir adoptando estrategias efectivas y eficaces.

Una garantía de que las medidas adoptadas son las mejores para las niñas, evitando nuevas victimizaciones, y actuando desde el respeto y la confidencialidad.

- **Formación**

Es imprescindible contar con profesionales con cualificación específica en materia de MGF. Ellas y ellos son el recurso más importante. Se requiere sensibilizarles y dotarles de conocimientos sobre la naturaleza e impacto

69- Para ampliar el papel de profesionales de la mediación intercultural y las recomendaciones sobre su desempeño laboral, se puede consultar el capítulo 4 de esta guía

de la práctica; su identificación, análisis y comprensión en pro de conseguir respuestas adecuadas de prevención y de intervención, con claves culturales precisas, tanto en situaciones de riesgo como de emergencia.

Las y los profesionales han de conocer bien las creencias y los argumentos en los que la Mutilación Genital Femenina se sustenta, dialogar con las familias, sensibilizarlas y transferir la información necesaria para posibilitar el cambio de actitudes y de posicionamiento que requiere su erradicación.

Las MGF producen profundos dilemas profesionales y, a la vez, pueden estigmatizar a las poblaciones que las sufren, reforzando prejuicios y estereotipos, de ahí la necesidad de una capacitación específica de las y los profesionales. Es importante que se conozcan los propios posicionamientos con el fin de evitar posibles interferencias en nuestra actuación profesional.

A su vez, las y los profesionales contribuyen a la adquisición necesaria del conocimiento especializado que se precisa para seguir avanzando en la erradicación de esta práctica, en la adopción y la mejora de las medidas adoptadas. La experiencia profesional adquirida, junto con las investigaciones científicas que vayan realizándose, permitirá congregarse a todas y todos los actores necesarios para la transferencia del conocimiento adquirido y su puesta en práctica⁷⁰.

- **Transversalidad**

Las actuaciones en relación a la práctica de las MGF, desde su diagnóstico y diseño hasta el seguimiento y valoración de las mismas, han de estar atravesadas por dos miradas esenciales:

70- III Jornadas Internacionales de UNAF. Mutilación Genital Femenina: una realidad en Europa. Madrid, 5 y 6 de febrero de 2014.

- Una **perspectiva de género** que, además de las características específicas de las MGF, tenga en cuenta las necesidades y los intereses de las mujeres y las niñas y adopte una mirada explicativa del tipo de relaciones de poder y desigualdad y comportamientos que se dan en la interacción entre hombres y mujeres, sus funciones y roles, sus posiciones dentro de la comunidad y las condiciones en las que viven unas y otros.
- Y una **perspectiva transcultural** para interpretarlas en su contexto y que permita, desde el respeto a otras culturas y sociedades, cuestionar estas prácticas de consecuencias tan nocivas para la salud de las mujeres y las niñas y que vulneran sus derechos humanos.

Estas dos miradas son imprescindibles para que ajustemos mejor nuestras actuaciones mostrando cómo, bajo el velo de la tradición, subyacen las desigualdades.

- **Accesibilidad**

Debemos asegurarnos de que las personas a las que van dirigidas nuestras actuaciones las reciban y las entiendan, para ello solventaremos las barreras idiomáticas y emplearemos términos y expresiones que puedan identificar.

En las campañas de visibilización o difusión de información (carteles, manuales, folletos, guías...) utilizaremos un lenguaje sencillo, claro y conciso, con un contenido entendible para el colectivo al que va dirigido.

Debemos tratar de que llegue al mayor número de personas posible, y para ello utilizaremos los espacios públicos y los lugares que frecuentan (centros sanitarios, asociaciones, servicios sociales, centros juveniles, parques...).

- **Participación**

Impulsaremos la participación de las **instituciones, organizaciones, entidades sociales** y aquellas **personas claves** que puedan contribuir y favorecer todas las tareas en el proceso de la erradicación.

En este sentido, varios comités internacionales recomiendan que todos los esfuerzos que se hagan para hacer frente a las MGF, y para cuestionar y cambiar las normas sociales subyacentes, incluyan el **enfoque comunitario** con la participación activa de todas las partes interesadas competentes, especialmente **las mujeres y las niñas**⁷¹.



Implica acciones individuales, grupales, institucionales y comunitarias en un determinado territorio

Existe una constatada influencia de los miembros de la familia, incluidos los de la familia extensa, en la práctica de las MGF. Por ello, tendremos en cuenta e implicaremos en lo posible a todo el **entramado familiar**, tanto entre quienes han emigrado como entre quienes permanecen en los lugares de origen.

Resulta crucial la participación activa de los dirigentes comunitarios y otras figuras influyentes. Las manifestaciones públicas de un compromiso colectivo contra las MGF inciden en la viabilidad y fortalecen la sostenibilidad de las intervenciones a largo plazo.

71- Comité de los Derechos del Niño, Comentario General No. 18, Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, U.N. Doc. CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18 (2014).

Las poblaciones generan sus propias formas de asociación en sus nuevos enclaves socioculturales. Es aquí donde es posible que exploremos fórmulas de **acompañamiento socio-comunitario** respetuoso por parte de entidades sociales, de modo que se promueva estos potenciales agentes de transformación.

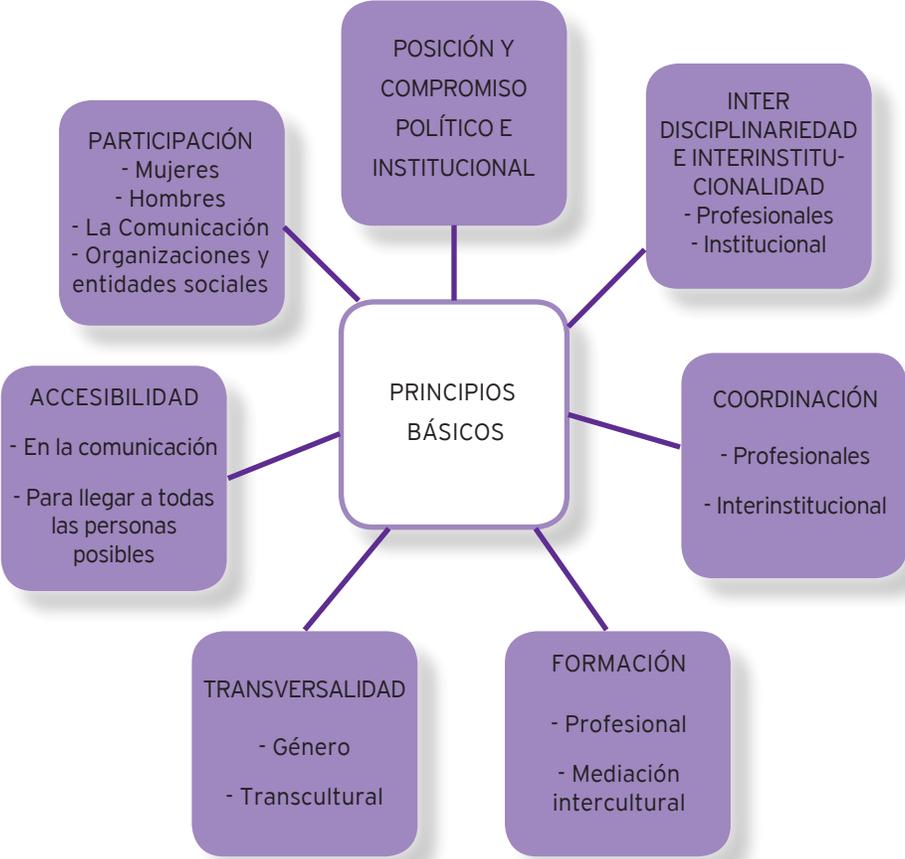
Apoyaremos e implicaremos a las **mujeres**, favoreciendo que adopten las destrezas y habilidades necesarias para poder transformar estas tradiciones que les perjudican gravemente y puedan decir NO a las MGF. Informaremos a los **hombres** para que tomen conciencia de su responsabilidad ante esta práctica, así como a otros miembros de la comunidad: **jóvenes, referentes religiosos y sociales**, entre otros. Ellos y ellas, en su conjunto, nos darán las mejores claves para las intervenciones y se convertirán en agentes de sus propios cambios.



“Las políticas más eficaces son el resultado de escuchar a quienes han experimentado tales problemas en carne propia, que pueden proporcionar perspectivas necesarias para mejorar la comprensión y ofrecer soluciones creativas para utilizar los recursos de forma innovadora”.

Noeleen Heyzr, Directora Ejecutiva. Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer, 2004.

Principios Básicos para la intervención en la MGF



12. Esquema relacional de los componentes de principios básicos y sus elementos principales. Fuente: Elaboración propia.

Clave 2.

LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN

Una actuación integral tendrá dos líneas prioritarias que se complementan y retroalimentan entre sí:

A) Sensibilización y prevención

Para que las personas y las comunidades que defienden las MGF puedan decir NO, de forma sostenible y definitiva, las intervenciones realizadas han de ser integrales, buscando avanzar hacia el objetivo final de erradicación de las MGF. No se trata de desplazar el problema sino de eliminarlo.

Así, en el trabajo que desde UNAF venimos desarrollando desde el año 2011, **optamos por un modelo preventivo, por encima de un modelo punitivo.** Un modelo en el que el paradigma legislativo es necesario e imprescindible y el derecho penal ineludible, si bien no es la solución.

Los instrumentos legales son insuficientes si no van acompañados de una transformación de raíces culturales y de las relaciones de género. La erradicación de las MGF comporta una transformación social y cultural más amplia que la legislativa.

Se requiere reflexionar profundamente, en este contexto globalizador, sobre la identidad cultural y colectiva y sobre si éstas están ligadas a un trato violento, discriminatorio y degradante, doloroso y perjudicial, que pone en peligro, incluso, sus propias vidas.

B) Implicación de todos los agentes locales o migratorios

Estamos ante realidades desconocidas que requieren nuevos aprendizajes, aprender juntas y juntos en los diversos contextos culturales. Tenemos la oportunidad, y también la responsabilidad, de asumir conjuntamente estos retos.

Contamos con mecanismos y el conocimiento suficiente para poder detectar casos de riesgo, evitando la estigmatización de estas personas u otros daños colaterales y actuando de forma integradora. Sabemos que este cambio ha de ser liderado y protagonizado por las propias comunidades donde la MGF pervive, especialmente por las mujeres. Tenemos el reto de informarlas, apoyarlas y que lideren los cambios necesarios para llevar a cabo esta transformación social.

Se debe apoyar el **empoderamiento de estas mujeres**⁷² con el fin de que tomen conciencia de sus potencialidades y el fortalecimiento de sus posiciones sociales, políticas y económicas para que reduzcan o eliminen las relaciones de poder y el abuso entre los sexos. Ellas son las verdaderas protagonistas y todo lo que hagamos aquí impactará también allí, en los lugares de origen.

Para ello, trabajaremos con toda la comunidad y promoveremos la implicación activa de todas las personas y todos los agentes necesarios. La identificación de estos agentes implicados en cada uno de los contextos locales o migratorios, de la naturaleza de los agentes y sus derechos, de las responsabilidades y de las obligaciones de cada uno, es un ejercicio estratégico que las organizaciones tenemos que realizar en cada uno de nuestro programas y proyectos. De este modo, focalizamos las actividades y sus alcances, asegurando mayores posibilidades de alcanzar objetivos correctos en función de nuestra capacidad de incidencia social y política.

72- (empoderamiento): "Hay consenso entre las feministas del desarrollo en que el empoderamiento de las mujeres es un proceso de largo plazo que va "de adentro hacia fuera" y "de abajo hacia arriba", que se inicia en el ámbito personal mediante el desarrollo de una autoimagen positiva y confianza en las propias capacidades, continúa en el ámbito de las relaciones cercanas a través de la habilidad para negociar e influenciar las relaciones familiares, y se expande hacia una dimensión colectiva en la que las mujeres construyen estructuras organizativas suficientemente fuertes para lograr cambios sociales y políticos". Empoderamiento de las mujeres: conceptualización y estrategias. Clara Murguialday Martínez, 2006.

Seguidamente, referimos algunos aspectos para conocer el mapa social de agentes y roles en la incidencia basada en la estrategia de enfoque de derechos (EBD):

ROL	DEFINICIÓN	AGENTES SOCIALES
TITULARES DE DERECHOS	Las personas que sufren la vulneración de sus derechos, pero que son también protagonistas en la transformación de esta situación y con capacidades para materializar sus derechos y los de sus comunidades.	Mujeres con MGF Niñas con MGF Mujeres y niñas en riesgo de padecerla
TITULARES DE OBLIGACIONES	El sujeto que tiene obligaciones jurídicas y morales con relación a las garantías, cumplimiento y desarrollo de derechos.	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 velar por el cumplimiento y desarrollo de los derechos.	Familias Autoridades Tradicionales "Circuncidadoras" Autoridades y líderes religiosos Profesionales del sector salud privado Sociedad Civil Organizada: ONGs, etc. Medios de Comunicación

Tabla 10. Definición e identificación de titularidades según derechos, obligaciones y responsabilidades en intervención global.

Fuente. O'DAM (2013)⁷³

73- Ana Sequi, Isatou Touray, Zuleyka Piniella (Coords.). *O'DAM: La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la Cooperación Internacional al Desarrollo*. La Estafeta Ediciones. 2013.

En el enfoque basado en derechos, recordamos que las **actuaciones centrales según titulares principales de derechos**, mujeres y niñas con MGF y en riesgo de sufrirla, serían las siguientes:

TITULARES DE DERECHOS	
MUJERES CON MGF	Atención especializada para minimizar consecuencias.
NIÑAS CON MGF	Promoción de diálogo inter-generacional sobre el patrimonio cultural, sus aspectos positivos y negativos.
MUJERES EN RIESGO	Sensibilización y educación sobre los efectos perjudiciales de la MGF y sus Derechos. Rituales alternativos o compromisos colectivos de protección. Establecimiento de mecanismos de protección y difusión de los mismos.
NIÑAS EN RIESGO	Priorizar la mediación social y cultural antes de la intervención judicial.

Tabla 11. Titulares de Derechos según actuación prioritaria en EBD. Fuente. O'DAM

Los agentes sociales e institucionales no sólo juegan un papel esencial en la generación de un entorno y unas condiciones favorables para la erradicación, sino que están conminados ante la sociedad civil en su conjunto al cumplimiento de sus obligaciones, que se resumen en las tablas a continuación.

TITULARES DE OBLIGACIONES I				
ESTADO	SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	SISTEMA PÚBLICO DE EDUCACIÓN	SISTEMA PÚBLICO DE JUSTICIA	ORGANISMOS INTERNACIONALES
Ratificación de los Compromisos Internacionales referidos a los Derechos Humanos tanto individuales como colectivos	Formación específica del personal sanitario para la detección de la población de riesgo y la intervención para minimizar las diferentes consecuencias de la MGF en la salud	Formación del personal educativo para la detección de la población de riesgo	Revisión, promoción y ejecución de reformas legales según los compromisos y convenios internacionales de Derechos Humanos individuales y colectivos	Promoción de marcos normativos que garanticen los Derechos Humanos y Colectivos
Puesta en marcha de las medidas políticas, legales y administrativas necesarias para la materialización de esos derechos	Posicionamientos 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	Coordinación con otros sistemas legales (consuetudinarios o religiosos) para garantizar los Derechos Humanos individuales y colectivos	Vigilancia sobre el cumplimiento de los Derechos y establecimiento de recomendaciones
Coordinación con la sociedad civil organizada especializada en este ámbito	Puesta en marcha de medidas de coordinación para los casos de riesgo	Puesta en marcha de medidas de coordinación para los casos de riesgo	Puesta en marcha de medidas de coordinación para los casos de riesgo	Apoyo a las iniciativas nacionales y redes internacionales
Participación activa en los organismos internacionales en la prevención y erradicación de la MGF y otras PTP	Sensibilización y formación de las matronas y parteras tradicionales	Campañas o clubes escolares sobre las Prácticas Tradicionales	Protección y apoyo a las personas que promueven el abandono de la práctica	Coordinación y socialización de experiencias exitosas

Tabla 12. Titulares de obligaciones y relación de obligaciones I.

Fuente. O`DAM. 2013

TITULARES DE OBLIGACIONES II				
ESTADO	SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	SISTEMA PÚBLICO DE EDUCACIÓN	SISTEMA PÚBLICO DE JUSTICIA	ORGANISMOS INTERNACIONALES
Cooperación interministerial y elaboración de estrategias conjuntas sobre la MGF y las Prácticas Tradicionales positivas y perjudiciales	Sensibilización y educación sobre los efectos de la MGF. Asistencia y asesoría para su atención y recuperación en la medida de lo posible	Sensibilización y educación con niños/as y jóvenes para la no discriminación de quienes no sean mutiladas	Revisión, promoción y ejecución de reformas legales	Coordinación y socialización de experiencias exitosas
Apoyo y protección de activistas y personas defensoras de DDHH que luchan contra las PTP	Inclusión de la desinfiubilación definitiva en la atención sanitaria primaria	Protección y defensa de la población escolar en riesgo	Apoyar los procesos de concreción nacional del marco normativo internacional	Promoción de la investigación académica/ universitaria sobre el patrimonio cultural y las Prácticas Tradicionales
Cooperación e intercambio para difundir experiencias exitosas	Sanción para profesionales que realicen PTP	Garantizar la correcta información sobre los Derechos Humanos y Culturales en las lenguas locales	Protección de activistas y personas defensoras de DDHH que luchan contra las PTP	
Sensibilización y educación de representantes de las instituciones de Gobierno (Parlamentos, etc.)		Promoción de la investigación académica/ universitaria sobre el patrimonio cultural y las Prácticas Tradicionales	Promoción de legislación específicas con la participación de las comunidades y sectores implicados	
Coordinación entre estados receptores y emisores en cuanto a migración				
Garantizar la correcta información sobre los Derechos Humanos y Culturales en las lenguas locales				

Tabla 13. Titulares de obligaciones y relación de obligaciones 2. Fuente: OD' AM (2013)

Por último, referimos otros agentes comunitarios a los que destinamos una serie de responsabilidades imprescindibles en el proceso, tal y como se compendian en las tablas 22-23:

TITULARES DE RESPONSABILIDAD I						
FAMILIA	AUTORIDADES TRADICIONALES	CIRCUNCIDADORAS	AUTORIDADES Y LÍDERES RELIGIOSOS	PROFESIONALES DE SECTOR SALUD PRIVADO	SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Promoción de diálogo intergeneracional sobre el patrimonio cultural, sus aspectos positivos y negativos	Promoción de diálogo intergeneracional sobre el patrimonio cultural, sus aspectos positivos y negativos	Sensibilización y educación sobre los efectos perjudiciales de la MGF	Clarificación y posicionamientos religiosos frente a las Prácticas Tradicionales	Sensibilización y formación de las matronas y parteras tradicionales	Sensibilización, formación y apoyo técnico y económico a las organizaciones que pueden prevenir y luchar contra la MGF	Sensibilización y educación a los y las profesionales de los medios de comunicación
Vigilancia y protección sobre casos de riesgo	Sensibilización y educación de las autoridades tradicionales	Promoción de las funciones culturales positivas de las circuncidadoras	Utilización de los espacios religiosos para favorecer el diálogo sobre la relación entre MGF-religión y el abandono de la práctica	Posicionamientos de las asociaciones profesionales contra la medicalización de la práctica	Programas de desarrollo, campañas de sensibilización y educación sobre los Derechos Humanos individuales y colectivos	Compromisos éticos para el abordaje responsable de las PTP
Promoción del diálogo intercultural entre jóvenes y hombres adultos sobre la MGF	Apoyo a los procesos comunitarios de comunidades emigrantes a sus comunidades de origen	Promoción de alternativas de empleo a la MGF y las PTP	Incorporación a la lucha contra la MGF como mediadores/as en el proceso	Formación y sensibilización de las asociaciones profesionales sobre las PTP	Identificación de figuras tradicionales culturalmente relevantes e incorporación a la lucha contra la MGF	Reconocimiento y apoyo público para quienes abandonan la práctica
Promoción del diálogo intercultural entre jóvenes y mujeres adultas sobre la MGF	Promover declaraciones de comunidades libres de MGF	Promover declaraciones de comunidades libres de MGF	Cooperación e intercambio para llegar a compromisos ecuménicos sobre las PTP	Sensibilización, educación y compromiso sobre la no medicalización de la MGF	Reconocimiento y apoyo público para quienes abandonan la práctica	Denuncia de los incumplimientos por parte de estados y autoridades de los compromisos y normas referentes a Derechos

Tabla 14. Titulares de responsabilidades y relación de responsabilidades I.

TITULARES DE RESPONSABILIDAD II

FAMILIA	AUTORIDADES TRADICIONALES	CIRCUNCIDADORAS	AUTORIDADES Y LÍDERES RELIGIOSOS	PROFESIONALES DE SECTOR SALUD PRIVADO	SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Diálogo masculino -femenino sobre las Prácticas Tradicionales	Campañas para evitar la clandestinidad de la práctica	Valorización de sus conocimientos mediante rituales alternativos en los que se mantenga su rol	Coordinación con el sistema de justicia público	Coordinación con el sistema sanitario público	Supervisión sobre la ejecución de las medidas legales para garantizar los Derechos Humanos	Difusión de las campañas y acciones de la sociedad civil organizada
Compromiso como familias modelo	Incorporación a la lucha contra la MGF como mediadores/as en el proceso		Incorporación a la lucha contra la MGF como mediadores/as en el proceso	Cooperación con el sistema sanitario y judicial públicos en casos de riesgo	Coordinación con los estados y servicios públicos	Denuncia de las amenazas a defensores y defensoras de Derechos Humanos y de lucha contra las PTP
Declaraciones públicas	Promoción del diálogo entre jóvenes emigrados y jóvenes de sus comunidades de origen sobre las PTP				Participación activa en los organismos internacionales	
Diálogos sobre las Prácticas Tradicionales entre las familias de origen y los miembros emigrados	Coordinación con el sistema de justicia público				Cooperación e intercambio para difundir experiencias exitosas	
					Denuncia de las violaciones de los Derechos	
					Denuncia de las amenazas sobre los/as defensores/as de los Derechos	

Tabla 15. Titulares de responsabilidades y relación de responsabilidades 2.

Fuente: O'DAM, 2013.

Clave 3.

CONDICIONES FAVORABLES

A partir de los conocimientos y experiencia colectiva acumulados, se pueden identificar un conjunto de condiciones que favorecen el marco de trabajo adecuado para la prevención y erradicación de la Mutilación Genital Femenina.

CONDICIONES FAVORABLES PARA:

LA ACCIÓN

Protocolos: Contar con protocolos de prevención y actuación consensuados facilitará y garantizará el quehacer profesional y la forma de proceder en toda la acción multidisciplinar.

El proceso de elaboración e implantación del protocolo constituye en sí una valiosa oportunidad de asesoramiento, sensibilización, información y formación por parte del conjunto de agentes implicados.

LA COORDINACIÓN

Canales de comunicación: Establecer cauces ágiles entre los distintos servicios y profesionales es imprescindible para garantizar el seguimiento de los casos: si los mejoramos, potenciaremos la coordinación en todo el proceso.

Definir funciones y acciones por ámbitos profesionales

LA INTERVENCIÓN

Itinerarios personalizados: La idiosincrasia de cada situación nos llevará a establecer itinerarios y acompañamientos personalizados de atención y seguimiento perfectamente coordinados, que habrán de estar previstos y contemplados.

Confidencialidad: La privacidad de la información obtenida es esencial y necesaria para preservar la integridad de las mujeres y las niñas.

LA ELECCIÓN DE ESTRATEGIA

Diagnóstico: Conocer la situación de partida, obtenida de los datos más importantes en cada caso, su realidad, nivel de riesgo, núcleo familiar, personas influyentes, antecedentes..., es determinante en todo el proceso de intervención. Un buen diagnóstico permitirá adecuar y ajustar las intervenciones de forma idónea, basándose en los recursos existentes y con las mayores garantías de éxito. Todo este análisis previo de la situación nos acercará a la realidad de un modo más objetivo y, consecuentemente, nos permitirá elegir la estrategia de intervención más adecuada.

Recogida sistemática de datos: Cada situación tiene sus propias peculiaridades por lo que un registro riguroso y sistemático de la información nos permitirá hacer un seguimiento adecuado para valorar el proceso de las mujeres y su incidencia en el territorio.

Marco normativo: El diagnóstico e intervención tendrá en cuenta el marco normativo de cada territorio así como todos los protocolos existentes en esa materia, si los hubiere.

Equipo multidisciplinar: La elección de estrategia más adecuada será decidida por el equipo multidisciplinar y representantes de las distintas organizaciones, mediadoras y mediadores u otros agentes implicados.

PROFESIONALES

Formación especializada: Las y los profesionales tienen un papel relevante en el descenso de la prevalencia de las MGF. Su capacitación específica en esta materia es decisiva. Por ello destacamos como clave en todo el proceso el capital humano y la cualificación de profesionales.

Tabla 16. Resumen de los componentes y elementos de las condiciones favorables.
Fuente: Elaboración propia.



Fatoumata Djau Baldé (tercera por la izquierda) con otras activistas participantes en las IV Jornadas Internacionales sobre MGF de UNAF con la colaboración de UNICEF (2015). Foto: Ana Irigoyen, imagenenaccion.org

El informe de UNICEF de 2013 señala algunos aspectos a considerar⁷⁴

- **Tener en cuenta las diferencias en la práctica de las MGF según los grupos de población**, considerando la especificidad de los diversos grupos que comparten el origen étnico u otras características.
- **Trabajar con comunidades enteras de manera que se puedan reducir las expectativas sociales en torno a la práctica**. Cualquier enfoque que se centre únicamente en cambiar conductas individuales tiene considerables limitaciones pues no conducen automáticamente a un cambio de comportamiento. Muchas niñas que han sido víctimas tienen madres que se oponen a la práctica. Esto indica que otros factores impiden que las mujeres actúen de acuerdo con sus preferencias personales como, según apuntan los datos, la obligación social.
- **Los esfuerzos para poner fin a la práctica también tienen que abordar el cambio en las actitudes individuales**, concienciando a la gente sobre la idea de que la eliminación de las MGF mejorará la salud y el bienestar de las niñas y las mujeres, y de proteger sus Derechos Humanos.
- **Visibilizar las actitudes ocultas que favorecen el abandono de la práctica**. Las actitudes acerca de las MGF tienden a mantenerse en el ámbito privado. Someter, respetuosamente, la práctica al escrutinio público puede servir de acicate para el cambio en toda la comunidad. Las actividades del programa pueden estimular el debate dentro de los grupos que practican las MGF, facilitando que quienes se oponen a la práctica expongan sus opiniones. Los medios de comunicación y otros canales de información de confianza pueden servir como un foro para difundir información sobre la disminución del apoyo a las MGF, así como para debatir los beneficios de ponerle fin. Pronunciamientos colectivos o declaraciones en contra de las MGF son medios eficaces para poner de relieve la erosión en el apoyo social a la norma.

74- UNICEF: Female Genital Mutilation/Cutting. A statistical overview and exploration of the dynamics of change. 2013

También son un mensaje que indica que no aceptar la práctica no provocará ninguna consecuencia social negativa.

- **Fomentar la participación de los niños y los hombres en la erradicación de las MGF y empoderar a las niñas.** Facilitar la discusión del tema entre las parejas y en distintos foros puede acelerar el proceso de abandono, al sacar a la luz que el nivel de apoyo a la práctica es menor de lo que se supone, sobre todo entre los hombres, figuras con gran poder en la comunidad. Además, que la población femenina más joven tienda a apoyar menos las MGF que las mujeres mayores sugiere la posibilidad de que sean importantes catalizadoras del cambio, por ejemplo a través de diálogos intergeneracionales.
- **Aumentar la exposición de los grupos que NO practican las MGF.** Visibilizar los grupos que no practican las MGF, allí donde el apoyo a ésta sea muy alto, y realizar una tarea de concienciación sobre los beneficios resultantes, ya que los individuos pueden dar testimonio de que las niñas que no han sufrido la práctica prosperan y que sus familias no padecen consecuencias negativas. Así, la alternativa de no realizar la práctica se convierte en plausible. Las tasas de prevalencia son generalmente más bajas entre los residentes urbanos, los individuos que han recibido una educación y los hogares con rentas más altas, lo que da valor a la educación como mecanismo importante para aumentar la conciencia sobre los peligros de la mutilación y para compartir el conocimiento de los grupos que no la practican.
- **Promover el abandono de las MGF, junto con la mejora de la situación de las niñas y de sus oportunidades, en lugar de defender una forma menos grave de mutilación genital.** Los datos sobre los cambios en la práctica indican una ligera tendencia hacia formas menos graves de mutilación en algunos países. Sin embargo, el daño resultante de las formas menos graves de las MGF debe sopesarse en relación al costo de oportunidad que supone promover el fin de la mutilación como una de las muchas prácticas nocivas que ponen en peligro el bienestar de las niñas y atentan contra sus derechos humanos.

Clave 4.

PAPEL DE LAS Y LOS PROFESIONALES

El **equipo multidisciplinar de profesionales especializados/as** ha de cubrir, al menos, los ámbitos de primera línea que trabajan con la población migrante (**social, sanitario y educativo**)⁷⁵, y contar con mediadoras y/o mediadores interculturales, asociaciones y ONGs de los países de origen. Todas estas esferas deben interrelacionarse, coordinarse entre sí y con otras áreas o servicios de interés.

La **tarea inter/multidisciplinar** permite diseñar estrategias integradoras para afrontar estos retos y avanzar. Hace falta un **trabajo consciente, reflexivo y riguroso, de información, sensibilización y formación**, tanto en las comunidades afectadas como en los colectivos profesionales que trabajan con la población migrante.

Para ello el mayor recurso son las y los profesionales con buena cualificación y con capacidad para abordar la complejidad en la intervención sobre la MGF.

Recomendaciones a profesionales para el abordaje de la MGF

► Rol facilitador

Es fundamental adoptar un rol facilitador, de ayuda y apoyo, en todo el proceso:

- ✓ Con la **familia en riesgo**, ofreciendo información, orientación y asesoramiento ante la práctica **sin culpabilizar ni juzgar** sino empatizando y adoptando una **actitud asertiva y firme** ante sus consecuencias negativas y a las dificultades que entraña oponerse a ella

⁷⁵ En el punto 4 de esta guía ofrecemos pautas de utilidad para la intervención desde estos tres ámbitos.

(peso de la tradición, presiones sociales, autopercepción de cierta “traición” a sus valores culturales, enseñanzas de sus mayores y el rechazo y exclusión a la que pueden ser sometidas por parte de su grupo, su familia y/o su comunidad).

El contacto con equipos profesionales nunca ha de comportar situaciones de vergüenza, rechazo y/o humillación. Trataremos el tema con naturalidad, usando en un primer momento sus propios términos (estar “cortada” o estar “cosida” en lugar de estar mutilada), **sin justificar la práctica ni minimizar las consecuencias nocivas** para la salud de las mujeres y las niñas, explicándolas detalladamente.

- ✓ En el **trabajo en red** con profesionales y organizaciones y en el registro constante de la información (contactos, conversaciones o exploraciones realizadas a las personas de riesgo), según los criterios y procedimientos propios de cada servicio, que facilite a diferentes agentes profesionales el conocimiento, el seguimiento y la intervención con las niñas, mujeres y/o familias de riesgo. Compartimos un objetivo común: evitar nuevos casos y atender a las mujeres que ya han sufrido MGF. No sobran profesionales, **todas las aportaciones suman** y el resultado final será el resultado de todos y de todas.

► Tomar la iniciativa

Como profesionales podemos esperar a que nuestra población “objetivo” nos pregunte sobre asuntos referidos a las MGF o a la sexualidad, que es poco frecuente, o por el contrario podemos tomar la iniciativa.

Hemos de tener presentes las dificultades de las mujeres para solicitar ayuda y tomar decisiones en un tema considerado tabú o íntimo. Más aún si se encuentran en un contexto formal, educativo o sanitario. En

general, las personas -sea cual sea su procedencia- no acostumbran a tratar la sexualidad con naturalidad en la mayoría de las sociedades, como podemos verificar en nuestra propia historia social y cultural.

Por ello, se precisa una acción positiva para tratar estos contenidos y hacerlo con la formación adecuada, generando la confianza y la compli- cidad precisas y decisivas en el proceso y la relación que establezcamos con la familia y las personas implicadas.



UNAF. Curso de profesionales

► Conocer sus valores, relaciones y estilos de vida

Conocer las características del grupo al que nos dirigimos y de las personas con las que estamos trabajando para adecuar las intervenciones, servirá como elemento motivador. Es muy útil que el punto de partida sean sus propias realidades y experiencias: su entorno, familia, aficiones, creencias, costumbres, recursos a los que acceden..., especialmente cuando nos dirigimos a personas con formas de vida tan diferentes

como puede ser el caso de la población que nos ocupa. A menudo desconocemos las formas en que esta población vive y piensa su sexualidad y sus relaciones de pareja. A veces, aunque las conozcamos, no las entendemos bien o tenemos ideas erróneas al respecto. Si perciben nuestra ignorancia podrían dificultarse los aprendizajes significativos y el cambio de actitudes.

Se trata de que sientan que lo que trabajamos tiene que ver con ellos y ellas. **Para muchas mujeres la MGF forma parte de su identidad y de su sentimiento de pertenencia al grupo.** Han crecido en la convicción de que es un paso inevitable y necesario para ser considerada una mujer, acceder al matrimonio, mejorar la fertilidad, ser más bella, mantener la castidad y el honor de la familia, evitar que la sexualidad femenina se vuelva incontrolable y, en definitiva, ser acogidas y aceptadas por su grupo. Para muchas es motivo de orgullo y las familias que deciden practicarla a sus hijas piensan mayoritariamente que es por el bien de las niñas, que les aportará beneficios y más posibilidades de casarse y tener descendencia, evitando así la marginación, el rechazo social e incluso las dificultades económicas y la pobreza.

Por otra parte, la comprensión del contexto de estas familias también nos permite entender que, aunque una familia determinada esté en contra de las MGF, no se sienta con la fuerza suficiente de oponerse a ella debido al peso y las presiones sociales que viven. **Decir NO también tiene consecuencias.**

El dilema de estas familias se produce en un contexto de migración en otra cultura, la occidental, que se presenta de forma, más o menos velada, como superior a la suya propia. A este factor se suma la inseguridad jurídica en la que se encuentran a menudo y la idea del regreso, con lo que el planteamiento al que se enfrenta es: *"Mi hija terminará casándose con alguien de mi tierra ¿cómo no voy a "cortarla?" ¡Nadie la querrá como esposa!"*.

No podemos olvidar las desigualdades económicas y sociales entre la población autóctona y la migrante y un pasado, no tan lejano, de opresión colonial occidental. Este hecho provoca que, en ocasiones, muchas personas se aferren todavía con más fuerza a sus tradiciones, y las defiendan como parte de su identidad y dignidad, tanto individual como comunitaria, rechazando con firmeza cualquier intento externo de revisión de sus costumbres.

► Partir de sus necesidades y de sus intereses prácticos

El conocimiento de las necesidades e intereses prácticos de las personas destinatarias es fundamental para alcanzar los objetivos deseados.

Las necesidades pueden ser “expresadas” y/o “sentidas”. Puede suceder que haya necesidades “expresadas” que formen parte de un deseo, una expectativa o una creencia errónea. Y podemos encontrarnos con necesidades sentidas que no se expresan por diversos motivos como puede ser cuestiones en torno a las MGF u otros temas de salud derivados de ellas.

Aprovecharemos cualquier oportunidad (consulta de pediatría a la que acudan por vacunas, consulta de ginecología por el tratamiento de una infección, seguimiento de un embarazo, una charla sobre métodos anti-conceptivos y planificación familiar...) para obtener información y poder ofrecérsela en aspectos que sean de su interés, sin perder de vista nuestros objetivos de prevención.

Partir de sus necesidades e intereses ofrece numerosas ventajas:

- ✓ Favorece una buena **predisposición a escucharnos** y a acoger lo que les digamos como profesionales.

- ✓ En el caso de los talleres, cursos o incluso entrevistas personales, facilita la **asistencia**.

En nuestra experiencia, la planificación de talleres con el título de “Prevención de la MGF” ha tenido escaso o nulo interés. En cambio, realizar talleres relacionados con su salud en general y/o con la salud sexual y reproductiva facilita su asistencia e implicación. Desde ahí, es posible dialogar sobre las MGF y, en caso necesario, planificar un itinerario de prevención.

Partir de sus necesidades e intereses prácticos facilita y prepara el camino para, en el contexto y momento más propicio **respetando el ritmo de cada persona**, acercarnos a su reflexión y al cambio necesario.

► Contar con mediadoras y mediadores interculturales

Las mediadoras y mediadores interculturales son personas formadas en migración, en mediación y en interculturalidad y frecuentemente pertenecen a la población de origen con la que desarrollan el trabajo de mediación.

Su labor consiste en mediar entre la población migrante y otros agentes sociales, así como administraciones y/o servicios (servicios sociales, recursos públicos o privados, instituciones, etc.).

Cumplen una **función de traducción y manejan claves culturales que facilitan la comunicación y la transmisión de información**, tanto para la población como para las y los profesionales. **Gozan de influencia y ascendencia entre la población que comparte su mismo origen**, por lo que son de gran apoyo para el desarrollo de nuestra labor con muchas más posibilidades de éxito.

La situación idónea sería contar con un grupo de mediadoras y mediadores interculturales con formación en temas de sexualidad y de prevención de

las MGF, que conozcan nuestra forma de trabajar y que puedan acompañarnos en nuestras intervenciones desde ese enfoque de salud en general, y de educación sexual en particular, con población migrante.

Para poder trabajar con mediadoras o mediadores interculturales es prioritario tomar contacto con asociaciones de migrantes o entidades públicas o privadas que tienen su propio equipo de personal de mediación y poder contar con su colaboración. También podemos formarles en nuestras organizaciones.

► Crear un ambiente respetuoso y de confianza

Una **buena acogida** es un buen comienzo. Es importante **facilitar espacios de relación con las familias** sostenidos en el tiempo, con posibilidades y alternativas al alcance del personal profesional, a la vez que aseguramos que las condiciones de trato sean dignas y respetuosas.

Partiendo de nuestra experiencia, en los talleres de sexualidad con la población africana es frecuente que las personas al principio se muestren tímidas, las mujeres en mayor medida que los hombres. Si aplicamos una metodología adecuada al grupo podremos lograr que, según avance la sesión, vayan interviniendo más, que se comuniquen, compartan información y opiniones, escuchen otros puntos de vista, argumenten y dialoguen sobre sexualidad y MGF.

Así, desde los talleres se fomenta la participación para que cada persona encuentre un tiempo para expresarse si lo desea, propiciando un ambiente de apertura, de modo que se entienda que la sexualidad o la erótica se viven de distintas formas según cada persona, y trabajando con grupos pequeños o subgrupos a través del diálogo fundamentalmente. Esto promueve la comunicación y el enriquecimiento del grupo, así como la participación de aquellas personas con más dificultad para expresarse.

Se respeta el silencio como opción, entendiendo que el hecho de estar allí es otra forma de participar y aprender, y promoveremos actividades que favorezcan el diálogo y la escucha activa.



Taller de Formación UNAF

Encontramos diferentes niveles de conocimiento y experiencia en materia de sexualidad y de MGF. Una vez conozcamos más al grupo se ajustará la metodología y los contenidos para llegar mejor a esta diversidad. Si en un grupo hay mujeres que manifiestan tener practicadas determinados

tipos de mutilaciones, adaptaremos los contenidos que se precisen. Las sesiones de asesoramiento, educación e información sexual realizadas con una sola persona o familia son muy valiosas, especialmente adecuadas en aquellas ocasiones en que existen riesgos de MGF.

Ciertos temas, como las MGF, requieren más de una sesión para ser abordados porque, incluso dentro de un grupo de personas con el mismo país de origen, podemos encontrar posiciones enfrentadas que pueden derivar en conflictos si no se reconducen al diálogo y a la escucha activa. Por ello, al principio es más adecuado tratar las MGF con otro tipo de actividades.

► Utilizar materiales didácticos y adaptar la metodología

Antes de elegir los materiales didácticos y la metodología, nos informaremos del perfil del grupo, su nivel educativo, si han recibido formación anteriormente sobre el tema, si se conocen y cómo es su relación, el dominio del idioma, entre otros, y adaptaremos el recurso que consideremos más oportuno, tanto para el grupo como para el objetivo propuesto.

Los recursos visuales en formato de vídeos, ilustraciones, láminas, diapositivas, fotos u objetos reales que puedan observar y manipular, las presentaciones físicas de métodos anticonceptivos o modelos anatómicos - genitales entre otros-, **son muy útiles** con población que no tenga dominio del idioma del país de destino. No hay que olvidar trabajar con **recursos pedagógicos inclusivos** que representen personas de etnia y cultura similar a las de las personas asistentes al taller (cuerpos de mujeres y hombres de raza negra, por ejemplo).

PAPEL DE LOS Y LAS PROFESIONALES		
ROL	COMPETENCIAS/RECURSOS	ACTITUDES/DISPOSICIÓN
Informar, orientar, asesorar	Tener buena información	Empatía, asertividad, respeto y comprensión
Facilitador, de ayuda, de apoyo	Sensibilización y formación para el abordaje transcultural de los problemas y con perspectiva de género	Tomar la iniciativa Partir de las necesidades e intereses prácticos
Sensibilización y prevención	Equipos profesionales especializados Registro sistemático	Conocer sus valores, sus formas de relacionarse y sus estilos de vida
Trabajo en red con otros y otras profesionales y organizaciones	Trabajo de coordinación en red	Contar con mediadores y mediadoras interculturales

Tabla 17. Desempeños de profesionales según competencias/recursos, actitudes/disposición.
Fuente: Elaboración propia

Dificultades, retos y alternativas

Señalamos a continuación dificultades que podemos encontrar y que hemos de afrontar en nuestra labor profesional:

1. En relación a las propias mujeres, a las niñas y a la comunidad de pertenencia: la barrera del idioma, la no percepción de la mutilación genital como un problema prioritario, el mito del retorno, un conflicto de lealtades respecto a sus comunidades de origen, entre otros.

La niñez y la adolescencia son etapas delicadas, un tiempo de construcción de la identidad y de fuerte vinculación con los padres y las madres. Esta situación acentúa los riesgos de estigmatización, pérdida de libertad o de vulnerabilidad de su autoimagen. En esta situación, niñas y adolescentes pueden sufrir inseguridad, miedo e inhibición, que pueden provocar la hiper-diferenciación y el tratamiento discriminatorio que supone someterse a dicho control respecto a las demás chicas de su edad.

La educación, la religión y las condiciones socioeconómicas pueden influir en la opinión de madres y padres. En el contexto de la migración, las personas se enfrentan a muchos problemas y las MGF rara vez son su prioridad. Obviamente, una familia que sólo se relaciona con su comunidad o que tiene miedo de perder el permiso de residencia en el lugar de acogida realizará más fácilmente las MGF a sus hijas, con el fin de asegurar su supervivencia social si son devueltos a su país de origen, que una familia que esté bien integrada y espere residir permanentemente en el nuevo país. Puede crearse un verdadero conflicto de lealtad entre su familia, su cultura de origen, su comunidad, los aspectos médicos y su nuevo lugar de residencia. A través de las MGF, algunas familias también esperan proteger a sus hijas de la sociedad occidental que pueden considerar como "carente de moralidad".

2. En referencia a las y los profesionales: el desconocimiento del simbolismo y del significado cultural de la práctica, el temor y la inseguridad a pesar de su abordaje desde el diálogo y el respeto, los dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención, la escasa formación para el abordaje transcultural de los problemas, son algunos de los desafíos a los que se enfrentan.

Algunos de estos dilemas en el abordaje profesional los sintetizamos en la siguiente tabla, en la que se resumen las principales dificultades y sus alternativas según los grupos objetivos de intervención.

DIFICULTADES Y SUS ALTERNATIVAS SEGÚN GRUPOS OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

GRUPOS OBJETIVOS	DIFICULTADES Y RETOS	
	DIFICULTADES	ACTITUDES/ DISPOSICIÓN
FAMILIAS	<p>Barrera idiomática. Situaciones legales inestables o delicadas. El mito del retorno. Conflicto de lealtades. Idea de proteger a la hija. No percepción MGF como un problema prioritario.</p>	<p>Buena acogida, abordaje con naturalidad, escucha de sus argumentos y temores en relación a la MGF. Escucha activa, comunicación entendible por ambas partes, cuidado de la comunicación no verbal. Averiguación de si hay presión familiar o si existen planes concretos de realizar la MGF. Conversación sobre el tema y refuerzo del argumento contra la práctica.</p>
NIÑAS	<p>Estigmatización. Pérdida de libertad. Vulnerabilidad. Inseguridad, miedo. Prohibición. Hiper- diferenciación. Tratamiento discriminatorio (respecto a otras niñas).</p>	<p>Valoraciones de pros y contras de la práctica, con los padres y las madres para llegar a la conclusión de no querer realizar la MGF después de considerar todos los aspectos. En las conversaciones hablaremos de las motivaciones tradicionales, los argumentos médicos (problema y complicaciones a corto y largo plazo), la presión familiar en el país de origen y las consecuencias legales. Información, educación, participación en talleres de educación sexual o de salud materno-infantil, etc.</p>
PROFESIONALES	<p>Barrera idiomática. Estigmatización versus integración. Escasos recursos para la mediación y asesoramiento. Desconocimiento del tema. Temor, desconcierto, inseguridad. Dilemas profesionales y éticos.</p>	<p>Punto de partida situada en sus propias realidades y experiencias: su entorno, su familia, sus aficiones, sus creencias, sus costumbres, los recursos a los que acceden... Empatía, asertividad, respeto y comprensión. Abordaje desde el diálogo y el respeto. Conocimiento de nuestra propia posición y superación de tabúes. Disposición de una buena información. Un lugar y un tiempo adecuados. Mediación intercultural. Trabajo de coordinación en red.</p>

Tabla 18. Fuente: Elaboración propia

Herramienta para el cambio: la educación sexual



El objetivo de la salud sexual es “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual” (FNUAP, 2004).

La educación sexual es una herramienta necesaria, privilegiada y útil para la prevención de las MGF y para el cuidado de la salud en general. Desde la educación sexual, las personas pueden aprender a conocer sus cuerpos, sus deseos, sus expresiones eróticas, a conceder el mismo valor a las mujeres y a los hombres y a respetar la pluralidad: no hay dos personas iguales y tampoco hay dos sexualidades iguales.

Una persona que valora la importancia y la riqueza de la sexualidad en su vida, que la cuida y sabe que se puede aprender, tendrá más posibilidades de disfrutar de su erótica y de sus relaciones. Estará preparada para evitar consecuencias no deseadas (infecciones de transmisión sexual -ITS-, VIH, embarazos no planificados, abusos...) y tendrá información para cuestionarse las MGF evitando que se la practiquen a sus hijas y, en el caso de los hombres, a sus mujeres.

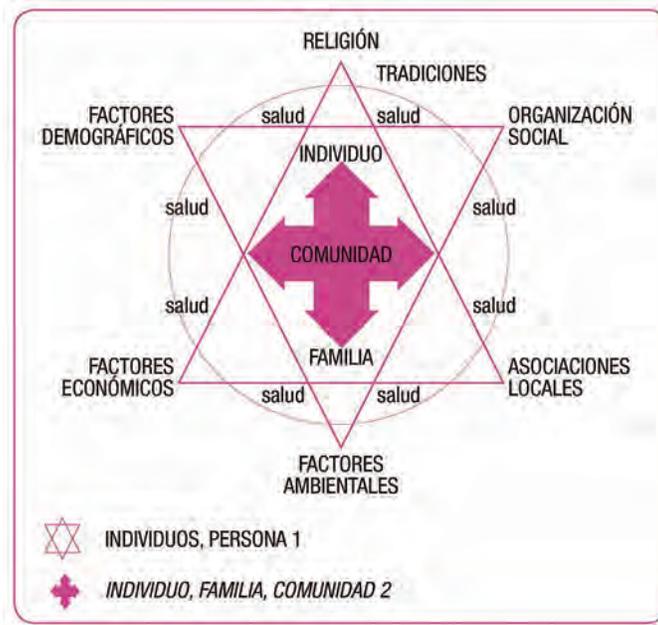
Entre las personas que solicitan asesoramiento y/o servicios relacionados con la salud se encuentran personas procedentes de etnias y países que practican las MGF. Conocer y tener en cuenta claves interculturales sobre sus vivencias, sus circunstancias, sus necesidades, sus demandas y, por supuesto, sus formas de relacionarse y su sexualidad, serán la llave para una buena atención.

Los centros educativos, espacios juveniles, asociaciones, ONGs, ámbitos profesionales diversos y población en general..., ofrecen una oportunidad

privilegiada para contribuir a la erradicación de las MGF a través de la prevención, en un contexto más amplio de salud sexual y en coordinación con diferentes profesionales.

La salud sexual y reproductiva es un derecho dentro del derecho integral a la salud⁷⁶. La salud está en interacción permanente con las distintas esferas de la sociedad y la persona.

Las interacciones de salud y las intersecciones de individuo, familia y comunidad⁷⁷



76- El objetivo de la salud sexual es “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual” (FNUAP, 2004). apartado 3: Instrumentos y medidas para erradicar la MGF, en particular los contenidos centrales de la Asamblea Mundial de la Salud (24/05/2008)

77- Fuente: VVAA. Enfermería comunitaria III. Madrid, Mc Graw-hill Interamericana. 2006

Cuando trabajamos la salud sexual y reproductiva promovemos la igualdad entre hombres y mujeres y aspectos decisivos para ahondar en favor del “NO a las Mutilaciones Genitales Femeninas”.

Desde la Conferencia de El Cairo (1994), se trabaja con el concepto de salud sexual y reproductiva poniendo especial énfasis en el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres y de los hombres. Si bien, la salud materna es la preocupación principal, se incorpora por primera vez en las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo una visión más amplia de la sexualidad y la reproducción⁷⁸.

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas (Beijing, 1995) se afirmó que *“la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”*.

En esta línea se expresa recientemente el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, que *“insta a los Gobiernos a que promuevan y protejan los derechos humanos de todas las mujeres y las niñas, en particular su derecho a tener el control y decidir con libertad y responsabilidad sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, entre ellas la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia, y a que aprueben leyes, políticas y programas que protejan y permitan el disfrute de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluidos los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen, y aceleren su aplicación”*.

78- Lozano Caro, I. Cuenta atrás 2015. *Compromisos adquiridos en la CIP El Cairo. Agenda Española*. Federación de Planificación familiar de España. 2009.

También en el documento final del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁷⁹, se manifiesta la satisfacción por “la inclusión de un objetivo sobre la eliminación de todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina”.

El análisis de los derechos sexuales y reproductivos nos dará una buena perspectiva para nuestras intervenciones hacia la erradicación de las MGF:

RELACIÓN DE OBJETIVOS DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	
DERECHOS REPRODUCTIVOS	DERECHOS SEXUALES
Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos e hijas.	Decidir de forma libre y responsable sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad.
Tener información, educación y medios para ello.	El derecho a ejercer la sexualidad sin riesgos, libre de discriminación, coerción o violencia relativas a la sexualidad.
Tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.	El derecho al placer físico y emocional.
Tener acceso a servicios de atención primaria de calidad.	El derecho a la libre orientación sexual.
Contar con medidas de atención a la maternidad.	Derecho a la información sobre sexualidad.
	Todo ello en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respaldo mutuo, y con el reparto de responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias.
	El derecho a tener acceso a servicios sanitarios.

Tabla 19. Fuente: Elaboración propia

79- <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2015/10162.pdf?view=1>

La educación sexual garantiza la protección para prevenir situaciones o consecuencias no deseadas y una oportunidad para tener una vivencia de la sexualidad y de las relaciones más armoniosa y satisfactoria. Es clave para la prevención de las MGF. Y los principales descriptores argumentales en sexología son de capital interés para este trabajo de prevención y sensibilización.

PRINCIPALES DESCRIPTORES DE SEXUALIDAD PARA ABORDAR LAS MGF	
SEXUALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto biopsicosocial, es decir, un concepto en el que interactúan tres dimensiones: biológica, psicológica y cultural. • El concepto tridimensional de la sexualidad atraviesa el hecho sexual humano en tres sentidos: <ul style="list-style-type: none"> • Lo reproductivo, gestionado para dar valor y evitar consecuencias no deseadas; • lo erótico, dirigido a los placeres y la satisfacción; • lo relacional del deseo, del encuentro, de la atracción con fuerte anclaje en lo socio-cultural...
DIVERSIDAD Y PLURALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • La sexualidad es la manera que cada persona tiene de vivir el hecho de ser sexuado. Es una categoría subjetiva y su referencia más clara son las vivencias y lo que cada cual vive en su intimidad. • Esta percepción no es estática, sino que está en continua evolución y cambio, atravesada por la cultura, la educación, el contexto social, los modelos de mujeres y los modelos de hombres validados en ese contexto por la familia, el profesorado, el entorno, los medios, el grupo de iguales, la comunidad y las expectativas que sobre ellos y ellas se generan.
SEXUALIDAD Y GENITALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Las relaciones sexuales no sólo se refieren a las relaciones genitales. La genitalidad es una parte, no el todo de la sexualidad. • El erotismo no es sólo genitalidad, es la expresión de lo que somos y lo que vivimos, de cómo nos percibimos, cómo nos sentimos, cómo es nuestro deseo, cómo son nuestros valores, nuestras creencias, nuestra forma de pensar, de relacionarnos, de sentir. Todo ello constituirá nuestra erótica propia, única y cambiante para cada persona.

Tabla 20. Fuente: Elaboración propia

Ideas para hablar de sexualidad y de MGF

-Desde la perspectiva de las mujeres, su cuerpo y sus derechos ...

El reconocimiento de la forma y función de los genitales de mujeres y hombres, la anatomía reproductiva y la anatomía erógena permite sostener argumentos de peso frente a las MGF. Desde la **educación sexual** se subraya el reconocimiento de los cuidados integrales del cuerpo: (re)-conocerse, aceptarse y apreciar las partes y diversidades de los cuerpos, insistiendo en ese cuidado y buen trato sin que se excluyan partes consideradas socioculturalmente tabúes, como son los genitales⁸⁰.



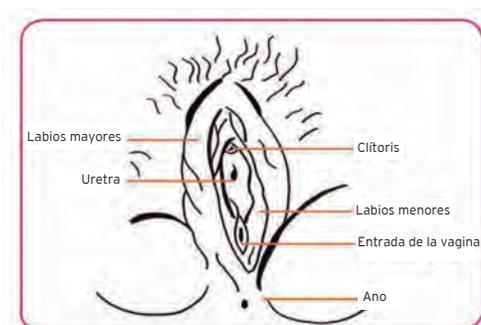
UNAF. V Jornadas Internacionales contra la MGF.
Foto: Rafael Muñoz, imagenaccion.org

Los mensajes sociales y culturales sobre los genitales femeninos no facilitan su conocimiento, aceptación y aprecio, de tal forma que muchas mujeres adultas manifiestan un claro rechazo por el aspecto, coloración u olor de unos genitales femeninos absolutamente normales.

80- Para ampliar los contenidos de educación sexual, se pueden consultar las publicaciones y recursos de UNAF en la web <http://unaf.org/publicaciones/salud-sexual/> y en el blog Salud sexual en clave cultural: <http://unaf.org/saludsexualparainmigrantes>

Es necesario superar la ignorancia sobre los órganos genitales femeninos que tienen muchas sociedades (incluida la occidental). Se requiere promover el conocimiento de la anatomía de la vulva y las funciones de sus componentes, el clítoris, los labios menores, etc.

Vista de la vulva con las distintas partes que la componen



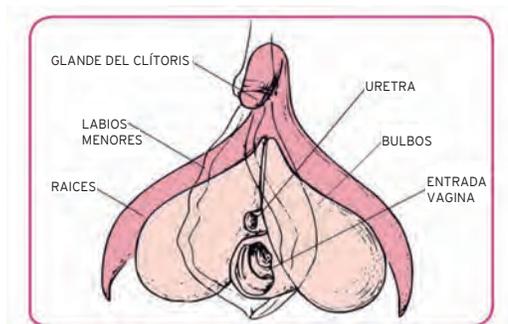
Fuente: Elaboración propia

Las organizaciones feministas y de mujeres han desarrollado **metodologías de empoderamiento personal y colectivo para al aprecio y valoración de los genitales femeninos**⁸¹, y han visibilizado toda la representación simbólica que tiene por la dominación masculina en las sociedades patriarcales.

Pero no solamente son desconocidas las partes sino también su funcionalidad en la sexualidad. La representación del complejo clitoral puede facilitarnos una imagen en la que describir la función de cada parte de la vulva, particularmente, el glande de clítoris en el desarrollo orgánico del placer.

81- Referencias bibliográficas para trabajar con vulvas de telas y materiales pedagógicos “vulvalucionarios” en <http://www.musasperu.org>; <http://www.vulvalucion.org>, <http://www.memoriasdeunavulva.org>

Representación del complejo clitoral



Fuente: Elaboración propia

En terapia sexual se abordan, frecuentemente, las dificultades de las mujeres para excitarse o llegar al orgasmo bien por falta de aceptación de sus propios genitales o por desconocimiento de cómo estimular directa o indirectamente el glándulo del clítoris.

Con la población en riesgo de MGF, debemos abordar los mismos objetivos de educación sexual, con la adaptación de la metodología, contenidos, lenguaje y ritmo de cada grupo.



El placer se puede abordar desde múltiples parcelas: autoconocimiento, aceptación del esquema corporal propio y de las demás personas, sensibilidad corporal, autoestima, repuesta sexual, fantasías sexuales, conductas sexuales, masturbación, expresión de sentimientos, relaciones afectivas, el juego...

Desde la Educación Sexual se puede conseguir que las personas incluyan el placer como referente válido y prioritario en la escala de valores: el placer es bienestar, el placer es felicidad.

- Desde la perspectiva de la posición de los varones...

Dado el poder de decisión que los hombres tienen en todos los órdenes de la vida, incluida la esfera de la sexualidad, máxime en culturas de estructura sociocultural y económica fuertemente patriarcal, queda un considerable trabajo por delante para equilibrar las relaciones de género. Asegurar la equidad en las relaciones de género es asegurar grados de bienestar individuales y colectivos.

En muchas ocasiones, al hacer referencia a las MGF se escuchan opiniones del tipo: "es cosa de mujeres, ahí los hombres no intervenimos". Los hombres no se sienten responsables de esta práctica. Alegan que las MGF se les practica a las mujeres y lo practican mujeres (Ver capítulo 2 de esta guía).

Sin embargo, los varones no son en absoluto ajenos. Ellos consienten y están inmersos en la lógica de falsos argumentos (ver argumentos para desmontar los mitos en capítulo 2) que mantienen la práctica como forma de control y dominio patriarcal. La dominación masculina tiene importantes anclajes en el control de la sexualidad de las mujeres y en la descendencia patrilineal. La práctica de las MGF se concibe como una fórmula colectiva para vigilar y limitar las vivencias de la sexualidad de las mujeres asegurando control sobre los linajes de parentesco masculinos.

Si se pregunta a estos hombres en calidad de padres: "entonces, si vosotros decidierais que vuestra hija no va a ser cortada, ¿se respetaría esa decisión?", muchos responden, "si yo digo que no se corta a mi hija, entonces no se hace".

Este tipo de posicionamientos demuestran que la práctica puede ser desafiada por los hombres de modo particular, aunque es cierto que la presión colectiva es muy fuerte y difícil de afrontar. Decir NO supone también para los hombres una ruptura con familia y comunidad.

- Desde la importancia de la comunidad y las familias

Si cada persona es portadora de información para sí y transmisora para otras, contando con buenos argumentos es posible que otras familias defensoras de la MGF puedan replantearse su postura, apoyándose y reforzándose para mantenerse en la negativa.

Por otro lado, las personas que migran siguen en contacto con las redes sociales y familiares de sus países de origen y pueden contribuir a modificar ciertas actitudes y costumbres, convirtiéndose en agentes de sus propios cambios y de los de sus culturas. Debemos tratar con todo tipo de familias sobre sexualidad y MGF, y evitar la estigmatización de ciertos colectivos. Impedir que las comunidades se sientan atacadas en sus costumbres culturales y se cierren a la información o argumentos ubicándolos en perspectivas neocoloniales de análisis.

- Desde la perspectiva de las y los profesionales...

En el marco de la orientación y la atención profesional hemos de tener conocimiento científico, argumentos e información útil para que las personas en contra de la práctica puedan ir afrontando las resistencias de ciertos miembros de su entorno familiar y de su comunidad, insistiendo en los contenidos referidos a los efectos nocivos sobre la salud de las niñas y las mujeres. La sexualidad, como hemos visto, tiene un carácter integral para la persona que no sólo afecta a una parte de la vida sino a su conjunto. La educación sexual no ha de ir, por ello, dirigida sólo a “personas susceptibles de riesgo” (de ITS o riesgo de embarazo no planificado). Por otro lado, todas las personas podemos estar expuestas a algún riesgo, con independencia de nuestra práctica erótica y las formas de vivir nuestra sexualidad. Como profesionales, debemos visibilizar y reservar un tiempo para abordar el tema sin necesidad de que haya previamente una demanda o un “una situación de riesgo”, tanto en la esfera de la sexualidad como de las MGF.





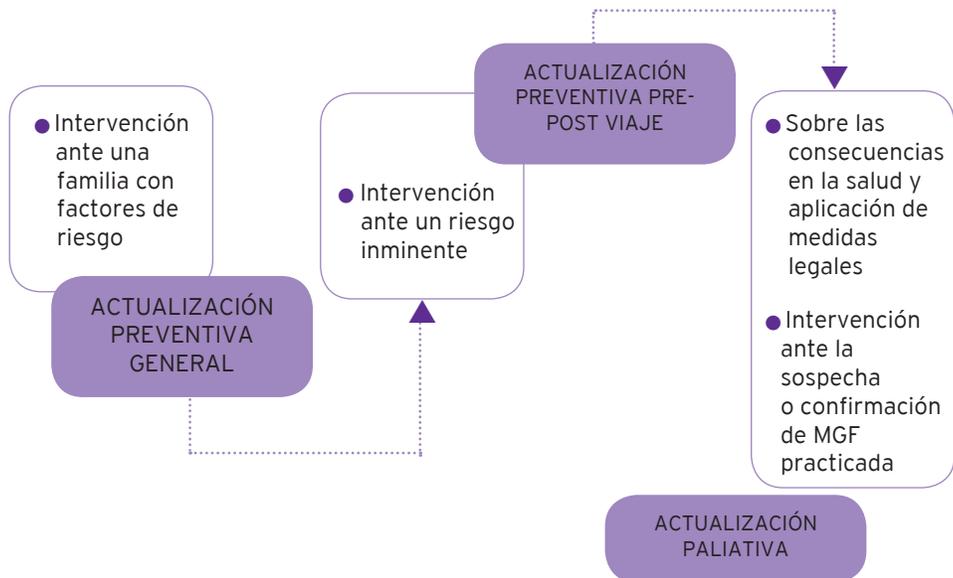
Intervención en los ámbitos
social, educativo y sanitario

Momentos claves que definen la intervención.

Tres momentos van a marcar el tipo de intervención que haremos con las familias de riesgo simultaneando en todos ellos actuaciones basadas en dos pilares:

- La **actuación individual**, dirigida a la persona o familia de riesgo.
- La **actuación colectiva y en red**, coordinada con profesionales y agentes sociales comunitarios que tengan un papel destacado en el proceso preventivo.

Definición de los tres momentos de la intervención



Fuente: Elaboración propia

1. Actuación preventiva general

Esta actuación es la más idónea, permitiéndonos iniciar nuestras intervenciones antes de que se presenten situaciones de riesgo inminente o con hechos consumados, disponiendo del tiempo y la calma necesarios para realizar intervenciones educativas y de sensibilización efectivas.

Identificaremos, en primer lugar, las familias y/o personas que puedan ser proclives a la práctica de las MGF, observando diversos factores.

Factores de riesgo que se conocen

- ✓ Pertener a etnias que practican las MGF⁸².
- ✓ Pertener a una familia en la que alguna de las mujeres de la familia la hayan sufrido.
- ✓ Pertener a un grupo familiar en riesgo y que tenga muy presente el mito del retorno.
- ✓ Discurso de la familia a favor de las MGF.

En caso de existir factores de riesgo, se recomienda un abordaje preventivo con la familia, que puede ser realizado por cualquier profesional especializado en MGF, buscando siempre el momento más adecuado para su realización. Esta intervención constituirá una estrategia a largo plazo.

82- Recordar que la pertenencia a un país o una etnia de riesgo es condición generalmente necesaria pero no suficiente para que la familia quiera mantener la práctica de las MGF. La diversidad en este aspecto es importante: dentro de un mismo país habrá zonas o etnias que sean practicantes y otras que no lo sean. Por otra parte, los matrimonios entre personas de diferentes etnias puede modificar el riesgo de MGF, así como también puede hacerlo el lugar de nacimiento.

Es el momento ideal para trabajar sin prisas y respetando los ritmos de las personas con las que vayamos a intervenir.

2. Actuación preventiva ante riesgo inminente

► Actuación preventiva pre-viaje

Realizaremos esta intervención cuando tengamos constancia de que una familia en riesgo está preparando un viaje al país de origen.

Puede ser un viaje inminente o a corto plazo, y podemos enterarnos directamente porque alguna persona de la familia lo comente o porque la menor narre las previsiones de la familia sobre el viaje e incluso sobre la MGF.

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

En la intervención se valorará el posicionamiento de la familia en relación a las MGF y se le informará sobre las consecuencias para la salud de la niña y de las consecuencias legales. Se le ofrecerá el compromiso preventivo (ver actuación sanitaria ante una situación de riesgo inminente) y, en caso de que se valore la existencia de riesgo de práctica de MGF en el viaje (indicios o posicionamientos a favor de las MGF, no acude a la cita, no firma el compromiso preventivo, etc.), el equipo profesional lo puede comunicar al Servicio de Protección de Menores correspondiente y al Ministerio Fiscal, que podrán poner en marcha el proceso para la adopción de medidas cautelares que lo eviten. En este sentido, se deben conocer los contenidos y mecanismos de las medidas cautelares que están a disposición en nuestro contexto nacional.

Compendio de medidas cautelares

MEDIDAS CAUTELARES PENALES	PROCEDIMIENTO DE JURISDICCIÓN VOLUNTARIA
<p>En todos los procedimientos penales incoados para la investigación de una MGF, el Ministerio Fiscal, la propia menor o cualquier pariente pueden solicitar del Juez de Instrucción competente o el Juez de Guardia, o éstos acordarlas de oficio, diversas medidas cautelares para evitar cualquier perjuicio a la menor, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Prohibición de salida del territorio nacional, salvo autorización judicial previa. b) Prohibición de expedición del pasaporte a la menor o retirada del mismo si ya se hubiere expedido. c) Sometimiento a autorización judicial previa de cualquier cambio de domicilio de la menor. d) La prohibición de aproximación y comunicación del progenitor/es o terceros, cuando resulte necesario para la protección y seguridad de la menor. e) Cualquier otra que sea necesaria a fin de apartar a la menor de un peligro o de evitarle perjuicios en su entorno familiar o frente a terceras personas entre las cuales podría estar la de acordar la suspensión del ejercicio de la patria potestad y/o guarda de la menor o menores afectadas. 	<p>A petición de la menor afectada, de parientes o del Ministerio Fiscal, o de oficio por el Juez de Familia (Juez de Primera Instancia) se podrán acordar medidas de protección de la menor a través del procedimiento de Jurisdicción Voluntaria.</p> <p>Las medidas podrán ser cualquiera de las referidas en el ámbito penal.</p>
CONDENA	
<p>El órgano judicial sentenciador podrá imponer a la persona condenada por un delito de MGF la pena de inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si así lo aconsejara el superior interés de la menor o víctima discapacitada.</p>	

Tabla 21. Fuente: Elaboración propia

Insistimos en que lo ideal es haber iniciado una actuación preventiva general con la familia, de forma que podamos tener ya identificado el posible riesgo y haber iniciado un proceso.

► Actuación post-viaje

Cuando la familia regresa del viaje, en el que se valoró la existencia de riesgo de práctica de las MGF, la intervención profesional debe continuar. Aquí cada profesional jugará un papel diferente pero de igual importancia. Realizaremos, en este momento, **una evaluación de la intervención preventiva**, en la que conversaremos con la familia sobre cómo ha ido el viaje y les preguntaremos directamente por los temas relativos a la salud de las niñas.

Aspectos a tener en cuenta en este momento de la intervención:

- ✓ Es importante asegurarse de que la familia ha asistido a una visita médica para la revisión post-viaje.
- ✓ Si existen sospechas de que algo ha ocurrido, aunque la familia no acuda a nuestra cita, debemos coordinarnos con otros u otras profesionales para contrastar la sospecha.
- ✓ Si no se permite el examen de la niña, se comunicará a la Entidad Pública de Protección de Menores.
- ✓ Si la familia regresa y ha **cumplido el compromiso de no realizar la mutilación genital a la niña es fundamental el refuerzo positivo.**

3. Actuación paliativa: sospecha o confirmación de MGF practicada

Además de prevenir nuevos casos de MGF, es esencial ofrecer orientación y atención a mujeres o niñas que ya la han sufrido. Para ello, y antes de que se dé esta circunstancia, tendríamos que **tener identificadas a las y los profesionales y a los servicios de atención con quien coordinarnos.**

Si tenemos dudas podemos observar en las niñas en riesgo algunos indicadores que pueden hacernos sospechar que las MGF se hayan podido producir.

Indicadores de sospecha

- ✓ Antecedentes de viaje / vacaciones al país de origen
- ✓ Tristeza, retraimiento, falta de interés, miedo
- ✓ Cambios de carácter
- ✓ Palidez mucocutánea
- ✓ Síntomas de anemia subaguda
- ✓ Infecciones de orina reiteradas, sangrados o molestias en la zona genital
- ✓ No realización de ejercicios físicos
- ✓ Absentismo escolar alegando motivos de salud
- ✓ Falta reiterada a las citas médicas de pediatría o enfermería

Cuando detectemos que una menor o una mujer adulta ha sufrido **mu-tilación genital**, a pesar de las actividades preventivas generales y de las actuaciones que hayamos podido realizar, se interviene en **tres ob-jetivos**:

a) Orientación apropiada a los servicios sociosanitarios

Encontraremos situaciones diversas, tantas como casos, porque cada cual tiene sus propias circunstancias. En todas ellas el objetivo es ofrecer una orientación apropiada y adecuada a cada situación.

En ocasiones contactaremos con madres en las que puede existir un sentimiento de culpa al posicionarse contra las MGF en la actualidad pero que, anteriormente, habían practicado MGF a alguna de sus hi-jas. Otras veces son las adolescentes las que suelen sentir que se hallan entre dos culturas con valores diferentes, con sentimientos encontrados en un conflicto de lealtades. Éstas necesitan recibir, en un ambiente de confianza, información sobre todos los aspectos de su salud y de su sexualidad. Por lo que un aspecto fundamental a tener en cuenta por las y los profesionales sanitarios es ofrecer apo-yo psicológico y la posibilidad de derivarlas a los correspondientes servicios de salud y servicios sociales.

Las consecuencias de la práctica de las MGF son para toda la vida. A menudo, el recuerdo de esta experiencia se revive ante las explora-ciones ginecológicas y/o las relaciones coitales. Las MGF marcan a las mujeres de por vida, marcan sus cuerpos, su sexualidad y lo que significa ser mujer.



"...Desde hace más de 3000 años, las familias creen firmemente que una joven a la que no se le ha hecho la ablación es impura porque lo que tenemos entre las piernas es impuro y debe ser extirpado y cerrado después, como prueba de virginidad y virtud. (...) Cuando era una niña, decía que no quería ser mujer. ¿Para qué, cuando sufres tanto dolor y eres tan desdichada? Pero ahora que he madurado, estoy orgullosa de ser lo que soy. Por el bien de todos nosotros intentemos cambiar lo que significa ser una mujer".

Discurso de Waris Dirie ante la ONU, sobre la MGF. 1997

b) Paliar las consecuencias de su práctica

Es muy importante trabajar con mujeres que han sufrido MGF, abordando las posibles consecuencias sobre su salud y paliando las complicaciones derivadas, de etiología y sintomatología múltiple (zonas extirpadas, condiciones en las que se le practicó la mutilación y las complicaciones posteriores, la existencia de cicatrices dolorosas, infecciones, etc.).

En esta dirección, las mujeres mutiladas tienen el derecho de beneficiarse cuanto antes y en la medida de lo posible de una acción terapéutica reparadora del daño causado. La reconstrucción quirúrgica, total o parcial, de los genitales es una posibilidad a la que están optando algunas mujeres para reducir los problemas causados por la mutilación: se espera así recuperar en lo posible la sensibilidad de la zona y facilitar la excitación y el orgasmo. Sin embargo, la reconstrucción de clítoris no ha de hacerse de forma generalizada. Estudios recientes así lo manifiestan por la existencia de posibles complicaciones sin que exista evidencia suficientemente demostrada sobre claros beneficios.



Foto de Mundo Cooperante

En los casos en los que se ha practicado la reconstrucción quirúrgica con un resultado óptimo desde el punto de vista facultativo, las y los profesionales han de tener presente que este hecho no soluciona todos los problemas con la erótica de muchas mujeres. Será preciso hacer una valoración personalizada y siempre en un contexto más amplio de atención a su sexualidad y de educación sexual.

c) Lograr la persecución de los autores o autoras por la jurisdicción española.

La legislación (Ver Anexo I) dispone la obligación de que cualquier profesional, incluido el personal médico, de centros educativos, servicios de bienestar de la infancia, servicios sociales y de salud, escuelas y programas extraescolares de cuidado infantil y comunidades religiosas, denuncie a las autoridades competentes los casos de MGF.

El secreto profesional sobre la información recogida en el desempeño del trabajo queda relegado ante el deber de denunciar/notificar que a una menor de edad se le ha practicado MGF.

En todo caso, **hay que evitar la doble victimización. La denuncia judicial y la actuación policial deben ser el último recurso**, pues revictimiza a las niñas que han sufrido MGF. Primero sufren esta grave violación de sus derechos y después son separadas de sus padres/madres⁸³.

En la consecución de este tercer objetivo, desde ONU-Mujeres⁸⁴ se hacen las siguientes consideraciones legislativas sobre los delitos relacionados con las MGF:

- **No establecer una distinción entre los diferentes tipos de MGF a la hora de fijar las penas aplicables.** Es importante que la ley no establezca distinción entre los distintos tipos de mutilación genital femenina para que todos ellos se consideren y castiguen con igual grado de severidad.
- **Disponer claramente que los acusados de MGF no pueden esgrimir en su descargo el consentimiento de la víctima.** Es esencial que no pueda alegarse el consentimiento como eximente válido ante una acusación de mutilación genital femenina, cualquiera que sea la edad de la superviviente.
- **Tipificar como delito específico el acto de realizar MGF.**

83- III Jornadas Internacionales de UNAF: Mutilación genital femenina: una realidad en Europa, Madrid, 5 y 6 febrero, 2014.

84- Ver Suplemento del manual de legislación sobre la violencia contra la mujer “prácticas perjudiciales contra la mujer”. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales División para el Adelanto de la Mujer, integrado actualmente en ONU-Mujeres. Naciones Unidas Nueva York 2011. <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Supplement-to-Handbook-Spanish.pdf>

- Disponer que se impongan a los autores las penas más severas aplicables en los casos de delitos contra la infancia.

La legislación internacional y nacional en relación a las MGF está recogida en el Anexo I de esta guía.

Resumen de actuaciones a realizar en cada momento de la intervención

ACTUACIONES CENTRALES		
FACTORES DE RIESGO	ACTUACIONES A REALIZAR	
ACTIVIDAD PREVENTIVA GENERAL (Intervención ante una familia con factores de riesgo)	<ul style="list-style-type: none"> • País y etnia de riesgo • Familia que practica la MGF 	INTERVENCIÓN PREVENTIVA GENERAL
INTERVENCIÓN ANTE UN RIESGO INMINENTE	PRE-VIAJE <ul style="list-style-type: none"> • Familia de riesgo • Previsión de viaje y de práctica de MGF 	TRABAJO EN RED. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL
	POST-VIAJE <ul style="list-style-type: none"> • Regreso de la familia y no acude a la cita y al centro de salud 	EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA: <ul style="list-style-type: none"> • La familia ha pasado por el centro de salud para la revisión post -viaje. • Si existen sospechas, coordinamos con otros profesionales para constatar la sospecha. • Si la familia ha cumplido el compromiso, asegurar el refuerzo positivo.
INTERVENCIÓN ANTE LA SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA	ACTUACIÓN SOBRE CONSECUENCIAS EN SALUD Y LEGALES Si la MGF ha sido practicada, para abordar las posibles consecuencias y paliar las secuelas en la medida de lo posible	

Tabla 22. Fuente: Elaboración propia

Ámbitos de actuación: sanitario, social y educativo

Tres ámbitos de intervención -sanitario, social y educativo- van a ser abordados de manera prioritaria en las actuaciones ante las MGF. A continuación, detallamos unas indicaciones específicas de estos tres ámbitos, diseñadas tanto para profesionales de servicios públicos (centros de salud, servicios sociales municipales generales y especializados, centros educativos...), como para profesionales del tercer sector que atienden en sus servicios a familias en riesgo.

a) Ámbito social

Desde el ámbito social se juega un papel fundamental en la prevención general de las MGF y en la detección de situaciones de riesgo inminente (englobamos a profesionales de la intervención social que atienden a familias en riesgo, independientemente de su especialización).

Fortalezas de actuación desde el ámbito social:

Algunas ventajas con las que cuentan las y los profesionales que realizan intervenciones de prevención de las MGF desde este ámbito son:

- ✓ El **trabajo directo** con familias de riesgo y el acceso a la información de fuentes primarias.
- ✓ Los servicios desde los que se interviene generalmente no son de **atención** puntual, de forma que las entrevistas de seguimiento permiten establecer vínculos y relaciones de confianza con la familia y trabajar de forma paulatina y **continuada**.

Se facilita así el marco para la intervención general preventiva, además de las actuaciones ante la detección de casos de riesgo inminente.

Premisas generales de las que partimos:

- ✓ Hay un plan estratégico y un programa operativo a partir del cual implementar las actuaciones.
- ✓ La coordinación con los Estados, servicios públicos y tercer sector implicados.

El papel de la mediación intercultural:

La mediación, en cualquier ámbito profesional, es de extrema relevancia y, en el ámbito social, juega un papel cada vez más destacado por su efectividad y eficacia.

Es muy importante que el equipo de trabajo cuente con profesionales de mediación intercultural procedentes de los contextos socioculturales de la población con la que se desarrolla el trabajo. Son profesionales con formación en migración, mediación e interculturalidad y gozan de influencia entre la población que comparte su mismo origen.

La situación idónea sería contar con un grupo de mediadoras y mediadores interculturales, con formación en sexualidad y en prevención de las MGF, con una metodología común y que puedan participar en nuestras actuaciones. Nos acompañará en cada caso la mediadora o el mediador cuyas características se aproximen más a las personas destinatarias de cada intervención. Será importante conocer los recursos que tenemos en la zona y la posibilidad de contar con su colaboración.

La mediación, a cargo de personas de los mismos lugares de origen o próximos, no sólo mejora la comunicación, sino que también aporta claves culturales necesarias y útiles en la intervención, tanto para las personas migrantes como para las y los profesionales.

ÁMBITO SOCIAL: ACTUACIONES RECOMENDADAS

	IDENTIFICACIÓN	ACTUACIÓN	CONTENIDOS DE ACTUACIÓN
ACTIVIDAD PREVENTIVA GENERAL Intervención ante una familia con factores de riesgo	País y etnia de riesgo	Acercamiento al tema con la familia	En qué consiste la MGF en su zona (ritual, tradición de los mayores...).
	Familia que practica la MGF	Proporcionar información básica sobre MGF Seguimiento de la persona o familia Coordinación en red con otros y otras profesionales	Si en su familia la han practicado. Si conocen a alguna mujer a la que se le haya realizado. Información sobre las consecuencias que tiene para la salud de las mujeres y las niñas, etc. Información sobre las consecuencias legales: nos interesa averiguar si en su país está prohibida esta práctica y si conocen lo que dice la ley española al respecto.
INTERVENCIÓN ANTE UN RIESGO INMINENTE	PRE-VIAJE Familia de riesgo	Entrevista con la familia	Preparar a las familias para este momento.
	Previsión de viaje y de práctica de MGF	Coordinación con servicios sociales y centro de salud Seguimiento de la persona o familia	Si ya se ha iniciado la actividad preventiva general reforzaremos la información. Le hablaremos del compromiso preventivo.
	POST-VIAJE	Evaluación de la intervención preventiva Revisión post-viaje centro de salud	Refuerzo positivo al compromiso de no mutilación
INTERVENCIÓN ANTE LA SOSPECHA Y/O CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA		Confirmar sospechas de MGF Entrevista con la familia Coordinación con los servicios sociales y comunicación al centro de salud Seguimiento del caso	Prestar una especial atención a las consecuencias que las mujeres puedan sufrir y esforzarnos por buscar conjuntamente una solución.

Tabla 23. Fuente: Elaboración propia

Recomendaciones de actuación para profesionales de la mediación intercultural y puntos a tener en cuenta en la intervención

- Las personas a quienes nos dirigimos han de entender bien de qué organización venimos y sobre qué vamos a hablar.
- Es importante transmitir que lo hablado en la entrevista, taller o actuación concreta que se realice es totalmente confidencial.
- Si queremos pedir algo porque creemos que va a facilitar la conversación, lo mejor es formular la petición claramente, por ejemplo: "Me gustaría hablar con ella a solas" o "¿Te importa que hablemos nosotras a solas?"...
- Es conveniente formular distintas preguntas para saber qué piensan en realidad las personas o familias y qué información podemos aportar que les permita reconsiderar su postura, por ello es aconsejable animar a la persona a expresarse y mostrarle respeto.
- Es primordial empatizar con la otra persona. Podemos comenzar transmitiendo que sabemos de la importancia de esta práctica en su cultura y, posteriormente, ir introduciendo la idea de que es una práctica perjudicial.
- Si consideramos que la primera entrevista no ha sido suficiente para motivar a la familia a rechazar la práctica, podemos facilitar posteriores encuentros, intentando que se den circunstancias más favorables.
- Intentar derivar posibles preguntas, dudas o necesidades de la mujer o la familia a cada profesional correspondiente (personal sanitario, profesionales de la abogacía, del trabajo social, del sindicato...) y a los recursos adecuados. Esto puede facilitar que se legitime nuestra figura al servir de ayuda en otros asuntos.
- Si la conversación con la persona o la familia ha sido extensa y se ha intercambiado mucha información, es necesario realizar, al final de la entrevista, una síntesis para recoger los aspectos fundamentales tratados.
- A las personas o familias que se muestren a favor de las MGF les podemos ofrecer algún tipo de acuerdo como, por ejemplo, que durante un tiempo reflexionen sobre la información que les hemos facilitado y que nos volveremos a poner en contacto para tratar de nuevo la cuestión.

Agradecer el tiempo prestado, la dedicación y la atención.

b) **Ámbito educativo**

Dentro del ámbito educativo incluimos a profesionales de la educación formal y no formal.

Fortalezas de actuación desde el ámbito educativo:

- ✓ Las personas que trabajan en este ámbito desempeñan un papel muy relevante en la prevención de las MGF al realizar un trabajo directo con la población de mayor riesgo: las niñas.
- ✓ Dentro de los contenidos no prescriptivos del currículo se puede incluir la reflexión y el debate sobre las Prácticas Tradicionales Positivas y Negativas.
- ✓ El contexto de la educación no formal permite generar relaciones de confianza y vínculos con las menores, de manera que facilita una comunicación fluida y el abordaje de gran diversidad de temas que afectan a la menor.
- ✓ La promoción de la investigación académica/universitaria sobre el patrimonio cultural y las Prácticas Tradicionales.

Premisas generales de las que partimos:

- ✓ Es obligación de la comunidad educativa la protección y defensa de la población escolar en riesgo.
- ✓ Es primordial que cada profesional de la educación que trabaje con población en riesgo tenga formación en MGF, con competencias para la detección y para poder informar y sensibilizar a las familias sobre las consecuencias físicas y legales que conlleva esta práctica.



UNAF. Cursos a profesionales. Fatou Secka. Foto: José Fernando García, imagenenaccion.org

- ✓ Es necesario poner en marcha medidas de coordinación para los tres momentos de la intervención (ver pág. 129). Si una niña en riesgo tiene previsto viajar a su país de origen o al de la familia, y se trata de una niña que ha nacido en España, estaremos ante un momento de riesgo inminente. Un indicio más que nos debe alertar es la declaración de la niña de que le van a ofrecer una fiesta de bienvenida. En este caso la coordinación con el resto de profesionales (servicios sociales y sanitarios) es imprescindible, antes y después del viaje.

AMBITO EDUCATIVO: ACTUACIONES RECOMENDADAS

	IDENTIFICACIÓN	ACTUACIÓN	CONTENIDOS DE ACTUACIÓN
<p>ACTIVIDAD PREVENTIVA GENERAL</p> <p>Si el profesorado detecta menores con factores de riesgo, un primer paso es poner en conocimiento del tutor o la tutora de dichas menores esta situación</p>	<p>País y etnia de riesgo</p> <p>Familia que practica la MGF</p>	<p>Contacto con la familia de riesgo.</p> <p>Aspectos generales e información básica sobre las MGF (riesgos para la salud, Implicaciones legales...)</p> <p>Seguimiento de la niña.</p> <p>Coordinación en red (centro de salud, técnico o técnica de infancia, servicios sociales de la zona).</p>	<p>El tutor o tutora proporcionará información sobre los riesgos que para la salud de las niñas conlleva la MGF así como de las implicaciones legales de su práctica, tanto en España como en el país de origen.</p> <p>Si se encuentran actitudes favorables a esta práctica, se pondrá en conocimiento de los o las trabajadoras sociales de los servicios municipales, de manera que se desarrolle desde un primer momento un trabajo en red y pueda llegar a establecerse en pediatría un seguimiento más específico, dentro del Programa de Salud Infantil.</p>
<p>INTERVENCIÓN ANTE UN RIESGO INMINENTE</p> <p>Ante un riesgo inminente (viaje de vacaciones a su país de origen, comentarios de los familiares o de la niña...)</p>	<p>PRE VIAJE</p> <p>Familia de riesgo</p> <p>Previsión de viaje y de práctica de MGF</p> <p>POST VIAJE</p>	<p>Entrevista con la familia</p> <p>Coordinación con servicios sociales y centro de salud</p> <p>Seguimiento de la persona o familia.</p>	<p>Se proporcionará una vez más (o por primera vez si se da el caso) información a la familia sobre los riesgos para la salud y las implicaciones legales de la MGF.</p> <p>El tutor o tutora pondrá esta situación en conocimiento del equipo directivo del centro, que a su vez contactará con los servicios sociales de la zona.</p> <p>También se comunicará al centro de salud, que se encargará de realizar una intervención para informar y promover la firma del compromiso preventivo.</p> <p>Cuando la niña haya regresado del viaje, habrá que ponerse en contacto con los servicios sociales de la zona y con el centro de salud correspondiente para poner en conocimiento el retorno de la niña.</p> <p>Si además todo ha ido bien será importante el refuerzo positivo a la familia.</p>
<p>INTERVENCIÓN ANTE LA SOSPECHA Y/O CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA</p>		<p>Coordinación con el centro de salud para revisión</p> <p>Informar a los servicios sociales de la zona</p>	<p>Debe actuarse con mucha cautela, prudencia y, sobre todo, confidencialidad. Es decir, evitar hacer saltar falsas alarmas que nos lleven a realizar una intervención precipitada.</p> <p>Si se diera esta situación, nos pondríamos en coordinación con el centro de salud para que desde allí, en caso de que no haya acudido aún, se citara a la niña para un examen de salud en pediatría. Si la familia se niega a acudir al centro de salud, desde la dirección del colegio se informará a los servicios sociales de la zona.</p>

Tabla 24. Fuente: Elaboración propia

c) **Ámbito sanitario**

Este apartado está destinado a los y las profesionales del ámbito sanitario que atienden a personas en riesgo de Mutilación Genital Femenina, independientemente de que ejerzan su labor en Atención Primaria (AP) o en Atención Especializada (AE).

1. Profesionales implicados en AP: pediatras y enfermeras de pediatría, matronas y personal de medicina y enfermería de familia.
2. Profesionales implicados en AE: personal médico y de enfermería de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Salud Mental, Urgencias y Urología.
3. Otros profesionales implicados: personal de los centros de vacunación internacional y personal administrativo/admisión.

El marco lógico de actuación ante las MGF debe vertebrarse a lo largo de los siguientes programas⁸⁵:

- Programa de Salud Infantil (PSI) / Programa de Salud Adolescencia-Juventud⁸⁶
- Programa de Actividades Preventivas en Salud Sexual y Reproductiva
- Programa de la Mujer
- Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix
- Programa de Vacunación Internacional

85- Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015.

86- Programas de Salud Adolescencia-Juventud puedan existir en algunas CCAA

Fortalezas de actuación desde el ámbito sanitario:

- ✓ La Atención Primaria, por su **proximidad** con las familias y por el abordaje diacrónico de los problemas de salud a lo largo de la vida, es uno de los entornos mejor ubicados para el planteamiento inicial de las MGF desde una perspectiva preventiva. El trabajo se realiza tanto con las personas adultas (madre, padre u otros familiares o personas responsables de la menor) como con las niñas y adolescentes.
- ✓ Las actividades realizadas a través de las consultas programadas permiten generar **confianza** y vínculos con la familia para ir trabajando el tema progresivamente, facilitándose así el marco para la intervención general preventiva.
- ✓ El personal sanitario tiene la oportunidad de **aprovechar cualquier encuentro** con el padre o la madre de la niña que pueda estar en riesgo para empezar a plantear el tema. De manera general, hay que preguntar por las MGF con naturalidad, como un tema más de la salud y de la historia reproductiva de la mujer, después de establecer una relación de confianza con la paciente o la familia.
- ✓ Los servicios sanitarios tienen la función específica de **valorar el grado de afectación** física, psíquica y sexual derivados de las MGF. Tras esta valoración se iniciará el **control y seguimiento** médico y psicológico correspondientes.



UNAF. II Jornadas Internacionales MGF. Foto: Fernando Villoro, imagenenaccion.org

Premisas generales de las que partimos:

Para profesionales sanitarios, independientemente del servicio al que se pertenezca, es importante hacer especial hincapié en la **prevención** y en la **detección** de mujeres y/o niñas en riesgo por una parte, y en la **valoración** y **tratamiento** de las posibles complicaciones, por otra.

Para ello:

- ✓ El personal sanitario, esencialmente el de ginecología y obstetricia, así como las matronas y los profesionales de medicina de familia y pediatría deben recibir **formación** en MGF y específica del ámbito clínico, que les capacite para identificar la existencia de las MGF. Por ejemplo, la gestión del embarazo y del parto en mujeres o niñas que han sufrido MGF debe incluirse en las actividades de capacitación de matronas, médicos, médicas y otras u otros asistentes cualificados para la atención del parto⁸⁷.

87- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Comité sobre los Derechos del Niño, Recomendación General 31 / Observación General 18 (2014) sobre prácticas nocivas.

- ✓ Deben **identificar la población de riesgo** asignada a su centro de trabajo.
- ✓ Es preciso establecer **medidas de coordinación** para los casos de riesgo, especialmente entre los servicios de ginecología y de pediatría.
- ✓ La **historia clínica** permite dejar constancia de las acciones realizadas por el personal sanitario ya que se registra la existencia o no de MGF, si la madre está mutilada o no, el posicionamiento de la familia y las actividades realizadas en relación a la prevención. Estos datos podrían quedar reflejados en el documento de salud infantil donde constan los datos del embarazo, parto y recién nacido/a.

Actuación preventiva desde el ámbito sanitario:

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

El personal médico y de enfermería puede ofrecer información sobre las consecuencias que esta práctica tienen en la salud física, psíquica y sexual, a corto, medio y largo plazo así como sobre las implicaciones legales. En la primera o primeras citas nos interesaremos por su país de origen, su etnia, sus hijas e hijos, el tiempo de residencia en España, etc., registrando toda la información. Una vez se ha creado una relación de confianza podremos orientar la historia clínica hacia las MGF, así como a

sus complicaciones y secuelas, eligiendo cuidadosamente la terminología, evitando connotaciones que culpabilicen o que denoten rechazo, y asegurando a la mujer la confidencialidad y la intimidad⁸⁸.

Una de las dificultades encontradas es que las mujeres no suelen asociar los problemas de salud y de sexualidad con las MGF. Este hecho obliga a realizar una búsqueda activa de los síntomas y dar información sobre los efectos y consecuencias en su salud de las MGF. Es importante relacionar siempre los problemas ginecológicos derivados de la mutilación genital para que puedan valorar y replantearse la postura ante la práctica cuando llegue el momento de decidir sobre sus hijas.

Pautas de actuación ante una situación de riesgo inminente:

- El personal sanitario citará a la menor a una consulta programada, en la que se ofrecerá información a la familia sobre las MGF, consecuencias para la salud, consecuencias legales, etc., con un nivel de profundidad según la actuación preventiva general previa que se haya realizado.
- Se valorará el estado de salud de la menor.
- El personal sanitario ofrecerá a la familia la firma del ***compromiso preventivo***, en el que constará la integridad de los genitales de la niña.
- El ***compromiso preventivo*** es un documento que firman los padres y/o las madres, antes de viajar, manifestando su decisión de no practicar las MGF y proteger a sus hijas. Sirve de fortalecimiento de su decisión de no realizar la práctica, de apoyo en esta decisión frente a las presiones de la familia y/o el grupo en los lugares de origen y también para

88- Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina del Sistema Nacional de Salud. 2015.

verificar el trabajo realizado por parte de las y los profesionales. No es un fin en sí mismo, sino una medida más del proceso de prevención que garantice que la familia ha recibido la información para tomar una decisión y posicionarse en relación a la práctica de las MGF. Este documento es propiedad de la familia que lo ha de firmar **voluntariamente**, incluyendo una copia en su historia clínica que será tratado con la misma garantía de confidencialidad. En el Anexo II se recoge un modelo de este *compromiso preventivo*.

- Se programará una consulta con pediatría al regreso del viaje para valorar la actuación preventiva realizada, el estado de salud de la niña y verificar que no ha sido mutilada.
- En caso de que se valore la existencia de riesgo de practicar MGF en el viaje (indicios o posicionamientos a favor de las MGF, no acude a la cita, no firma el *compromiso preventivo*, etc.), el equipo profesional lo puede comunicar al Servicio de Protección de Menores correspondiente y al Ministerio Fiscal, que podrán poner en marcha el proceso para la adopción de medidas cautelares que lo eviten (ver pág. 142).

DetECCIÓN Y TRATAMIENTO

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

Si en la revisión médica se constata que una MGF ha sido practicada, el equipo sanitario tiene la función específica de **valorar el grado de afectación** física, psíquica y sexual. Además, se debe informar a la mujer, con imágenes, fotos, modelos anatómicos, etc., de en qué consiste la práctica y las posibles consecuencias para su salud.

Se realizará una exploración, con el permiso de la mujer y explicándole lo que se va a hacer, para ver el tipo de MGF y posibles consecuencias (desgarros, cicatrices, etc.). Las complicaciones encontradas se derivarán al servicio especializado correspondiente. La información obtenida se registrará en la historia clínica y, en caso de que tenga hijas, se comunicará a pediatría, enfermería, trabajo social y profesionales de referencia de la niña. Se hará un seguimiento de todo el proceso de la mujer, en coordinación con el equipo especializado.

Es obligatorio emitir el correspondiente “parte de lesiones” al juzgado. Además, en el caso de menores de edad, se recoge el modelo de “**Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**”, que debe remitirse a la Entidad Pública de Protección de Menores.



Las y los profesionales sanitarios son el único personal profesional que puede certificar el *compromiso preventivo* y confirmar o descartar la existencia de una MGF.

Seguimiento

Es necesario explicar claramente todos los controles y exploraciones que se vayan a realizar, pues una MGF puede interferir, por ejemplo, en la realización de algunas exploraciones, como en el caso de las ecografías transvaginales. Si se trata de una MGF de tipo I o II, se debe tranquilizar a la gestante en cuanto a las posibles complicaciones motivadas por esta situación durante el parto. Se debe evaluar la elasticidad de los tejidos de la zona, considerando la posibilidad de episiotomía medio-lateral sólo en caso de necesidad.

En el caso de MGF tipo III, es posible que el introito, periné y tercio inferior de la vagina estén rígidos, lo que impedirá una correcta exploración.

En estos casos se plantea la desinfibulación. Ésta se realiza siempre que la mujer infibulada firme el **consentimiento informado**, mediante el cual explicita su consentimiento, tras haber sido informada con detalle del motivo de la intervención y de los beneficios de la madre en el desarrollo del parto y la salud de su bebé, así como los efectos positivos en la micción, la menstruación y en sus relaciones sexuales coitales.

Por razones de seguridad, el mejor momento para realizar la desinfibulación es entre las semanas 20 y 28 de la gestación; si esto no fuera posible, se lleva a cabo en el momento del parto. Hay que dejar claro a la mujer que no se realizará una re-infibulación después del parto.

ÁMBITO SANITARIO: ACTUACIONES RECOMENDADAS

ACTIVIDAD PREVENTIVA GENERAL. INTERVENCIÓN ANTE UNA FAMILIA CON FACTORES DE RIESGO

IDENTIFICACIÓN	ACTUACIÓN	CONTENIDOS DE ACTUACIÓN
País y etnia de riesgo	Prevención sistemática	Se realiza dentro del marco del PSI que comprende edades que van desde el nacimiento hasta los 14 años. También puede ser realizada en las consultas de la matrona, tanto en atención primaria como en atención especializada con los controles del embarazo y de planificación familiar. Un buen momento para la prevención suele ser el embarazo y después del parto.
Familia que practica las MGF	Prevención oportuna	Se aprovecha la oportunidad de atender alguna complicación derivada de las MGF ya realizadas para hablar del tema y ofrecer información y apoyo. Aprovechar la consulta previa a un viaje al país de origen.
	Prevención comunitaria	Su objetivo es informar y sensibilizar a la comunidad mediante la colaboración del personal sanitario en talleres, cursos, actividades en los centros educativos, etc.

INTERVENCIÓN ANTE UN RIESGO INMINENTE

IDENTIFICACIÓN	ACTUACIÓN	CONTENIDOS DE ACTUACIÓN
<p>PRE-VIAJE</p> <p>Familia de riesgo</p>	<p>La familia acude a valoración en la Unidad de Pediatría</p>	<p>Preparar a la familia. Citaremos a la niña a una consulta programada donde valoraremos su estado de salud, repasaremos las consecuencias físicas que podría tener la realización de MGF a su hija, las consecuencias legales para la familia y la presión familiar que se pueden encontrar. A continuación, les ofreceremos la firma del COMPROMISO PREVENTIVO (si no se firma hay que notificarlo al Dpto. Menores - CCAA). Y daremos una cita de revisión a la vuelta.</p>
<p>Previsión de viaje y de práctica de MGF</p>	<p>La familia NO acude a valoración en la Unidad de Pediatría</p>	<p>En este caso es importante el trabajo en red, principalmente la comunicación con los Servicios Sociales, para alertar sobre el caso y localizar a la familia para que acudan al centro de salud.</p> <p>Una vez localizada se procederá a realizar lo expuesto en las líneas anteriores. En caso de no acudir se notifica al Dpto. de Menores - CCAA.</p>
<p>POST-VIAJE</p> <p>Para evaluar la actuación preventiva</p>	<p>La familia acude a valoración en la Unidad de Pediatría</p>	<p>Hablar con la familia para intercambiar impresiones sobre el viaje y preguntar por "qué ha ocurrido respecto a la MGF".</p> <p>Realizar un examen de salud completo, incluyendo la exploración de los genitales.</p> <p>Si la familia no ha mutilado a sus hijas, trabajaremos el refuerzo positivo.</p>
	<p>La familia NO acude después del viaje a valoración en la Unidad de Pediatría</p>	<p>En este caso es importante el trabajo en red, principalmente la comunicación con los Servicios Sociales y educativos, para alertar sobre el caso y localizar a la familia para que acudan al centro de salud.</p> <p>Una vez localizada se procederá a realizar lo expuesto en las líneas anteriores.</p> <p>En caso de no acudir se comunicará al Dpto de Menores.</p>

INTERVENCIÓN ANTE LA SOSPECHA Y/O CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA

IDENTIFICACIÓN	ACTUACIÓN	CONTENIDOS DE ACTUACIÓN
Indicadores de sospecha de que se pueda haber practicado MGF	Incumplimiento injustificado a las visitas de la consulta pediátrica	<p>La comprobación de las MGF sólo se podrá realizar en un centro sanitario porque es aquí donde se puede proceder a la realización de un examen de salud completo.</p> <p>Si se confirma las MGF, el primer objetivo será valorar el grado de afectación física y psicológica ocasionado y proponer las medidas paliativas oportunas incluyendo, si fuera necesario, la cirugía reparadora.</p> <p>Emitir parte de lesiones y poner en conocimiento de la autoridad competente.</p>

Tabla 25. Fuente: Elaboración propia



Foto: Mundo Cooperante



UNAF: nuestra experiencia

Buenas prácticas para la erradicación de la MGF

La intervención en MGF demanda hacer un ejercicio permanente de reflexión y evaluación de nuestra práctica profesional y organizativa. Para el logro de nuestros objetivos es necesario también aprender unas entidades de otras, tejer sinergias y aunar esfuerzos. En esta dirección, la puesta en valor y visibilización de las iniciativas en materia de MGF con acciones sistemáticas, eficaces, eficientes, sostenibles y flexibles, puede guiar nuestra intervención y facilitar la mejora de los procesos. Así, se conforma una potente estrategia para el refuerzo y la generalización de las mismas.

BUENAS PRÁCTICAS EN UNESCO PROGRAMA MOST ⁸⁹ (Management of Social Transformations)	
¿Qué se considera buena práctica?	¿Por qué es importante identificar, reunir y difundir las buenas prácticas?
1. Innovadoras, desarrollan soluciones nuevas y sencillas.	Permiten aprendizajes compartidos.
2. Efectivas, demuestran un impacto positivo y tangible sobre la mejora.	Facilitan y promueven soluciones innovadoras, exitosas y sostenibles a problemas comunes.
3. Sostenibles, por sus exigencias sociales, económicas y medioambientales pueden mantenerse en el tiempo y producir efectos duraderos.	Permiten tender puentes entre las soluciones empíricas efectivas, la investigación y las políticas.
4. Replicables, sirven como modelo para desarrollar políticas y actuaciones en otros lugares.	Proporciona orientaciones excelentes para el desarrollo de iniciativas nuevas y la definición de las políticas.

Tabla 26. Fuente. Elaboración propia

89- Para ampliar contenidos del blog en: <http://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/>

La progresiva llegada de población migrante a España, proveniente de países o etnias que practican las MGF, unido a la deficiencia en información, formación y habilidades técnicas sobre ésta de gran parte de profesionales de nuestro país, ha generado la necesidad de llevar a cabo, de un lado, programas de formación y sensibilización y, de otro, la participación en protocolos de intervención en el ámbito de la salud, de los servicios sociales, de los centros educativos, de seguridad, entidades o asociaciones. UNAF ha sido precursora en estos ámbitos de actuación, tanto en campañas de información como en acciones de sensibilización a diferentes poblaciones objetivo, y de formación para profesionales y familias en riesgo.

UNAF, pionera en la transferencia de conocimientos a profesionales y poblaciones en riesgo de MGF, con acciones que han supuesto una maduración organizativa y profesional para la entidad en este ámbito, acumula también la experiencia profesional de otras entidades sociales con las que compartimos los objetivos de erradicar las MGF, desde un enfoque basado en derechos (EBD) y desde el respeto a los derechos humanos individuales y colectivos.

Programa de prevención e intervención ante la mutilación genital femenina

Con el apoyo del Ministerio de Empleo y Seguridad Social a través del Fondo Europeo de Asilo, Migración e Integración (FAMI), la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) puso en marcha, en 2011, **un nuevo programa para prevenir las MGF entre la población migrante que reside en España**, que se ha ido renovando anualmente desde entonces.

El programa tiene como **objetivo desarrollar una intervención, lo más global posible, que incluya la concienciación, información y sensibilización de profesionales y órganos de gobierno respecto a las MGF**,

y el trabajo con población migrante en riesgo de mutilación genital o ya con ella. Así, la UNAF ofrece múltiples actividades gratuitas, orientadas tanto a las comunidades que llevan a cabo esta práctica, como a profesionales que trabajan indirectamente o directamente con ellas. Las principales actividades del programa son:

Talleres de prevención de las MGF con población migrante.

Dirigidos a personas migrantes, tienen una duración aproximada entre dos y tres horas, según la disponibilidad de las personas asistentes y/o de la entidad con la que se organizan. Mantienen un enfoque de acercamiento progresivo a esta temática, con una metodología activa y participativa, ajustando los contenidos a las características de cada grupo de intervención. Se realizan en cualquier punto de España sin ningún coste para la personas destinatarias o la entidad con la que se organizan. Aunque se trabaja por separado con mujeres y con hombres, los talleres están destinados a personas migrantes de ambos sexos.



Taller de prevención de las MGF de UNAF

Cursos de formación para profesionales de prevención e intervención ante las MGF.

Las y los profesionales de los ámbitos sanitario, social y educativo tienen un importante papel en la prevención de esta práctica y también en la intervención con mujeres y niñas a quienes se les ha practicado la mutilación genital. Esta formación tiene como objetivo capacitar a profesionales para la detección de situaciones de riesgo y la inclusión en sus prácticas de protocolos y medidas de prevención y atención a las MGF.

Los cursos se plantean con una duración de entre cuatro y ocho horas, se llevan a cabo en cualquier localidad del país y pueden concurrir entre 20 y 30 participantes. Son totalmente gratuitos para las personas destinatarias y las entidades con quienes se organizan. Incluyen la entrega de materiales y documentación referentes a la temática tratada.



Formación de profesionales por UNAF

Cursos de formación para mediadores y mediadoras interculturales procedentes de los lugares de origen en los que se mantiene la práctica de las MGF. Estos mediadores y mediadoras son claves para facilitar la comunicación en los talleres formativos, cumpliendo una función esencial como intérpretes del idioma, y sobre todo aportando claves culturales e información útil en el trabajo para la erradicación de las MGF que se lleva a cabo tanto con la población migrante, como con las y los profesionales.

La formación tiene como objetivo su capacitación para desarrollar las labores de mediación, con conocimientos específicos sobre MGF, incluyendo contenidos relacionados con la prevención, la atención, la salud en general y la salud sexual en particular, así como estrategias de actuación y de educación entre pares. Los cursos son gratuitos y se desarrollan a lo largo del año atendiendo las necesidades y la disponibilidad de los y las posibles participantes.



UNAF Cursos profesionales. Foto: José Fernando García, imagenenaccion.org

Cursos on-line sobre prevención e intervención ante las MGF para profesionales. Su objetivo es llegar al mayor número de profesionales, especialmente a quienes tienen dificultades para acceder a la formación presencial. Esta metodología facilita el acceso a profesionales de todo el ámbito estatal. La participación en el curso es continua, a través de ejercicios prácticos y en foros, con una duración de 30 horas para un máximo de 30 participantes y es totalmente gratuita.

Comunicación online y redes sociales para la difusión de los contenidos del programa con el objetivo de visibilizar, sensibilizar e informar específicamente sobre acciones relacionadas con la prevención e intervención ante la MGF en todo el mundo. El programa cuenta con un blog “Salud Sexual en Clave Cultural”⁹⁰, una página de Facebook Prevención Mutilación Genital Femenina, una cuenta de Twitter: @saludsexcultura. Se realiza también un trabajo de difusión a través de medios de comunicación y se participa anualmente en campañas internacionales como “19 Días de activismo para la prevención de abuso y violencia contra infancia y juventud. Fundación Cumbre Mundial de la Mujer”⁹¹.



Blog “Salud Sexual en Clave Cultural” UNAF

90- Para ampliar contenidos del blog en: <http://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/>

91- UNAF forma parte de las organizaciones que se suman a la campaña. Más informaciones en <http://19days.woman.ch> y en <http://www.you-thengage.com/>

Jornadas sobre prevención e intervención ante las MGF. Con motivo del Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina (6 de febrero), desde el año 2012 UNAF viene celebrando anualmente unas jornadas que constituyen un destacado espacio formativo para el público profesional sobre una materia tan compleja como son las MGF. Se busca abordar el tema de las MGF tanto desde la realidad de nuestro país como desde lo que sucede en los lugares de origen y en otros espacios internacionales. Desde el enfoque de derechos humanos, se trata de abordar el marco teórico llevándolo a la práctica, promover el conocimiento y el intercambio de buenas prácticas, reflexionar sobre el papel de los distintos agentes sociales y fortalecer el trabajo en red y las alianzas.

Para ello se cuenta con la colaboración de diversas entidades, personas expertas, profesionales y activistas internacionales de primera línea que trabajan en la prevención y erradicación de la Mutilación Genital Femenina tanto a nivel nacional como internacional.

Las jornadas constituyen además de un espacio formativo y de intercambio entre entidades implicadas en los mismos objetivos, un lugar estratégico donde se gesta el marco propiciatorio para la incidencia política que se precisa para que el cambio sea más efectivo.

Los temas que se han tratado en las jornadas de UNAF celebradas hasta la publicación de esta guía han sido: I Jornadas de prevención e intervención ante la MGF (2012), II Jornadas Internacionales sobre MGF: una mirada profesional (2013), III. Jornadas Internacionales sobre MGF: Una realidad en Europa (2014); IV. Jornadas Internacionales sobre MGF: Respuestas para la prevención y la erradicación (2015); V. Jornadas Internacionales MGF. El reto de la comunicación: construyendo conjuntamente un discurso transformador (2016)⁹².

92- Los videos de las intervenciones en las jornadas están disponibles en la página web de UNAF. www.unaf.org



1 y 2. V y IV Jornadas Internacionales MGF (2014-2015). Eliza Anyangwe (izda). Khady Koita (drcha.)



3- V Jornadas Internacionales MGF.



4- Adriana Kaplan.



5- III Jornadas Internacionales MGF 2014.



6- V Jornadas Internacionales MGF 2016.

Fotos imagenaccion.org por: 1, 3 y 6. José María Carrillo, 2. Ana Irigoyen, 4 y 5. Rafael Muñoz

Material de sensibilización. UNAF es pionera y cuenta con una larga trayectoria en la elaboración de materiales de formación y sensibilización para la prevención de la Mutilación Genital Femenina dirigidos a profesionales y a población migrante, que actualiza de manera continua y distribuye gratuitamente en todas las formaciones. Los materiales se publican en versión impresa y online, y están accesibles también de forma gratuita en la página web de UNAF. El programa incorpora la elaboración y distribución de materiales:

- ✓ *La Mutilación Genital Femenina en España. Prevención e Intervención. Guía para profesionales.*
- ✓ Tríptico de prevención: Información para la salud de mujeres y niñas (castellano, inglés y francés)
- ✓ Guía de recursos sobre Mutilación Genital Femenina.



Publicaciones de UNAF. Foto: Ángel Moreno, imagenaccion.org

Material didáctico audiovisual: cortometraje Mariama.

UNAF ha producido el cortometraje *Mariama* como material didáctico para la prevención de la mutilación genital femenina, para el que se contó con la experiencia y dirección de Mabel Lozano. *Mariama* cuenta en primera persona la historia real de Ibrahim Bah y su toma de conciencia sobre el daño y las nefastas consecuencias de la mutilación genital femenina, lo que le llevará a enfrentarse a todo tipo de dificultades para salvar a su hija de esta práctica en su Guinea-Conakry natal.



UNAF Cortometraje Mariama

Otras actividades.

- **Asesoramiento e información** a todas aquellas personas, entidades, organizaciones e instituciones que lo soliciten.
- **Colaboraciones** con los centros de salud, centros educativos, medios de comunicación, centros de servicios sociales y/o todos aquellos servicios o recursos interesados en el tema. Así como participación en foros, jornadas, congresos, conferencias, mesas..., que nos solicitan.



Presentación del cortometraje Mariama. Mabel Lozano (directora) e Ibrahima Bah (protagonista).
V Jornadas Internacionales MGF. Foto Eva Marqués, imagenenaccion.org

Con este programa tratamos de acercarnos a familias y mujeres, procedentes de etnias que practican las MGF, para concienciarles sobre los riesgos que supone esta práctica e informarles de las consecuencias que tiene para su salud y la de sus hijas, así como de la situación legal en España.

UNAF recibió en 2015 el Premio a las Buenas Prácticas de Integración” por su programa “Prevención e Intervención ante la Mutilación Genital Femenina”, que otorga la Liga Española de la Educación con la co-financiación del Fondo Europeo de Integración y el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Aprendizajes y transferencia de conocimiento

La Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) es una organización de referencia en la prevención y erradicación de la Mutilación Genital Femenina a nivel nacional e internacional. A través de su programa de Prevención e Intervención ante la MGF, UNAF acumula una larga experiencia en la promoción de los derechos y la salud sexual de las mujeres y niñas inmigrantes que viven en nuestro país, desde un enfoque de derechos humanos, de equidad de género e intercultural.

Las Jornadas Internacionales anuales contra la MGF, que se celebran cada 6 de febrero (Día Internacional contra Mutilación Genital Femenina) desde el inicio del programa (2012), se han convertido en un referente en materia de MGF y un lugar de encuentro obligado para activistas y profesionales. Estas jornadas constituyen un espacio privilegiado de aprendizaje y transferencia de conocimientos, a través del debate y la reflexión, el intercambio de información y buenas prácticas sobre estrategias de prevención y de actuación ante la MGF, y de fortalecimiento de redes de colaboración entre población migrante, profesionales, poderes públicos, instituciones, organizaciones, etc., tanto del ámbito nacional como internacional.

UNAF quiere compartir en esta guía algunas de las ideas clave en torno a la prevención e intervención ante la MGF que se han ido recogiendo en estos años como conclusiones de las Jornadas Internacionales, y también de nuestro trabajo en decenas de talleres, cursos y actividades de sensibilización.

Las Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF), una violación de derechos humanos.

Las MGF son prácticas documentadas y presentes en diferentes lugares de los cinco continentes reconocidas internacionalmente como una violación de los Derechos Humanos y una forma de violencia de género.

Al menos **200 millones de niñas y mujeres** en el mundo han sufrido la mutilación genital femenina (44 millones son menores de 14 años); **cada año, 3 millones de niñas** corren el riesgo de ser mutiladas; **8.000 niñas son mutiladas cada día** (en muchos países, la mayoría de ellas siendo menores de 5 años). Los datos con los que se cuenta hasta el momento, señalan al menos 30 países donde se practica la mutilación genital femenina. Entre ellos, el 50% de las afectadas vive en Etiopía, Indonesia y Egipto. **Con los movimientos migratorios, la práctica de las MGF se ha extendido a zonas de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda.** Lo que hace necesario además del trabajo en los países de origen, la sensibilización, atención y prevención de nuevos casos en los países de destino. Se estima que en Europa hay 500.000 mujeres y niñas que han sido víctimas de las MGF y 180.000 niñas corren el riesgo de serlo⁹³. La población empadronada en **España**, procedente de países donde se sigue practicando las MGF, asciende a 215.112, de las que el 35% son mujeres (75.477); entre ellas se estiman 17.000 menores en riesgo⁹⁴.

Si bien las cifras continúan siendo alarmantes, se han producido importantes avances. **El riesgo de que una niña sea mutilada hoy es un tercio más bajo que hace 30 años.** Cada vez son más los pueblos y localidades que **se suman públicamente al rechazo de la MGF.** Desde 2008 más de **15.000 comunidades y distritos en 20 países** han declarado públicamente

93- Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de junio de 2012, sobre la erradicación de la mutilación genital femenina.

94- Estadística del Padrón Continuo 2014

el abandono de la mutilación genital femenina (2.000 el año pasado). Además, **5 países han aprobado leyes que penalizan** la práctica. Los datos también indican la **desaprobación generalizada** de la MGF por parte de la población de los países donde se practica.

Sin embargo, estos progresos no son suficientes. Al ritmo actual de crecimiento de la población, el número de niñas y mujeres sometidas a la MGF aumentará considerablemente en los próximos 15 años. Hay **30 millones de niñas en riesgo de sufrir mutilación genital en la próxima década**. Pero si se consigue a nivel global mantener el progreso actual de lucha contra la mutilación genital femenina, **130 millones de niñas se salvarán**.

Las MGF son prácticas muy arraigadas en las culturas donde se realizan y suponen una seña de identidad étnica y de género determinante.

Por ello, aunque nos resulte incomprensible y nos genere rechazo, trabajar con personas y familias en riesgo de MGF requiere disponer tanto de información, como de formación que favorezca la atención proactiva de la prevención. Así pues, conocer los argumentos y creencias que mantienen la práctica de la mutilación genital es fundamental para acercarnos a esta realidad, fomentar el análisis y la reflexión, y propiciar que las personas sean protagonistas y agentes de su propio cambio, permitiéndonos, en tanto que profesionales, realizar intervenciones que incluyan estrategias positivas en su abordaje.

La práctica de las mutilaciones genitales femeninas **se sustenta sobre tres pilares principales:**

a) **La desigualdad y discriminación** que sufren las mujeres, por lo que es preciso su empoderamiento. La opresión a través de violencia física o psicológica contra las mujeres se ejerce para garantizar sobre ellas

el control de los hombres. En ese sentido, el control de la sexualidad de las mujeres es la principal estrategia del patriarcado, al limitar la posibilidad de éstas para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, su derecho al placer, su maternidad y, en definitiva, sobre su libre desarrollo y autonomía como persona. En la mayoría de las comunidades, las mujeres que no se someten a la mutilación genital son excluidas de los rituales familiares e incluso son sometidas al ostracismo. Por este motivo, son las familias y principalmente las madres y abuelas, quienes promueven la realización de las MGF a sus hijas, nietas y parientes, sin tener acceso a información sobre sus graves consecuencias para su salud y bienestar.

b) Las falsas creencias, por lo que es preciso cuestionarlas y desmitificarlas. En cuanto a las creencias religiosas, por ejemplo, a pesar de que exista una idea generalizada de que justifican la práctica de las MGF, no es cierto que lo hagan. Se trata más bien de una interpretación interesada del poder patriarcal sustentado y ejercido por los hombres, que justifica este tipo de violencia de género a través de la manipulación de determinados preceptos religiosos. En el caso específico de las culturas islámicas, es importante saber que en el Corán NO existe una prescripción que obligue a la mutilación genital de las mujeres. Por otra parte, hay que tener en cuenta, que las situaciones de desigualdad y “guetización” a las que están sometidas las personas migrantes en los lugares de destino tienen como consecuencia la agrupación por afinidad cultural e incluso religiosa, potenciando el mantenimiento de las MGF.

c) El desconocimiento, por lo que es preciso formar e informar sobre sus consecuencias. Factores como la pobreza, el analfabetismo y las situaciones de desigualdad y discriminación de las mujeres, así como el exceso de trabajo al que están sometidas, les impide el acceso a la información respecto a las graves consecuencias médicas, físicas, sexuales y psicológicas que tiene la mutilación genital femenina para ellas y sus hijas.

Al tratarse de un problema global, la erradicación de la MGF necesita instrumentos internacionales.

Estos instrumentos deben actuar sobre tres niveles principales de actuación: global, países de destino de migraciones y países de prevalencia de la práctica. Sin este enfoque, la erradicación de las MGF continuará siendo lenta, incluso con riesgo de continuar aumentando.

El marco estratégico para la erradicación de las MGF persigue un cambio de cultura y de creencias que requiere recursos, financiación, compromisos políticos firmes y transnacionales. Se necesitan planteamientos transfronterizos y requiere trabajo en red, pues el cambio tiene que producirse a tres niveles: en los estados, en las comunidades y en las mujeres, a través de su empoderamiento.

Los Estados tienen también su responsabilidad en la perpetuación de las MGF, bien por acción bien por omisión al no perseguirlas, aun en muchos casos contando con legislación en contra al respecto. Además, con frecuencia, las MGF están estrechamente relacionadas con otras prácticas violatorias de derechos de las mujeres y discriminatorias, como los matrimonios forzados e infantiles o la poligamia, que siguen siendo legales en muchos países.

Cada vez más países, a los que se suma España, han promulgado leyes específicas y elaborado planes de acción con orientaciones prácticas, en particular sobre la forma en que las y los profesionales de primera línea pueden combatir las normas sociales que impulsan la práctica de las MGF, y la manera en que los propios particulares y comunidades pueden contribuir a modificar las normas sociales que sustentan tales prácticas⁹⁵.

95- Informe de la OACDH. *Buenas prácticas y principales dificultades en la prevención y eliminación de la mutilación genital femenina*, 2015.

Uno de los principales instrumentos internacionales vigentes en la actualidad es el **Convenio de Estambul**.

Su relevancia radica en que constituye el **primer instrumento vinculante creado en Europa para combatir las Mutilaciones Genitales Femeninas**, obliga a la adaptación de las legislaciones nacionales para cumplir su objetivo y facilita la coordinación europea.

El convenio integra **tres tipos de intervención**: prevención, protección y persecución (punición) e incluye un listado de **principales premisas y medidas** respecto a las MGF para todas ellas:

- **Cualquier tipo de violencia contra las mujeres es un ataque contra los derechos humanos.**
- En ningún caso, **la religión, la costumbre el honor**, etc. pueden ser consideradas **razón o justificación** para la violencia contra las mujeres.
- **Prohibición de las prácticas de mutilación genital femenina en cualquier país del mundo.**
- **Extraterritorialidad en las persecuciones**, cada estado puede perseguir la MGF aunque esté fuera de sus fronteras.
- **Disuasión de estas prácticas**: programas de atención a la salud, divulgación, educación, formación de profesionales, tratamiento de agresores, involucrar a hombres-líderes, etc.
- **Garantías y medidas de seguridad y protección a las mujeres y las niñas.**
- **Actuaciones preventivas**: exámenes médicos periódicos. Valoración del riesgo ante un viaje al país de origen. Circuitos de atención, factores de riesgo e indicadores de sospecha.

- **Derecho al asilo y a la condición de personas refugiadas.**
- **Obligación de denuncia.** No solo los y las profesionales; cualquier persona que sepa o sospeche que se pueda cometer la mutilación puede denunciar. Se pretende fomentar la sensibilidad en la comunidad. Se persigue tanto el acto como la **intención** y también tanto al **autor/autores** como a los y las **cómplices**.
- **Mecanismos de protección civil y penal.** Se pueden solicitar medidas cautelares de protección civil de las mujeres en riesgo de MGF. Cuando hay sospecha de riesgo y, por ejemplo, si se sabe que ha habido al menos un intento anterior, se puede actuar urgentemente y poner en juego mecanismos penales (orden de alejamiento, prisión, etc.).
- Se establecen **penas proporcionales a la gravedad de los hechos** (prisión y patria potestad, por ejemplo).



Tener constancia de la existencia de un marco normativo internacional y estatal, cuyo fin es acabar con la práctica de las MGF, supone una eficaz herramienta para que las y los profesionales de primera línea puedan combatir las normas sociales que impulsan las MGF, así como contribuir a que las personas y las comunidades, inmersas culturalmente en esta práctica, modifiquen las normas que las sustentan⁹⁴.

Además de los esfuerzos estatales, el desafío es producir conocimiento sobre las consecuencias y los impactos de las MGF.

Se pretende generar un cambio de mentalidad a través de la sensibilización sobre sus causas y efectos, para que cada vez más personas abandonen estas prácticas y se conviertan en agentes de cambio dentro de sus propias comunidades. **Es necesario actuar en el ámbito educativo formal e informal**, en cooperación con los medios de comunicación, con las asociaciones civiles, con las comunidades, con las “mutiladoras”, siempre teniendo en cuenta las especificidades con las cuales se debe trabajar de forma diferente, como son la edad, la etnia y el género de la población con la que se trabaja.

Claves para hacer pedagogía respecto a la erradicación de las MGF en los países de prevalencia:

- ✓ Para cubrir el desconocimiento hay que educar planteando la dicotomía causa/consecuencia, sobre todo en el ámbito de la salud.
- ✓ Hay que desmentir y cuestionar las falsas creencias, teniendo en ello un papel fundamental el trabajo con los líderes religiosos.
- ✓ Hay que potenciar el empoderamiento de las mujeres, comenzando con el enfoque de salud y procurando resolver sus necesidades más básicas, como el problema del agua, por ejemplo, facilitando el acercamiento para abrir el camino que facilite el abordaje de las MGF desde el enfoque de derechos.
- ✓ Hay que trabajar con toda comunidad, teniendo en cuenta que es un trabajo en red, por lo que hay que interactuar con todos y cada uno de los agentes implicados que es lo que da fuerza a la lucha y a la colectividad; desarrollando simultáneamente el trabajo con los gobiernos, haciendo que cumplan los compromisos.

- ✓ Es fundamental que los mensajes cuenten con una base científica, ya que supondrán un argumento de peso para el convencimiento y para el cambio de creencias. Para ello es preciso localizar, sensibilizar, informar y formar a las personas líderes, que se convertirán en agentes de cambio haciendo posible el trabajo contra las MGF a todos los niveles.

Los esfuerzos deben ir dirigidos tanto a continuar ejerciendo influencia sobre los **gobiernos, para que asuman su responsabilidad** y utilicen todo su poder (legislativo, penal, ejecutivo, educativo, etc.), cumplan con sus compromisos, pongan en juego los instrumentos existentes **y hagan cumplir la ley**; como proseguir con el **trabajo de campo**, el de la formación y capacitación de agentes de cambio y el de cada comunidad. La lucha tiene que ser de todos los agentes implicados, trabajando en red y de una manera coordinada.

En relación a la población migrante en España.

El marco legal español se está aplicando pero hay que seguir trabajando en la formación y sensibilización de todos los cuerpos profesionales implicados: jurídicos, policiales, sociales, sanitarios, educativos, etc. Los protocolos de las distintas CC AA (Navarra, Cataluña, Aragón, Euskadi) y el Protocolo Común del Sistema Nacional de Salud que va a coordinar la actuación de todas las CC AA, así como las medidas e instrumentos que se vienen implementando desde hace tiempo por distintos organismos y profesionales (mapas de localización de zonas de riesgo de MGF, firmas de compromiso, controles médicos, vídeos, etc.) están siendo de gran utilidad para combatir las Mutilaciones Genitales Femeninas en nuestro territorio.

La erradicación de las MGF exige liderazgo en las comunidades, por lo que hay que apoyar el trabajo de las activistas, de las organizaciones y de la sociedad civil, que son las que promueven la sensibilización contra las MGF, tanto en los países de origen como en las comunidades

migrantes; actuando como bisagra en dos direcciones: hacia arriba, demandando a las instituciones que cumplan sus compromisos, y hacia abajo, a través del trabajo de campo, del trabajo directo informando y sensibilizando a los hombres y mujeres de distintas culturas sobre la gravedad de las MGF y la debilidad que las justifican.

Sabemos que el cambio cultural y de mentalidad no se produce automáticamente. Por ello, es fundamental articular respuestas eficientes que requieren la formación de los distintos cuerpos de profesionales y la información a las comunidades migrantes del marco legislativo vigente en relación con las MGF y contra la violencia que se ejerce sobre las mujeres. Asimismo, es fundamental que la **decisión de abandonar la práctica sea una decisión social basada en información científica y la toma de conciencia comunitaria**, contrarrestando la acusación de “colonialismo” o de que son ideas de occidente que se quieren imponer. Por ello, hay que seguir apoyando, intercambiando buenas prácticas y formando e informando a los distintos colectivos profesionales, políticos, sociales y comunitarios implicados en la lucha contra las MGF, para facilitar que desarrollen sus funciones en las condiciones más adecuadas a las personas a quienes van destinadas, de manera que sean más eficaces y operativos en el desempeño de su trabajo en cada área de competencia. En este ámbito hay que **señalar la importancia del trabajo de las y los mediadores interculturales**.

Los medios de comunicación tienen también un papel muy importante y un gran potencial para la prevención y la erradicación de las MGF ya que son importantes agentes para una **transformación socio-cultural**, de un **cambio de mentalidad** y de **creencias**. Pueden contribuir a romper el silencio, a generar conciencia e incluso al convencimiento para el abandono de la MGF. Los medios son además **titulares de responsabilidades** respecto a la práctica de la mutilación genital femenina. Entre sus responsabilidades está la denuncia de los incumplimientos por parte de estados y autoridades de los compromisos y normas referentes a derechos. Entre sus principales responsabilidades están: a) **Sensibilización y educación de los y**

las profesionales de los medios de comunicación; b) Compromisos éticos para el abordaje responsable; c) Reconocimiento y apoyo público para quienes abandonan la práctica; d) Denuncia de los incumplimientos por parte de los estados y autoridades de los compromisos y normas referentes a los derechos; e) Difusión de las campañas y acciones de la sociedad civil organizada; e) Denuncia de las amenazas a defensores/as de los DDHH y de la lucha contra la MGF⁹⁶.

Los objetivos son: erradicar la práctica de las MGF, paliar sus impactos una vez se hayan producido y prevenir que se produzcan en cualquier ámbito y lugar del mundo donde haya niñas y mujeres susceptibles de sufrirlas.

UNAF es pionera en la transferencia de conocimientos para la prevención y la intervención ante la Mutilación Genital Femenina a profesionales y poblaciones en riesgo de MGF.

Nuestras acciones, que han supuesto una maduración organizativa y profesional para la entidad, se realizan **desde un enfoque de derechos humanos, de género e intercultural**. La UNAF está comprometida con poner en activo todos los recursos e instrumentos para la prevención y erradicación de las Mutilaciones Genitales Femeninas que estén a su alcance. Con este fin ha sido elaborada esta **guía, cuyo principal objetivo es que sea un instrumento útil** para las y los profesionales que tengan que intervenir sobre las MGF desde cada ámbito de competencia, aumentando la eficacia y operatividad de su función.

96- Las V Jornadas Internacionales contra la Mutilación Genital Femenina (6 Febrero 2016), organizadas por la UNAF en colaboración de la Asociación de la Prensa de Madrid, con el título: "El reto de la comunicación: construyendo conjuntamente un discurso transformador", trataron sobre el papel y la responsabilidad de los Medios de Comunicación.

<http://unaf.org/events/v-jornadas-internacionales-contra-la-mutilacion-genital-femenina-2/>



Anexos

ANEXO I: Marco normativo contra las MGF

► Marco normativo internacional contra las MGF

INTERNACIONAL	
Declaración DDHH, 1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos: Artº 2, 3 y 5.
Convenio Europeo, 1950	Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales: Artº 3.
Pactos de N. York, 1966	Pactos de Nueva York o Pactos Internacionales de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Incluye dos Tratados: 1) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP): Artº 2, 3 y 26; 2) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC): Artº 2, 3 y 12
CEDAW, 1979	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Artº 5.a.
II Conferencia Mundial sobre la Mujer, ONU. Copenhague, 1980	Ámbito de la Salud. Acción nº 162.
Convención sobre Derechos del Niño. 1989	Primera ley internacional sobre derechos de la infancia. Obliga a los Estados a adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de niños y niñas. Artº.24.3.
Comité CEDAW, 1990, 1992 y 1999	Recomendaciones: 1990. Recomendación Nº14: Circuncisión femenina. 1992. Recomendación Nº19: sobre violencia contra la mujer. 1999. Recomendación Nº24: mujer y salud.
Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993	Resolución 48/10: identifica las MGF como una forma de violencia contra la mujer. Artº 2.a.
Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 1993	Eliminar conflictos entre los derechos de la mujer y las consecuencias perjudiciales de ciertas prácticas tradicionales. Artº. 38 y 49.

<p>Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994</p>	<p>Énfasis en el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Programa de Acción. Los gobiernos deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prohibir las MGF y apoyar a ONGs e instituciones religiosas. Pto. 4.22. - Adoptar medidas eficaces para su eliminación. Pto. 5.5. - Disuasión activa de las MGF en programas de atención de la salud reproductiva. Pto. 7.6. - Inclusión de programas de educación de los efectos de las MGF sobre la salud, así como el tratamiento y la rehabilitación para las afectadas. Pto. 7.40.
<p>Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Copenhague, 1995</p>	<p>Declaración. Sexto compromiso: en el plano internacional, intensificación y coordinación internacional en los programas de educación y salud contra las MGF. Pto. y.</p>
<p>IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995</p>	<p>Punto de inflexión para la promoción de los derechos de la mujer.</p> <p>Declaración y Plataforma de Acción: insta a los países a la aprobación de políticas, legislación y acciones para poner fin a las MGF.</p> <p>Medidas: 107.a; 124.i; 232.h; 277.d; 283.d</p>
<p>Comité de los Derechos del Niño. Togo, 1997</p>	<p>Observaciones finales: ordenan a los gobiernos que aprueben legislación para abolir la práctica de las MGF por ser una violación de los derechos de la infancia.</p>
<p>Declaración Interinstitucional de Naciones Unidas. 1997</p>	<p>Primera Declaración conjunta contra la práctica de las MGF, de OMS, UNFPA y UNICEF.</p>
<p>Asamblea General, ONU. Prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña. 1997 - 2001</p>	<p>Resoluciones: 52/99, 53/117, 54/133 y 56/128.</p> <p>Llamamiento a los Estados, para que de manera explícita en relación a las MGF: divulguen los datos de incidencia, apliquen las leyes que prohíben esta práctica, intensifiquen los esfuerzos de sensibilización e incluyan en los informes internacionales las medidas adoptadas para su eliminación.</p>

<p>Desarrollo del Milenio. ONU, 2000</p>	<p>Objetivos: Objetivo O3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Objetivo O4: Reducir la mortalidad infantil. Objetivo O5: Mejorar la salud materna.</p>
<p>Subcomisión de Derechos Humanos. Prácticas tradicionales que afectan a la salud de mujeres y niñas. 2002</p>	<p>Resolución 2002/26: Celebra los progresos en la lucha contra las MGF, gracias al impulso de las ONGs y del Comité Interamericano⁹⁷. Pto. 4. Exhorta a los gobiernos a que presten toda su atención a la aplicación del Plan de Acción y a presentar periódicamente a la Subcomisión información sobre la situación en materia de prácticas tradicionales nocivas en sus países. Pto. 6.</p>
<p>Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. ONU, 2007-2010</p>	<p>3 Resoluciones para eliminación de las MGF: 2007, R 51/2; 2008, R 52/2; 2010, R 54/7 Recomendaciones a los Estados para eliminar las MGF: impartir educación y capacitación a las familias, los líderes comunitarios y religiosos y todas las personas que ejerzan profesiones relacionadas con la protección y el empoderamiento de mujeres y niñas.</p>
<p>Asamblea Mundial de la Salud sobre MGF. 2008</p>	<p>Resolución WHA61.16. (importante avance en materia de MGF): Insta a los Estados Miembros a que intensifiquen los esfuerzos para erradicar las MGF (Pto. 1), con leyes (Pto. 2), acciones comunitarias (Pto. 3), cooperación intersectorial (Pt. 4), promulgación de directrices de atención, en particular durante el parto (Pto. 5), y el establecimiento de servicios de apoyo y atención social y psicosocial para su asistencia (Pto. 6).</p>
<p>Segunda Declaración Conjunta de Naciones Unidas. 2008</p>	<p>Declaración de 10 organismos de ONU (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO). Convención social cuyo abordaje requiere respuestas coordinadas y colectivas. Exige medidas sostenidas, lideradas por la comunidad y multisectoriales para el abandono de las MGF en el plazo de una generación.</p>

97- IAC-CIAF por sus siglas en inglés, generalmente abreviado como IAC. Es una organización internacional no gubernamental. Se fundó en Dakar en 1984 para coordinar actividades de ONG de ámbito nacional. En la actualidad agrupa a 29 países africanos a través de comités nacionales, a ocho países de la Unión Europea así como a Japón, Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda.

<p>Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes del Comité contra la Tortura. 2008</p>	<p>Observación General nº2 CAT/C/GC/2: Explica el alcance de las obligaciones y la responsabilidad del Estado, constituyendo su indiferencia o inacción una forma de incitación y/o de autorización de hecho. El Comité ha aplicado este principio al caso específico de MGF. Pto. IV.18.</p>
<p>Organización Mundial de la Salud (OMS). 2010</p>	<p>Estrategia mundial para eliminar las distintas formas de MGF practicadas por los dispensadores de atención de salud.</p>
<p>Convención sobre los Derechos del Niño. ONU, 2011</p>	<p>Observación General nº 13: Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, estableciendo que los niños deben estar libres de prácticas nocivas, en las que se incluyen las MGF. Pto.29.b.</p>
<p>Consejo de Europa. Estambul, 2011</p>	<p>Convenio del Consejo de Europa (Convenio de Estambul), sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer. Primer Tratado Europeo, con carácter vinculante, dedicado a abordar la violencia contra las mujeres, incluyendo las MGF.</p>
<p>Asamblea General. ONU. 2012</p>	<p>Resolución 67/146: Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de las MGF, una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas. Llamamiento para fortalecer las acciones a nivel mundial para su erradicación. Exhorta a los Estados, el sistema de las Naciones Unidas, la sociedad civil y todos los interesados a seguir celebrando el DÍA INTERNACIONAL DE TOLERANCIA CERO CON LAS MGF, 6 DE FEBRERO.</p>
<p>Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2012</p>	<p>Estudio temático sobre violencia contra las mujeres y las niñas y discapacidad. Informe de la oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los derechos humanos. A/HRC/20/5</p>
<p>57ª sesión. Comisión Jurídica y Social de la Mujer de la ONU, 2013.</p>	<p>Eliminación y prevención de todas las formas de violencia de género. Acciones: dirigidas a reforzar el respeto de los derechos de mujeres y niñas y poner fin a las agresiones que padecen, incluyendo las MGF.</p>

Asamblea General: La niña. ONU, 2013	Resolución 68/146: insta a los Estados a que promulguen y hagan cumplir leyes que protejan a las niñas contra las MGF. Pto. 25.
Consejo de Derechos Humanos. ONU, 2014	Resolución 27/22: Intensificación de la acción mundial e intercambio de buenas prácticas destinadas a eliminar las MGF . Se solicita al Alto Comisariado que establezca una recopilación de buenas prácticas y desafíos mayores en prevención y eliminación de las MGF .
CEDAW y Comité de los Derechos del Niño. 2014	Los Comités elaboran una Recomendación / Observación general conjunta sobre las prácticas nocivas: Recomendación general nº 31 del CEDAW y Observación general nº 18 del Comité de los Derechos del Niño.
Asamblea General. ONU, 2014	Resolución 69/150: Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de las MGF . Los Estados deben desarrollar, apoyar y cumplir estrategias que prevengan esta práctica, incluyendo la formación de personal médico, trabajadores sociales y líderes locales y religiosos para asegurar servicios competentes de apoyo y cuidado a mujeres y niñas en riesgo de sufrir MGF o que las hayan sufrido.
Convenio de Estambul, ratificado en 2014.	El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul, 2011) , entrará en vigor de forma general y para España el 1 de agosto de 2014, al haber sido ratificado con el número mínimo de diez Estados miembros, como estipula el Artº 75.
Asamblea General de la ONU Agenda 2030 de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Septiembre 2015)	Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 que marca 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a nivel mundial. En el Objetivo 5. Lograr la Igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas, se incluye como meta específica la eliminación de todas las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil.

► Marco normativo regional contra las MGF

ÁFRICA	
Jartum, 1979	Seminario sobre las prácticas que afectan la salud de la madre y del niño, se habla de las MGF
Carta de Banjul. 1981	Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.
Conferencia de Dakar, 1984	Presidente de Senegal Abdou Diuf proclama que es necesario “acelerar la desaparición de “la escisión” por la educación y no por anatema”.
Nairobi, 1985	Forum de Nairobi sobre el Islam y la MGF
19ª Conferencia Islámica de Ministros de Asuntos Exteriores. El Cairo, 1990	Declaración de Derechos Humanos en el Islam.
Organización para la Unidad Africana - hoy Unión Africana. 1990	Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño.
Organización de la Unidad Africana. 1998	Declaración de Addis Abeba sobre Violencia contra la Mujer.
Comité Interafricano sobre las Prácticas Tradicionales y el Comité de Gambia sobre las Prácticas Tradicionales que afectan a la salud de la Mujer y el Niño (GAMCOTRAP). 1998	Declaración de Banjul sobre Violencia contra la Mujer.
Estados miembros de la Unión Económica y Monetaria de África Occidental (UEMAO). 1999	Declaración de Uagadugú sobre la lucha contra las MGF.
Senegal, 1999	Aprobación de Ley que prohíbe las MGF
Cotonú, 2000	Acuerdo de Cotonú.
El Cairo, 2003.	Declaración de El Cairo para la eliminación de las MGF.

Unión Africana, 2003.	<p>Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de las mujeres de África.</p> <p>Protocolo de Maputo: primer instrumento legal regional que prohíbe explícitamente en su artículo 5 la práctica de las MGF y exige que los Estados adopten todas las medidas necesarias para garantizar su prevención, sanción y erradicación.</p>
Unión Africana, 2004	Declaración solemne de la Unión Africana sobre Igualdad de Género en África.
I Conferencia Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Gambia, 2009	Declaración de Brufut.
Cumbre de la Unión Africana. Malabo, 2011	Se acuerda la prohibición de la mutilación genital femenina.

En África, cada vez más países promulgan leyes basadas en estos marcos, que se remiten a los tratados internacionales y que subrayan que las “Prácticas perjudiciales” son formas de violencia contra la mujer y constituyen violaciones de sus derechos humanos.

EUROPA	
PARLAMENTO EUROPEO	Resolución 2001/2035 (INI) sobre MGF. 2001
	Resolución del 20 de septiembre A5-285/2001 sobre las mutilaciones genitales femeninas. 2001
	Resolución 2004/2220 (INI) sobre la situación actual en la lucha contra la violencia contra la mujeres y acciones futuras. 2004
	Resolución 2008/2071 (INI) sobre la lucha contra las MGF practicadas en la UE. 2009
	Resolución 2010/2209 (INI) sobre las prioridades y líneas generales del nuevo marco político de la Unión para combatir la violencia contra las mujeres. 2011
	Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo por las normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de Delitos. 2012
	Resolución 2014/2511 (RSP) sobre la Comunicación de la Comisión titulada "Hacia la eliminación de las MGF". 2014
CONSEJO DE EUROPA	Resolución 1247 sobre las MGF. 2001
	Recomendación nº5 del Comité de Ministros de los Estados miembros del Consejo de Europa sobre la protección de la mujer contra la violencia. 2002
	Convenio sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica.
	CONVENIO DE ESTAMBUL, 2011

El Convenio de Estambul

Es uno de los principales instrumentos internacionales ya que constituye el primer instrumento vinculante creado en Europa para combatir las MGF y **obliga** a la adaptación de las legislaciones nacionales para cumplir su objetivo.

El 11 de abril de 2014, el Estado Español depositó el Instrumento de Ratificación del Convenio.

Integra **tres tipos de intervención**: prevención, protección y persecución (punición).

Sus principales premisas y medidas respecto a las MGF en estos ámbitos son:

- Cualquier violencia contra la mujer es un **ataque contra los derechos humanos**.
- En ningún caso, **la religión, la costumbre, el honor, etc.** puede ser considerada **razón o justificación** para la violencia contra la mujer.
- **Prohibir las MGF**, donde sea.
- **Principio de Extraterritorialidad en las persecuciones**, cada estado puede perseguir aunque esté fuera de sus fronteras.
- **Disuasión de estas prácticas**, a través de programas de atención a la salud, divulgación, educación, formación de profesionales, tratamiento de agresores, involucrar a hombres líderes, etc.
- **Protección de la mujer y de la niña**.
- **Actuaciones preventivas**: exámenes médicos periódicos. Valoración del riesgo ante un viaje al país de origen. Circuitos de atención, factores de riesgo e indicadores de sospecha.

- **Derecho al asilo** y a la condición de **personas refugiadas**.
- **Obligación de denuncia**. No solo los y las profesionales. Cualquier persona que sepa o sospeche que se pueda cometer MGF puede denunciar. Se pretende fomentar la sensibilidad en la comunidad. Se persigue tanto el **acto** como la **intención**, así como al **autor/autores** y a los y las **cómplices**.
- **Mecanismos de protección civil y penal**. Se pueden solicitar medidas cautelares de protección civil de las mujeres en riesgo de MGF. Cuando hay sospecha de riesgo, y si se sabe que ha habido al menos un intento anterior, se puede actuar urgentemente y poner en juego mecanismos penales (orden de alejamiento, prisión, etc.).

Se establecen **penas proporcionales a la gravedad** (prisión y patria potestad, por ejemplo).

La promulgación de estas normativas y leyes suponen un hito ya que simbolizan “el compromiso de los Estados con la ciudadanía” y porque **trasladan el mensaje de que ya no hay impunidad**. Aun así, **las estrategias internacionales presentan numerosas lagunas**. Por ejemplo, en el derecho de asilo por MGF se deniega el 99% de los casos⁹⁸.

98- IV Jornadas Internacionales de MGF, organizada por UNAF los días 5 y 6 de febrero de 2015 en colaboración de UNICEF

► **Marco normativo español: ámbito estatal y Comunidades Autónomas**

<p>ÁMBITO ESTATAL</p> <p>Constitución Española. 1978</p> <p>Protección de menores</p>	<p>La Constitución Española señala, en su artículo 9.2, que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de toda la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social. Art.10: la CE es el marco de los derechos fundamentales a partir del cual se legislan los derechos inviolables que le son inherentes a las personas. Art.15: derecho a la vida y a la integridad física y moral. Art.13.4: derecho de Asilo.</p> <p>Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor: Art. 17: obligación de atender las situaciones de riesgo. Art. 12.1, 13.1 y 14: <i>medidas de protección mediante la prevención y reparación de las situaciones de riesgo previendo la responsabilidad de la ciudadanía y de los y las profesionales de intervenir ante su detección, el deber de prestar auxilio y poner los hechos en conocimiento de los representantes legales.</i> Medidas previstas en el artículo 158 del Código Civil (modificado por la Ley Orgánica 9/2000): prohibición de salida del territorio nacional, prohibición de expedición del pasaporte al menor o retirada del mismo, etc.</p> <p>L.O 26/2015, de modificación de la Protección a la Infancia y a la Adolescencia, en cuyo artículo 11 se incluye, dentro de los principios rectores de la actuación administrativa, la protección de los menores contra cualquier forma de violencia, incluida la MGF. L.O 1/2015, por la que se modifica la L.O 10/1995, introdujo una circunstancia agravante por razón de género que podrá resultar de aplicación al delito de MGF, lo que implica un mayor rigor de la sanción penal y una mejora de la protección penal de mujeres y niñas.</p>
--	---

<p>Protección contra la Violencia de Género</p>	<p>Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género: Art. 1.1: <i>“La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas ...”.</i> Art. 1.3: se establece que la violencia de género <i>“comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”.</i></p>
<p>Derecho Penal</p>	<p>La Ley Orgánica 11/2003 de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, introdujo un apartado 2 en el artículo 149 de la LO 10/1995 del Código Penal, tipificando expresamente las MGF como delito, que debe ser castigado con 6 a 12 años de prisión; y con pérdida de la patria potestad de 4 a 10 años cuando se realiza a una persona menor de edad o incapacitada.</p>
<p>Derecho de Asilo</p>	<p>Ley Orgánica 12/2009 reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, es decir, la protección a personas de otros países y apátridas que no reúnen los requisitos necesarios para obtener la condición de asilo, pero que tienen motivos fundados para creer que si regresan a sus países de origen correrían el riesgo de sufrir daños graves, como las MGF.</p>
<p>Justicia Universal</p>	<p>Ley Orgánica 1/2014 de modificación de la Ley Orgánica 6/1985 del Poder Judicial, relativa a la justicia universal otorga la competencia a la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse como Delitos regulados en el Convenio de Estambul, siempre que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el procedimiento se dirija contra un español, - el procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España,

	<ul style="list-style-type: none"> - el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se le impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España.
<p>Secreto Profesional</p>	<p>El Código Penal (Art.450) establece que toda persona tiene el deber de informar a las autoridades de la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual. Se podrán imponer sanciones por incumplimiento de esta obligación.</p> <p>En relación a los y las profesionales, la Ley de Enjuiciamiento Criminal (Art. 262 y 355) establece que toda persona que tenga noticia de un delito público está obligada a denunciarlo inmediatamente. La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor también lo dispone de forma específica.</p>

Fuente: Elaboración propia

**COMUNIDADES
AUTÓNOMAS**

LEGISLACIÓN EN MATERIA DE INFANCIA

Ley 12/2008 de protección integral de la infancia y la adolescencia de la Comunidad Valenciana (referencia MGF, artículo 9.1).

Ley 14/2010 de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia de la Comunidad Autónoma de Cataluña (referencia MGF, artículos 76 y 102.2).

LEGISLACIÓN CONTRA LA VIOLENCIA SOBRE LA MUJER

Ley 16/2003 de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género de la Comunidad Autónoma de Canarias (referencia MGF, artículo 3).

Ley 1/2004 Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas de la Comunidad Autónoma de Cantabria (referencia MGF, artículo 3).

Ley 5/2005 de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid (referencia MGF, ámbito de aplicación de la ley; artículo 7.4 y artículo 29).

Ley 4/2007 de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón (referencia MGF, artículo 2).

Ley 7/2007 para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia (referencia MGF, artículo 40).

Ley 5/2008 del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista de la Comunidad Autónoma de Cataluña (referencia MGF, artículos 5; 57.3; 59.2 y 75).

Ley 3/2011 de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja (referencia MGF, artículo 5).

Ley 7/2012 integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunidad Valenciana (referencia MGF, artículo 3).

Fuente: Elaboración propia

Tipología de documentos legales

Convención: Acuerdo entre estados. Dispone de una fuerza jurídica de obligado cumplimiento por parte de los Estados que lo han ratificado.

Convenio: Acuerdo internacional sobre materia de ámbito internacional, con el mismo valor jurídico que una convención. Los sujetos acuerdan y se comprometen recíprocamente a cumplir obligaciones y respetar los derechos contenidos en un documento escrito o acuerdo verbal, es decir, son de cumplimiento exigible por las demás partes.

Declaración: Documento que detalla unos derechos, pero que no implica un compromiso por parte de los Estados. Acostumbra a ser el paso previo a la elaboración de un convenio o una convención.

Pacto: Acuerdo entre actores internacionales en el que se obligan a cumplir algo.

Protocolo: Acuerdo que completa un tratado internacional, una convención, y que tiene el mismo valor jurídico.

Recomendación: Texto internacional carente de fuerza obligatoria.

Resolución: Texto votado por un organismo internacional.

Tratado: Acuerdo entre dos o más Estados, o entre una nación y una organización internacional, en virtud del cual los signatarios se comprometen a cumplir con determinadas obligaciones.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO II: Modelo de compromiso de prevención de la mutilación genital femenina⁹⁹

Desde el Centro de Salud:

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

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO de la niña	PAÍS AL QUE VIAJA

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

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

Por todo ello:

- DECLARO haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

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

En, a de de 20.....

Firmas. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma: Pediatra

99- Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina del Sistema Nacional de Salud. 2015



Bibliografía

- AMNISTÍA INTERNACIONAL: *Mutilación Genital Femenina. Plan de acción para los gobiernos. Disponible en: <http://www.es.amnesty.org/temas/mujeres/mutilacion-genitalfemenina/plan-de-accion-para-los-gobiernos/>*
- ASSOCIACIÓ CATALANA DE LLEVADORAS (1ª Edición 2004): *MGF: prevención y atención. Guía para profesionales.*
- BÉNEDICTE, L. (2007): *La ablación genital femenina: una práctica inaceptable desde la perspectiva de los derechos humanos. Balance de la situación y recomendaciones para su erradicación.* Madrid. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Universidad Carlos III de Madrid.
- BEDOYA, M.H. y KAPLAN, A. (2004): *“Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica”, en de LUCAS J. y -GARCÍA AÑÓN, J. (Ed.) Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report, Universitat de Valencia.*
- CAÑO AGUILAR, A.; MARTÍNEZ GARCÍA, E.; OLIVERRECHE, M.; TORRECILLA ROJAS, L.; FERNÁNDEZ CABALLERO, A.; OCHOA RODRÍGUEZ, Mª D.; SÁNCHEZ ROBLES, C.; VELASCO JUEZ, C. (2009): *Mutilación Genital Femenina. Abordaje y prevención.* Medicus Mundi Andalucía. Granada.
- CAÑO AGUILAR, A.; MARTÍNEZ GARCÍA, E.; OLIVER RECHE, M.; TORRECILLA ROJAS, L.; FERNÁNDEZ CABALLERO, A.; OCHOA RODRÍGUEZ, Mª D.; SÁNCHEZ ROBLES, C.; VELASCO JUEZ, C. (2008): *Mutilación Genital Femenina, más que un problema de salud.* Medicus Mundi Andalucía. Granada.
- CASTAÑEDA REYES, J.C. (2003): *Fronteras del placer, fronteras de la culpa: a propósito de la MGF en Egipto.* México: El Colegio de México, Centro de estudios de Asia y África.
- Diputación de Málaga (2009): *Libro Blanco sobre Educación Sexual de la provincia de Málaga.*
- DANDASH K. F, REFAAT A. H, EYADA M. (2001): *“Female Genital Mutilation: A descriptive Study”, en J Sex Marital Ther, 27:453-8.*
- DELEGACIÓN DE GOBIERNO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO, Informe *“La MGF en España”,* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.
- GOBIERNO DE ARAGÓN (2004):
 - *Guía para profesionales de prevención de la mutilación genital femenina.*
 - *STOP mutilación genital femenina. Guía de prevención.*
 - *Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF.*

- GOBIERNO DE CATALUÑA: *Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF*. Disponible en: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/05immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Protocol_mutilacio_castella.pdf
- GOBIERNO DE NAVARRA: *Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF*. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD-D49E366E4C9F/257532/Protocolo25junio1.pdf>
- GUARNIZO, L. (2006): "Migración, globalización y sociedad: teorías y tendencias en el siglo XX". En: ARDILA, Gerardo: *Colombia: migraciones, transnacionalismo y desplazamiento*. Universidad Nacional de Colombia, Centro de Estudios Sociales - CES-, Facultad de Ciencias Humanas. Bogotá.
- HEGOA: *Guía para el enfoque basado en derechos y políticas de la Cooperación Internacional. Análisis comparado con especial atención al caso español*. Disponible en: http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/18783/original/Enfoque_basado_en_derechos.pdf?1327581897
- HIRSI ALI, A. (2007): *Yo acuso. Defensa de la emancipación de las mujeres musulmanas*. Barcelona, Ed. Debolsillo.
- KAPLAN MARCUSAN, A. et al. (2006): *Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. Migraciones nº 19*. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.
- KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2010): *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009 y 2012 Antropología Aplicada 1. Bellaterra*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- LITTLE C.M. (2003): "Female genital circumcision: medical and cultural considerations", en *Journal of Cultural Diversity*, 10:30-4.
- LOZANO CARO, I. (2009): *Cuenta atrás 2015. Compromisos adquiridos en la CIP El Cairo. Agenda Española*. Federación de Planificación Familiar de España.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD y FEMP (2012): *Propuesta de intervención integral en el ámbito local contra la violencia sobre la mujer*.
- MEDICUSMUNDI Andalucía (2008): *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- MURGUIALDAY, Clara, "Empoderamiento de las mujeres: conceptualización y estrategias" (2006). Disponible en: <http://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/16/23/51623.pdf>

- MUSAS PERÚ. (Referencias bibliográficas para trabajar con vulvas de telas y materiales pedagógicos). Disponible en: <http://www.musasperu.org>. <http://www.memorias-deunavulva.org>
- O'DAM (2013): "Cambiando las canciones". Disponible en: https://issuu.com/oda-mongd/docs/libro_disco_red_red
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2006):
 - *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. The Lancet (Journal on-line). 2006.
 - *Study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. Lancet. 2006.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2008): *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency statement*. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2011): *An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM)*. Progress report 2011. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70638/1/WHO_RHR_11.18_eng.pdf
- ONU Mujeres (2011-2012): *En busca de Justicia. El progreso de las mujeres en el mundo*. Disponible en: <http://www2.unwomen.org/~media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2012/el%20progreso%20de%20las%20mujeres%20en%20el%20mundo%202011-2012/el%20progreso%20de%20las%20mujeres%20en%20el%20mundo%20completo%20pdf.pdf?v=3&d=20141219T103325>
- PAZ Y DESARROLLO ONGD: *La ablación o MGF. Guía práctica*. Disponible en: http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf
- PULEO, Alicia, "El patriarcado ¿una organización social superada?" Temas para el debate nº 133, Diciembre 2005. pp. 39-42.
- ROPERO CARRASCO, J. (2003): "La mutilación genital femenina: una lesión de los derechos de las niñas basada en razones de discriminación sexual". En Varios autores (Juan Soroeta Liceras, editor): *Curso de Derechos Humanos, vol. IV*, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- SEN, A. (2007): *Identidad y violencia. La ilusión del destino*. Madrid. Katz Ediciones.
- SEQUI, ANA; ISATOU TOURAY, ZULEYKA PINIELLA (Coords.) (2013): *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la Cooperación Internacional al Desarrollo*. Oviedo. Editado por O'DAM ONGD. La Estafeta ediciones.

- UNAF. *Unión de Asociaciones Familiares*. www.unaf.org
 - Materiales y recursos. Disponible en: <http://unaf.org/publicaciones/salud-sexual/>
 - Guía para profesionales. *La MGF en España. Prevención e intervención*.
 - *Guía de profesionales. Tu sexualidad también es importante. Claves para aproximarse a las personas inmigrantes*.
 - *Guía de información y orientación sexual para personas inmigrantes*. (En castellano, árabe e inglés)
 - BLOG: <http://unaf.org/saludsexualparainmigrantes/>
- UNICEF (2013) Informe *La Mutilación Genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del cambio | Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Disponible en: http://www.unicef.org/esaro/FGM_Report_Summary_Spanish__17July2013.pdf
- UNICEF (2016) Nueva York Informe *La Mutilación Genital Femenina: una preocupación mundial Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf



Índice de tablas y gráficos

TABLAS

- **Tabla 1.** Análisis de datos sobre MGF por país. *Femenine Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploitation of the dynamics of change*. UNICEF 2013. (Pág. 41)
- **Tabla 2.** Población residente en España procedente de países donde se practica MGF. Fuente: Informe *La Mutilación Genital Femenina en España*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015. (Pág. 45)
- **Tabla 3.** Desmontar mitos sobre MGF. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 54 - 60)
- **Tabla 4.** Síntesis consecuencias inmediatas y a medio/largo plazo de la MGF para la salud de las mujeres. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 66)
- **Tabla 5.** Protocolo común de actuación sanitaria ante la MGF. Sistema Nacional de Salud. (Pág. 79)
- **Tabla 6.** Intervención en distintos sistemas de intervención. Fuente: Protocolo de Cataluña. (Pág. 85)
- **Tabla 7.** Intervención en distintos sistemas de intervención. Fuente: Protocolo de Aragón. (Pág. 86)
- **Tabla 8.** Intervención en distintos sistemas de intervención. Fuente: Protocolo de Navarra. (Pág. 87)
- **Tabla 9.** Componentes de la prevención. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 90)
- **Tabla 10.** Definición e identificación de titulares de derechos, obligaciones y responsabilidades. O'DAM (2013). (Pág. 101)

- **Tabla 11.** Titulares de Derechos según actuación prioritaria en EBD, O'DAM 2013. (Pág. 102)
- **Tabla 12.** Titulares de obligaciones y relación de obligaciones I. Fuente: OD' AM (2013). (Pág. 103)
- **Tabla 13.** Titulares de obligaciones y relación de obligaciones II. Fuente: OD' AM (2013). (Pág. 104)
- **Tabla 14.** Titulares de responsabilidades y relación de responsabilidades I. Fuente: O'DAM. 2013. (Pág. 105)
- **Tabla 15.** Titulares de responsabilidades y relación de responsabilidades II. Fuente: O'DAM. 2013. (Pág. 106)
- **Tabla 16.** Resumen de los componentes y elementos de las condiciones favorables. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 109)
- **Tabla 17.** Desempeños de Profesionales según competencias/recursos, actitudes/disposición. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 121)
- **Tabla 18.** Dificultades y sus alternativas según grupos objetivos de intervención. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 123)
- **Tabla 19.** Derechos reproductivos y sexuales. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 127)
- **Tabla 20.** Principales descriptores de sexualidad para abordar la MGF. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 128)
- **Tabla 21.** Compendio de medidas cautelares. Fuente: Tabla adaptada de Manual profesionales. GIPE-UAB-F.WASSU. (Pág. 140)

- **Tabla 22.** Resumen de actuaciones a realizar en cada momento de la intervención. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 147)
- **Tabla 23.** Síntesis de actuaciones recomendadas para el ámbito social. Fuente: elaboración propia. (Pág. 150)
- **Tabla 24.** Síntesis de Actuaciones recomendadas para el ámbito educativo. Fuente: elaboración propia. (Pág. 154)
- **Tabla 25.** Síntesis de Actuaciones recomendadas para el ámbito sanitario. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 162 - 164)
- **Tabla 26.** Criterios de Buenas Prácticas según UNESCO-MOST. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 167)

GRÁFICOS

- Mapa temático de las interacciones de los derechos sexuales y la salud reproductiva en el ciclo de vida de las mujeres y niñas. Fuente. FPF España, 2009. (Pág. 14)
- Partes de la vulva implicadas en los diversos tipos de MGF. (Pág. 31)
- Tipos de Mutilación Genital Femenina. (Pág. 32)
- Mapa de la MGF en el mundo. Fuente: GIPE/PTP- Fundación Wassu-UAB. 2012. (Pág. 39)
- Prevalencia de niñas y mujeres entre 15 y 49 años que han sufrido MGF. UNICEF 2016. (Pág. 40)
- Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009. Fuente: Elaboración propia (Pág. 46)
- Mapa mental de argumentos de OMS (1999). Fuente: gráfico O´dam ONGD. Texto: SEN, A. (2007): Identidad y violencia. La ilusión del destino. (Pág. 48)
- Esquema relacional de los componentes de principios básicos y sus elementos principales. Fuente: elaboración propia. (Pág. 98)
- Las interacciones de salud y las intersecciones de individuo, familia y comunidad. Fuente: VVAA. (2006). Enfermería Comunitaria III. Madrid. Mc Graw-hill Interamericana. (Pág. 125)
- Vista de la vulva con las distintas partes que la componen. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 130)

- Representación del complejo clitoral. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 131)
- Definición de los tres momentos de la intervención. Fuente: Elaboración propia. (Pág. 137)



C/. Alberto Aguilera, 3 -1º izda
28015 Madrid
Tlf.: 91 446 31 62 // 50 - Fax: 91 445 90 24
unaf@unaf.org
www.unaf.org
Blog *Salud sexual en clave cultural*



DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

**Trabajamos por el bienestar
de las familias**